

NARCICLÉIA MORAES SIQUEIRA

**PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR DE PEDIATRIA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – CASCAVEL/PR:
UM ESTUDO DE CASO**

**TOLEDO
2007**

NARCICLÉIA MORAES SIQUEIRA

**PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR DE PEDIATRIA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – CASCAVEL/PR:
UM ESTUDO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao Curso de Serviço Social,
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da
Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Prof^a Ms: Marize Rauber
Engelbrecht**

**TOLEDO
2007**

NARCICLÉIA MORAES SIQUEIRA

**PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR DE PEDIATRIA
DO HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ – CASCAVEL/PR:
UM ESTDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Docente Prof^a Ms. Cleonilda S. T. Dallago
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Docente Prof^a Ineiva T. K. Louzada
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Orientadora: Prof^a Ms: Marize Rauber Engelbrecht.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 13 de novembro de 2007.

DEDICATÓRIA

Aos que levaram um pouco de mim e deixaram um pouco de si...

Em especial a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por presença invisível em todos os momentos, principalmente os difíceis.

À meu esposo Edson, que me incentivou e, de uma ou outra maneira compreendeu a minha ausência em alguns momentos importantes. Em especial, ao meu filho Lucas. Amo vocês!

A minha orientadora Prof^ª. Ms. Marize R. Engelbrecht, pelo compromisso durante todo o Curso e pelo apoio e acompanhamento como orientadora. Agradeço pelas orientações e pela compreensão.

As professoras Cleonilda e Ineiva, que aceitaram o convite para compor a banca examinadora.

À melhor equipe de colegas de sala de aula: Ana Rosa, Justa, Maria Edenice e Marise que graduaram no ano 2006 e a Neida, que irá graduar assim como eu esse ano. Sem vocês minha vida não seria tão bela. Espero que a nossa amizade seja infinita.

Aos professores do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Toledo, pelo compromisso, sacrifício e o conhecimento compartilhado com todos os acadêmicos.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, pela graduação gratuita e de qualidade e pelo convívio com todos os funcionários que trabalham e colaboram com os acadêmicos em suas atividades do processo de construção do conhecimento.

Aos amigos da vam, Kauana, Elizete, Ariádyne e Cláudio, pela colaboração para que esse trabalho fosse concluído, e as amigas Edite, Leina e Lenir a todos pelos momentos de alegria, sem vocês o trajeto Cascavel/Toledo seria um tédio, sentirei saudades!

A todos que auxiliaram na construção deste trabalho.

Aos sujeitos da pesquisa.

O meu muito, obrigada!

SIQUEIRA, Narcicléia Moraes. **Prática profissional do assistente social no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR: um estudo de caso.** Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Toledo, 2007.

RESUMO

A história da saúde na década de 1980 foi constituída de modo a trazer mudanças no modelo de assistência à saúde, que veio juntamente com a “reconquista” da democracia. A capacidade de repressão e de mobilização das classes populares impuseram uma maior participação social nas diretrizes políticas. Isso permitiu a discussão da VIII Conferência Nacional de Saúde e a construção de um novo arcabouço judiciário com a promulgação da Constituição Federal de 1988 incorporando a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Surge então o Sistema Único de Saúde – SUS, com o intuito de consolidar e fortalecer seus princípios, capaz de contemplar todas as necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros. A saúde vem constituindo-se em uma das áreas que mais tem contratado assistentes sociais nas últimas décadas, devido à implantação do Sistema Único de Saúde e do proposto na Reforma Sanitária um novo conceito de saúde. E é também com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que se abre uma discussão quanto a preocupação com o atendimento da saúde das crianças, mais é em 1990 com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente que esse indivíduos começam a ter seus direitos colocados em prática e respeitados. Para maior compreensão da pesquisa buscou-se através do estudo analisar a prática profissional do Assistente Social no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel, e também se propõe a responder aos objetivos específicos: mostrar o perfil dos profissionais do serviço social: verificar a importância da intervenção do Assistente Social no setor de pediatria: observar as dificuldades presentes na realização da ação profissional junto a pediatria. A ênfase estará na análise do problema sob a ótica da prática profissional do Assistente Social desenvolvida no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP. Para a realização da pesquisa optou-se pelo método estudo de caso de abordagem qualitativa de pesquisa, tendo como instrumento o questionário. Os sujeitos da pesquisa foram três assistentes sociais que trabalham atualmente no HUOP. Diante deste quadro, consideramos que o Serviço Social no HUOP é uma profissão que apesar dos limites encontrados em seu espaço de atuação, está comprometido de forma ética, de acordo com o que lhe é atribuído através da Lei que regulamenta a profissão: o papel de defender e garantir a vida, pois defender a saúde significa defender a vida. Sendo assim, vida e saúde difundem-se num único direito.

Palavras-chaves: Prática Profissional, Saúde, HUOP.

LISTA DE SIGLAS

- CE – Código de Ética.
- CEAS – Centro de Estudo e Ação Social.
- CFE – Conselho Federal de Educação.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
- CLT – Consolidações da Leis Trabalhistas.
- CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.
- HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná.
- IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social.
- LOS – Lei Orgânica de Saúde.
- PUC/SP – Pontifca Universidade Católica de São Paulo.
- RD – Regime Domiciliar
- SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.
- SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	13
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	13
1.2 ATENDIMENTO PRESTADO A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA PEDIATRIA HOSPITALAR.....	18
1.3 ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO, ENQUANTO DIREITO EFETIVO NA ÁREA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – (HUOP)	23
2 CONTEXTO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	28
2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL	28
2.2 PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	32
2.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (HUOP).....	37
3 PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR PEDIÁTRICO DO HUOP	41
3.1 BREVES EXPLICAÇÕES METODOLÓGICAS.....	41
3.2 PRÁTICA PROFISSIONAL DE INTERVENÇÃO NO PROJETO PERMANENTE ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO NO HUOP	44
3.2.1 Eixo 1 - Objetivos do serviço social e as principais ações do profissional	

Assistente Social no HUOP	44
3.2.2 Eixo 2 - Autonomia do Assistente Social na prática hospitalar e sua intervenção junto aos usuários do Serviço Social Hospitalar do HUOP	47
3.2.3 Eixo 3 - Importância da intervenção do Assistente Social e as dificuldades enfrentadas no exercício profissional no setor de pediatria frente ao Projeto Alojamento Conjunto Pediátrico.....	50
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERENCIAS.....	58
ANEXO.....	61
APÊNDICE.....	63

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão que deve ser compreendida dentro do contexto de consolidação e reprodução do sistema capitalista e das suas relações sociais, tendo sua trajetória marcada por dimensões e perspectivas que vão de uma visão tradicional conservadora à perspectivas que visam uma outra e nova ordem societária.

Contudo, é com a constituição de 1988, resultado de movimentos sociais, que a assistência social desvincula-se legalmente da visão conservadora de caridade e passa a ser reconhecida como política, alargando ainda mais o espaço de atuação dos assistentes sociais. Segundo Iamamoto (2000), a saúde vem constituindo-se uma das áreas que mais tem contratado assistentes sociais nas últimas décadas com a implantação do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, um novo modelo assistencial para a saúde é sugerido com as leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90 que regulamentam tal sistema. Porém, este modelo possui como uma de suas diretrizes a descentralização das responsabilidades do Estado, dos recursos financeiros e do poder para os municípios.

É então, através da proposta de descentralização dos serviços em nível local, que coube ao município a responsabilidade na construção de novos modelos de atendimento e eficácia para o SUS, ou seja, os serviços de saúde vão se ampliando, como é o caso da atenção a saúde das crianças e dos adolescentes que ganha maior ênfase em 1993 com o ECA.

Neste trabalho de conclusão de curso, o tema abordado versa sobre a prática profissional do Assistente Social no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná/Cascavel - PR, onde os profissionais realizam a sua intervenção usando-se desse novo conceito de saúde. É importante ressaltar que a relação Serviço Social e saúde não é algo novo, mas, a forma, o modo como ele é concebido e prestado que é novo. O Serviço Social e a saúde possuem uma vinculação antiga, desde a época da caridade, sendo redesenhadas e repensadas as atitudes que o Serviço Social vai desenvolver nesta modalidade específica de prestação de serviço a saúde.

Então, sob este contexto o interesse pela temática a prática profissional do assistente social no setor de pediatria do HUOP de Cascavel – PR se deve ao fato de que desde o momento em que ingressou no curso de Serviço Social a pesquisadora começou a trabalhar como auxiliar de enfermagem no setor de pediatria, onde pode observar a atuação do assistente social neste setor.

Neste sentido, justifica-se o que fez a pesquisadora escolher como objeto de estudo a prática profissional do assistente social, tendo como objetivo geral analisar a prática profissional do assistente social no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel – PR.

Para tanto, elegeu-se como objetivos específicos: mostrar o perfil dos profissionais do Serviço Social dentro da unidade pesquisada, Verificar a importância da intervenção do Assistente Social no setor de pediatria no Hospital Universitário do Oeste do Paraná e observar as dificuldades presentes na realização da ação profissional junto ao setor de pediatria.

A inquietação que móvel esta pesquisa está pautada no seguinte questionamento: Qual a prática profissional do Assistente Social desenvolvida no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico – no setor de Pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) Cascavel – PR?

Procurando responder a problemática levantada realizou-se levantamento bibliográfico e documental acerca do tema, seguindo com a coleta de dados da realidade que servissem como material para uma análise reflexiva a respeito da prática profissional do assistente social no setor de pediatria do HUOP.

Assim, realizou-se pesquisa com abordagem qualitativa, utilizando como método específico, o estudo de caso, o qual permite um conhecimento acerca do objeto de investigação.

Para a coleta de dados, utilizou-se do questionário com questões abertas e fechadas e enviado com um termo de consentimento que foi solicitado por uma das participantes e que todas receberam.

A delimitação da amostra da pesquisa foi de caráter intencional, tendo os seguintes critérios para a escolha dos sujeitos: - ser assistente social; estar trabalhando no Hospital Universitário do Oeste do Paraná d Cascavel, sendo assim, o universo da pesquisa está composto por três assistentes sociais que atuam no Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel – PR.

Ademais, a realidade investigada no processo da pesquisa, enquanto espaço de questionamento, exigiu um tratamento teórico, sendo realizado levantamento bibliográfico e documental para fundamentação teórica acerca do contexto permeado pelo objeto de estudo. Logo o embasamento teórico orientou a estrutura deste trabalho, em três capítulos.

No primeiro capítulo, buscou-se contextualizar a Saúde após a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passa a ser direitos de todos e dever do Estado. Destacou-se

também o Atendimento prestado a saúde da criança e do adolescente na pediatria hospitalar com maior ênfase no Alojamento Conjunto Pediátrico, enquanto direito efetivo na área pediátrica do HUOP, que mesmo com o direito adquirido na Constituição de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente não se efetivou de forma ampla e completa, ela ainda continua segmentando as diferentes classes sociais.

Quanto ao segundo capítulo, apresentou-se o contexto histórico do Serviço Social na área da Saúde destacando inicialmente a Institucionalização da Profissão do Serviço Social no Brasil, dando seguimento a Prática Profissional do Serviço Social na Área da Saúde, também abordou-se o Exercício Profissional do Serviço Social no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).

O terceiro capítulo reporta-se a um maior detalhamento do universo pesquisado, e apresentou os resultados da pesquisa realizada, subdividindo em: apresentação dos sujeitos da pesquisa e à análise e interpretação dos dados obtidos e sistematizados na investigação.

E, por fim, ofereceu-se uma síntese dos aspectos relevantes da investigação nas considerações finais deste trabalho.

O resultado desta investigação pode servir como instrumento de análise para o planejamento das ações no Serviço Social da referida instituição, possibilitando melhoria no atendimento prestado. No entanto, o conhecimento sobre a prática profissional do assistente social no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel - PR não se esgota nesta pesquisa, este trabalho fica disponível aos que se interessarem pela temática ou estudo para a realização de novos trabalhos, pois o conhecimento não é estático e está em constante aprimoramento.

1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O período que antecedeu a implantação da “Nova República” e o seu início, superando o regime ditatorial, apesar da crise instauradora, foi marcado por debates e contribuições que visavam construir as bases da política de saúde para o governo de transição, mostrando as inquietações e proposições a respeito da realidade sanitária brasileira.

Até a promulgação da Constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, em primeiro lugar, pessoas que procuravam por assistência médica curativa. As ações de saúde pública, ou seja, as chamadas ações preventivas de caráter coletivo, não eram prioridades neste período, a não ser em momentos críticos como, por exemplo, quando a população era atingida por uma epidemia ou uma catástrofe.

Segundo Bravo (1996, p.17), nas décadas de 1970 e 1980, os estudos, encontros, seminários, buscando levam o diagnóstico da situação da saúde e acumular proposições sobre as questões de saúde no Brasil para um governo de transição democrática¹.

De acordo com Bravo (id. p.17), “O movimento da reforma sanitária² conta com a liderança dos intelectuais da área da saúde coletiva, reunindo estudiosos da saúde pública e da medicina social e profissionais do setor público dos serviços de saúde”.

A partir do período de 1980, a saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando fortemente vinculada à democracia. Os profissionais de saúde, representados por suas entidades, ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais amplas, como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público. E segundo Gerschman, (1995, p.41), a constituição do projeto reformador no

¹ “A nação de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Nessa concepção, a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizadores da sociedade civil; entretanto é percebida como uma vitória parcial, uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista dominante, havendo um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado”. (BRAVO, 1996, p.45).

² Propõe uma nova relação do Estado com a Sociedade, incentivando a participação de sujeitos sociais na definição da política setorial, através de alguns mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde, constituindo assim, inovação fundamental na gestão da política de saúde.

seio do Movimento Sanitário teve seu primeiro impulso com a criação do Departamento de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina, a partir de onde se difundiu o pensamento crítico da saúde.

A partir de 1983, o Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida em que o próprio processo de transição à democracia o permitia. Este crescimento da proposta do processo de reformulação da política de saúde adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiu o projeto “Reforma Sanitária Brasileira”, o qual introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988 art.196 estabelece que:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo medidas mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição (1988), 2003, p. 119.).

Segundo Gerschman (1995, p. 42), o projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização de saúde ampliada, ou seja, relacionada às condições gerais de vida da população, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer, entre outras. Desse modo, a saúde passa a ser atrelada à qualidade de vida, ultrapassando simplesmente a recuperação da doença. Esse conceito de saúde como resultado e condicionamento de um conjunto de fatores transformam a luta pela saúde numa luta por transformação social. E, neste sentido, a saúde passa a ser definida como “um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado”.

Foram necessárias mudanças na política de saúde para que estas proposições se efetivassem. Tendo em vista que as propostas encaminhadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde pressionaram para a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do Sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços, e, por último, a readequação financeira do setor.

Com a efetivação da implantação da Reforma, em 1987, e as deliberações da conferência aprovou-se o Decreto pelo qual se criaram os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que contemplava: o encurtamento da máquina

previdenciária de nível estadual e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o setor privado; ou seja, o SUDS foi um passo para a descentralização dos papéis e atribuições do setor saúde entre os três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal.

A organização do SUDS colocou riscos e problemas da maior seriedade, pois, a reforma tributária não havia acontecido e os recursos repassados sem possibilidade de controle em alguns estados, eram absorvidos em outras demandas. Devido a isto, o SUDS foi objeto de diversos debates e discussões e pronunciamentos de parlamentares envolvidos com a questão saúde na Assembléia Nacional Constituinte.

Apesar do SUDS ser considerado um passo avançado na reformulação administrativa do setor saúde, suas medidas tiveram pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população pois sua operacionalização não ocorreu, e os debates sobre a saúde se estendem na Assembléia Nacional Constituinte. O texto aprovado na Constituinte em relação a saúde, após vários acordos políticos e com muita pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário.

É neste movimento que surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização³.

Segundo Neto (1994, p.12), “o Sistema Único de Saúde (SUS), é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados, e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado como se fosse um mesmo corpo”. Assim, o serviço privado quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. O SUS contém as seguintes características segundo o Ministério da Saúde:

- deve ser universal, ou seja, atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de contribuição financeira ou não, e sem cobrar nada pelo atendimento

³ A descentralização tem como pressupostos a regionalização e a hierarquização, estas são formas de organizar o sistema buscando torna-lo mais eficaz, tanto com relação ao atendimento quanto à aplicação dos recursos. Entende-se por regionalização a distribuição dos serviços numa determinada região levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população, buscando evitar a duplicidade de ações. A hierarquização é a divisão de serviços nos níveis de complexidade do sistema: atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) a terciária (assistência hospitalar) A regionalização e a hierarquização são elementos importantes para o planejamento das ações e serviços de saúde. (NETO, 1994. p.11).

prestado;

- deve atuar de maneira integral, isto é, possuir a compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para prevenção e para tratamento;

- deve ser descentralizado: a política de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal;

- deve ser racional, ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população, para isso, deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações, de acordo com que elas precisam;

- deve ser eficaz e eficiente, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade;

- deve ser regionalizado, ou seja, deve ter uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, bem como articular a rede de serviços já existentes;

- deve ser democrático, isto é, deve assegurar o direito de participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício do controle social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Constituição de 1988 faz parte de um sistema mais amplo: o Sistema da Seguridade Social, que segundo o art.194 da Constituição:

[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social e este conjunto de ações deve ser oferecido a toda população, sem exceções, pois o parágrafo único deste artigo determina a universalidade da cobertura e do atendimento. (BRASIL. Constituição (1988), 2001, p. 21).

Considerando a afirmação do Estado Democrático de Direito foram elaboradas as seguintes leis que regulamentam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde, conforme ao mandamento constitucional:

- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promulgação, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a

participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estas leis juntas formam a Lei Orgânica da Saúde⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) faz com que a maior parte das responsabilidades de prover ações e prestar serviços passa a ser do município. E isto, porque o município, sendo considerado a instância do governo mais próxima dos cidadãos, tem mais condições de conhecer as necessidades da população, podendo oferecer serviços mais adequados para atendê-las.

Uma outra questão fundamental é o controle social⁵ que legalmente foi regulamentado com a Lei nº 8.142, de 1990, da qual faz parte as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. O Conselho de Saúde é um mecanismo previsto para assegurar o cumprimento do mesmo mandamento constitucional, anteriormente citado este conselho tem caráter permanente e deliberativo e são órgãos colegiados integrados por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários.

As Conferências de Saúde são [...] instâncias colegiadas com representação dos vários segmentos sociais para avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, Lei nº. 8142, art.1º, e formam um dos mecanismos pensados para cumprir o mandamento constitucional exigindo que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade.

As normas aprovadas na nova Constituição apostam para a possibilidade de construir um sistema de atenção à Saúde mais racional, como também de as políticas econômicas e sociais terem à Saúde como referência e utilizá-la politicamente como critério para o avanço da luta por uma sociedade mais justa e, para que isso aconteça é necessário uma maior atenção para com a saúde da população.

Assim, a Constituição Federal de 1988, é um marco importante para o setor saúde porque o definiu como sendo de relevância pública, ficando o Estado a partir desta definição, obrigado a garantir independentemente de solicitação, às condições necessárias ao atendimento à saúde da população. Isto significa que a partir de 1988, a saúde é um direito universal, um bem prioritário e uma condição para que os indivíduos possam ter uma vida digna e produtiva.

⁴ Lei Orgânica da Saúde: “São duas leis porque na versão original houve diversos vetos do executivo, quase todos diferentes ao financiamento e ao controle social. Assim, a lei 8.142 buscou suprimir as lacunas da primeira lei”. (IAMAMOTO, 2000, p. 120).

⁵Por controle social “entende-se a participação da população na elaboração, fiscalização das políticas sociais”. (IAMAMOTO, 2000, p.33).

Se a saúde é um direito de toda a população, na Constituição Federal de 1988, se faz presente também os direitos da criança e do adolescente que propiciou a construção de um documento denominado Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo este um instrumento normativo e democrático apresentando grande abrangência no reconhecimento dos direitos humanos e da saúde das crianças e dos adolescentes. Neste sentido, abordaremos o atendimento a saúde sobre a lógica do Estatuto da Criança e do Adolescente, que traz dentre os seus artigos a garantia e a defesa deste atendimento.

1.2 ATENDIMENTO PRESTADO A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA PEDIATRIA HOSPITALAR

O atendimento à saúde da criança e do adolescente que vem sendo garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, passou por transformações significativas desde os séculos passados até à proposta de alojamento conjunto pediátrico. Estas alterações acompanharam a modificação dos conceitos sociais e sempre estiveram diretamente relacionadas com o valor e o significado que a sociedade dá à criança. As crianças eram consideradas como adultos em miniatura e, posteriormente, passaram a ser reconhecidas como indivíduos únicos com necessidades e capacidades específicas. Assim, percebe-se que existe uma relação dialética entre saúde e sociedade.

A maneira como os homens vivem é um fator social determinante para o atendimento da temática saúde. Os serviços de saúde têm como fundamento o exercício legitimado das práticas de saúde, as quais envolvem a prevenção, a preservação e a recuperação da saúde da população.

Na revolução industrial, com o avanço tecnológico, teve grande contingente de trabalhadores que passou a viver em centros urbanos cuja precariedade levou ao incremento das doenças infecto-contagiosas; em decorrência disso, surgiu a necessidade de criação de uma série de serviços que pudessem controlar as relações entre indivíduos e o sistema social como um todo, entre eles, os serviços de saneamento do meio e da saúde. Assim, os serviços de saúde nascem e se desenvolvem.

De acordo com Collet e Oliveira (2002.p.4), por volta de 1760 os hospitais eram tidos como locais de internações de pobres, doentes e loucos, enfim, de indivíduos marginalizados. A partir das novas necessidade impostas pela revolução industrial tornam-se espaços de cura.

Com o surgimento dos serviços de saúde, faz-se necessário comentar como a

criança e o adolescente são compreendidos pelos serviços de saúde e como historicamente vai sendo alterada pela conjuntura política, econômica e social.

Nos séculos passados para as crianças e os adolescentes, não existiam intervenções sistemáticas sobre a saúde, e não havia, tampouco, uma política de saúde para as crianças e adolescentes ou mesmo para o conjunto da população. Segundo a autora, o indivíduo adulto não existia socialmente e a criança só era vista como elemento posto a serviço do poder paterno, e recebia uma atenção genérica.

A reestruturação do núcleo familiar implicava na mudança de concepção desenvolvida tradicionalmente sobre a criança, em que os cuidados gerais que a criança recebia, foram substituídos por uma assistência sistematizada quanto a condutas alimentares, disciplinas pedagógicas e mesmo quanto a de vestuário. Para desempenhar estes cuidados, a família precisou redefinir o papel do pai e da mãe, buscando novos conceitos de se organizar. Esta nova forma de organização familiar tem como objetivo de criar e educar crianças sadias para tornarem-se fortes e produtivas.

Segundo Collet e Oliveira (2002.p.5), no século XVIII os hospitais ainda estavam se organizando como núcleos da prática médica clínica, individualizada, onde os doentes que possuíam família eram tratados em suas casas. Hoje a área da medicina que trata da saúde das crianças, ainda não havia surgido como especialização médica.

A apreensão da criança pela medicina se dá, inicialmente, por meio de conhecimentos que possibilitem crescimento e desenvolvimento saudável, e da higiene corporal e do ambiente, da alimentação, dos cuidados pré-natais e pós-natais imediatos.

O precursor da pediatria foi o médico Abrahan Jacobi (1830-1919), cujas realizações influenciaram nas investigações científicas e clínicas das doenças da infância. O primeiro hospital infantil foi construído em Paris, em 1802, como instrumento terapêutico, e mudou a percepção da sociedade sobre a assistência à saúde. A internação contribuiu para a observação sistematizada de sinais e sintomas para prova funcional de órgãos e aparelhos por meio de exames subsidiários, levando ao aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico e a terapêutica. Esta evolução, conseqüentemente, foi afastando a família de um envolvimento com a criança e os profissionais durante os episódios de tratamento médico. Com isto, o saber e a prática familiar foram ignorados pelo cientificismo da prática médica.

Com o advento da hospitalização, de acordo com Collet e Oliveira (2002. p. 6), houve a necessidade de preparar os profissionais que iriam desenvolver as práticas de assistência à saúde naquelas instituições, uma vez que a prática médica da época se fazia por meio de transmissão de receitas.

Em 1920 no Brasil, em termos de serviços de saúde, as primeiras preocupações com o atendimento à criança, era através de serviço de higiene infantil. Nesta época, também é regulamentada a licença à gestante e à puérpera, (30 dias para cada situações) e a proibição do trabalho fabril para menores de doze anos.

A mortalidade infantil e a necessidade de atender a criança foram discutidas no Segundo Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro, em 1928. Estes fatos mostraram a emergência das condições de vida e da saúde da criança no contexto da “questão social”⁶.

A assistência médica individual e hospitalar a partir de 1920, já era predominante em relação à assistência médica coletiva e de saúde pública, priorizando portanto, o tratamento das doenças em detrimento da sua prevenção. A partir desse fato influenciou a prática de internação hospitalar de crianças e cuidados sistematizado dispensado a elas, onde a enfermagem desenvolveu-se num caminho correlacionado com a medicina neste campo de assistência. Este conhecimento é trazido para a enfermagem em linhas gerais e superficiais, na medida suficiente para fundamentar suas atividades técnicas, mantendo, contudo, limitada sua autonomia neste processo de trabalho.

Buscando superar este referencial, a enfermagem distancia-se da prática de saúde vigente no atendimento à criança e, aliada a outras profissões de caráter social e psicológico, busca humanizar o atendimento na área de pediatria. Neste contexto, Collet e Oliveira (2002, p. 25) colocam que:

Ao final da década de 30, as enfermeiras pediatras identificam as limitações do referencial teórico insuficiente em fornecer elementos para lidar com a criança e ajudá-la, um ser em crescimento e desenvolvimento, temporariamente afastado de seu ambiente e da família, durante a hospitalização. Procura no estudo do crescimento e desenvolvimento infantil, referencial teórico trazido em parte da psicologia, instrumentalizar-se para lidar com problemas de comportamento e ajudar nas relações entre criança, à família e o conjunto de pessoas que compõem a equipe de saúde.

As bases da assistência às crianças hospitalizadas têm-se modificado nas últimas décadas em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais. A partir destas contribuições, desenvolveram-se diferentes perspectivas de como

⁶ A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, 1999, p.77)

assistir a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica.

Na Inglaterra, a publicação do relatório Platt⁷, desencadeou um processo de revisão e transformação dos padrões rígidos da assistência hospitalar à criança. Algumas recomendações feitas neste documento foram: evitar internação hospitalar; as crianças deveriam ser admitidas em hospitais ou unidades pediátricas e não junto com adultos; os médicos precisavam de maior treinamento em relação às necessidades emocionais das crianças; deveria ser permitido aos pais visitar seus filhos sempre que pudessem; a admissão das mães junto com seus filhos traria muitos benefícios para a criança, para a mãe e para a equipe do hospital (LONDON⁸, 1959).

Este documento levou as instituições hospitalares e profissionais de saúde a discutirem e analisarem o processo de hospitalização, procurando alternativas para a humanização desta experiência.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, é que efetivamente avançou-se no conceito da humanização da assistência à criança, pois abordou-se pela primeira vez na história brasileira a questão da criança como prioridade absoluta, sendo sua proteção dever da família, da sociedade e do Estado. Em seu art. 227, prevê como direitos fundamentais da criança e do adolescente:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, saúde, alimentação, educação ao lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL. Constituição (1988), 2003, p. 131).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069 de 13/07/90, dando cumprimento à Constituição, legisla sobre a instrumentação para serem alcançados os direitos da criança e do adolescente quanto ao Direito à vida e à saúde enfatizando no Art. 7º: "A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência".

Contudo, a prática da maioria das instituições hospitalares em nosso país continua sendo a do cuidado centrado na patologia, com a criança internada sem a presença dos

⁷Documento elaborado por Platt, médico inglês, a pedido do Ministério da Saúde da Inglaterra, publicado em 1959, que apresenta resultados de uma pesquisa sobre a situação da criança hospitalizada, fazendo algumas recomendações, entre elas a permanência dos pais no hospital, em período integral a hospitalização de um filho.

⁸LONDON – Departamento of Health and Social Security. Central Health Services Council. The Welfare of Children in hospital: report of the committee. Her Majesty's Stationery Office, London, 1959.

familiares, não havendo respeito pelas necessidades das crianças.

Hoje sabe-se, que a internação é um momento de estresse para a criança, que pode ser aliviado se existir ao seu lado alguém em que ela confia. A partir desta perspectiva, surge a necessidade de voltar o olhar da assistência à família da criança hospitalizada.

É neste contexto que o Estatuto da Criança e do Adolescente vem ampliar e reforçar a compreensão do conceito de humanização da assistência social à criança, pois é a através deste documento que os direitos à saúde dessa população específica ganha maior atenção e efetividade em um documento oficial, pois, as questões que envolve a criança e o adolescente passa a ser tratados como “garantia de prioridade”, principalmente em se tratando dos assuntos que envolvam proteção, socorro, atendimento público, bem como o que se refere as políticas sociais públicas. Estes apontamentos são realizados com base na leitura e interpretação do artigo 7º, o qual é direcionado o direito à proteção a vida e a saúde.

Já, o artigo 11º assegura atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O mesmo artigo, no § 2º, torna incumbência do Poder Público o fornecimento gratuito àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Diante do exposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança e o adolescente são considerados como pessoas de direitos, isto é, portadoras de direitos reconhecidos em âmbito nacional, condição que altera a forma como estes indivíduos são vistos diante do universo social.

Cabe destacar outro ponto relevante garantido no Estatuto da Criança e do Adolescente, que é o direito à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares, conforme está exposto no artigo 12:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou do adolescente. (BRASIL, Constituição. (1988) 1990 p. 110).

Essa medida acima citada tem dupla função: por um lado, permite o necessário apoio emocional para a recuperação da saúde da criança ou do adolescente; por outro, permite aos pais ou responsável o controle da qualidade do atendimento.

A evolução da assistência à saúde da criança caminhou da internação hospitalar, que rompia o vínculo afetivo com a família para a proposta do Alojamento Conjunto, que

envolve a família na hospitalização, na promoção da saúde e na prevenção de doenças de seus filhos.

1.3 ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO, ENQUANTO DIREITO EFETIVO NA ÁREA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – (HUOP)

As bases da assistência à criança hospitalizada têm se modificado nas últimas décadas em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas da ciência médicas, humanas e sociais. A partir dessas contribuições desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica, segundo Collet e Oliveira (2002, p.28).

Essas perspectivas influenciam a visão dos profissionais de saúde sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, a composição e inter-relacionamento da equipe de saúde. Todo hospital dispõe de uma abordagem de assistência à criança hospitalizada que, mesmo não estando explícita em suas normatizações, pode ser facilmente identificada pela observação.

Apesar destas modificações, a doença, como toda situação de crise, altera a vida da criança e de sua família, gerando ansiedade. A necessidade de hospitalização é traumática para a criança, uma vez pode se constituir em uma experiência difícil, assustadora e às vezes de solidão. Essa vivência pode levar a um amadurecimento e maior desenvolvimento psíquico ou resultar em prejuízo do desenvolvimento físico e mental. O modo de assistência à criança determina o tipo de reação em relação à hospitalização, podendo proporcionar um aumento das fantasias de mutilação e de morte, bem como das sensações de ameaça e impotência, o que contribui para um estado de maior sofrimento e angústia nas crianças internadas.(id. 29).

No modelo de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde aborda seus pacientes como doença e não como pessoas doentes, gerando uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo do paciente com a equipe, agravando a situações de crise.

A partir destas considerações, uma equipe técnica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, elaborou e implantou o “Projeto Permanente do HUOP: Alojamento Conjunto Pediátrico”, em 1996, que teve pôr objetivo por em prática o artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Esse projeto foi avaliado e reformulado em 2003, por uma equipe formada na área de Enfermagem e profissionais atuantes no HUOP do município de Cascavel/PR, como: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionista, farmacêutico, assistente

social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo que reuniram-se para elaborar e implantar o “Projeto Permanente do HUOP: Alojamento Conjunto Pediátrico”.

O Projeto reestruturado após avaliação da implementação do Alojamento Conjunto Pediátrico e reimplantado em 2003 tem por objetivo geral, propiciar o estabelecimento mais rápido da criança fortalecendo e mantendo o vínculo afetivo mãe-filho, visando uma melhoria da qualidade de vida durante e após a hospitalização; e cumprir com o exposto no art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A permanência de uma pessoa da família (pai, mãe ou responsável) como acompanhante durante o processo de tratamento da criança em uma instituição hospitalar, foi um direito garantido em forma de Lei que teve como objetivo humanizar a assistência da criança e do adolescente hospitalizada a partir do envolvimento da família no cuidado da criança e do adolescente.

Segundo Collet e Oliveira (2002, p.32), essa preocupação, quanto à humanização da assistência prestada à criança, já era um tema em discussão desde 1930, quando os profissionais de diversas áreas aprofundaram os estudos sobre a infância, e perceberam como o desconforto emocional da criança diante da hospitalização afetava a evolução de melhora do quadro clínico, devido propiciar um aumento do grau de estresse, proveniente da não-familiaridade com o ambiente hospitalar, bem como quanto à separação da criança do núcleo familiar.

De acordo com as autoras, é em 1980 que o conhecimento advindo dos estudos científicos, no que tange a assistência à saúde da criança, vai ganhar uma dimensão sociopolítica e passa-se a reconhecer que o rompimento do vínculo afetivo com a família não contribuía com o tratamento da criança, pelo contrário, não primava pelos cuidados especiais quanto ao aspecto emocional deste segmento.

Diante dessa atenção com os principais aspectos que envolvem o direito à vida e à saúde da criança e do adolescente hospitalizado, que se efetiva a partir de um trabalho integrado que vise propiciar à criança, adolescente e à sua família uma assistência integral considerando o contexto bio-psico-social. Nesta perspectiva é que o Projeto do Alojamento Conjunto Pediátrico do HUOP tem em seu documento explicitado a necessidade uma prática hospitalar que se preocupe com:

Orientar, preparar e conscientizar a família para a continuidade do tratamento domiciliar; proporcionar assistência de enfermagem sistematizada às crianças hospitalizadas e a seus respectivos acompanhantes; Incentivar e elevar o índice de aleitamento materno; reduzir o tempo de

internação; orientar para a saúde, hábitos de higiene e alimentação, evitando assim recidivas de internação, contribuindo para redução da morbimortalidade infantil; reduzir o índice de infecção hospitalar; Melhorar a segurança da criança, diminuindo o risco de acidentes na internação; atenuar os efeitos psíquicos danosos que o período de internação/separação da mãe provoca na criança; colaborar para a compreensão do acompanhante no que diz respeito à saúde-doença e integrá-lo no dia-a-dia hospitalar; proporcionar atividades recreativas para as crianças internadas; identificar problemas sociais que possam estar afetando ou desencadeando o comprometimento da saúde da criança; ajudar o paciente e a família a compreender o processo de internação; melhorar a aceitabilidade da dieta e acelerar o processo de recuperação nutricional; orientar a mãe-acompanhante, sobre a importância do uso correto do medicamento, quanto aos horários e a maneira de administração. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - HUOP, 2003, p. 1).

Estas atividades se efetivam com a colaboração de uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudióloga, entre outros. E a partir desta organização, debates e avaliações acerca de casos específicos (particulares) e gerais (coletivos) são realizadas em reuniões técnicas, com o objetivo de qualificar o atendimento prestado.

Com o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional surgem possibilidades de estar atendendo as novas necessidades geradas no interior hospitalar sem eliminar a competência técnica, cujo objetivo é dar conta de atender as carências deste ser que cuidamos, a criança e sua família. Só um trabalho integrado desta equipe poderá levar à conformação de uma nova dinâmica de relações de trabalho que busquem este objetivo comum. As questões afetivas, psicológicas e emocionais, além das biológicas devem ter significado, pois fazem parte do processo de desenvolvimento infantil.

Ainda, segundo o Projeto de Alojamento Conjunto, é nas reuniões que se discute e avalia as atribuições de cada membro da equipe multidisciplinar. No que tange a atuação do Serviço Social, o documento propõe:

- Acompanhar e orientar a mãe/acompanhante e a criança em tratamento hospitalar;
- Detectar problemas ou dificuldades que estejam interferindo no desenvolvimento ao trabalho do grupo, relacionado a mãe-acompanhante;
- Em conjunto com equipe promover reuniões semanais, sendo este espaço democrático para que as mães possam colocar suas dúvidas, ansiedades sobre o processo de hospitalização, bem como expor com liberdade as dificuldades no relacionamento interpessoal;

- Fazer atendimento individual e com familiares (sempre que necessário);
- Realizar atendimentos em grupo, de caráter informativo e educativo, bem como de acordo com interesse dos participantes;
- Após alta hospitalar, se necessário de cuidados especiais, encaminhar para outros serviços ou instituições para acompanhamento, tais como, UBS, conselho tutelar, entre outros;
- Orientar as mães sobre recursos comunitários e como proceder para bem utilizá-los;
- Entrevistas com familiares;
- Entendimentos com equipe para estudo e/ou conhecimento, avaliação de casos;
- Visitas domiciliares, se necessário;
- Nos casos de alta à pedido, deve-se proceder da seguinte forma: solicitar a avaliação do serviço social e na ausência deste, o enfermeiro da unidade ou supervisor deverá atender o caso visando à permanência da criança na unidade, em caso de insucesso desta intervenção, deve-se primeiramente acionar o Conselho Tutelar e somente após a avaliação deste proceder a liberação da alta a pedido.

Os aspectos da hospitalização infantil são importantes e fundamentais quando evidenciamos o papel da equipe de saúde é evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança. Para o profissional que cuida da criança internada, não basta apenas a técnica e afeição pela mesma, é necessário também um sentimento de infância, assim definido, por considerar a criança como sujeito de sua história e plena de direitos, dentre os quais ressaltamos o direito ao respeito, à liberdade e a dignidade e, sobretudo, o direito de estar junto aos entes queridos num momento de crise, como é o da hospitalização.

A criança quando está sozinha tem grandes dificuldades de se adaptar à rotina do hospital, ficando muito sensível aos procedimentos necessários, se alimenta mal, deprime-se, chora pela falta da mãe e da família, causando desta maneira efeitos negativos na saúde emocional, podendo ter conseqüências na evolução positiva do seu quadro clínico geral.

Por outro lado, a internação conjunta oferece à equipe multiprofissional uma excelente oportunidade para detectar e intervir em qualquer problema de relacionamento mãe/filho. Pode-se neste aspecto observar e avaliar as atitudes, habilidades, cuidados e descuidados da mãe em relação a seu filho. Neste sentido, a intervenção da equipe poderá ser profilático⁹, prevenindo possíveis reinternações.

⁹ Profilático: Parte da Medicina que tem por objeto as medidas preventivas contra as enfermidades; emprego de meios para evitar doenças; preservativo. (BUENO, Minidicionário da Língua Portuguesa).

No entanto, é preciso trabalhar enfocando os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança, à compreensão da importância em não quebrar o vínculo mãe/filho, que é um dos fatores essenciais a fim de minimizar o estresse e os traumatismos de internação hospitalar.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Este item traz em síntese alguns aspectos sobre o processo histórico do Serviço Social no Brasil, como ponto de partida para pensar a realidade do Serviço Social enquanto profissão e como esta é realizada na área hospitalar. O Serviço Social deve ser compreendido dentro do contexto de consolidação e reprodução do sistema capitalista, sabendo que a trajetória do mesmo foi marcada por dimensões e perspectivas que vão de uma visão tradicional conservadora à perspectivas que visam uma outra e nova ordem societária, cujos homens na condição de cidadãos são os precursores e construtores da realidade onde vivem, momento este caracterizado nos fins dos anos 1990.

Conforme Aguiar (1982, p.29), o Serviço Social foi criado como profissão no Brasil no início da década de 1930, através do apoio e iniciativa da burguesia e da Igreja Católica. Onde o momento conjuntural do Brasil existente na gênese do Serviço Social era marcado pela acumulação capitalista, centrada no início do amadurecimento do mercado de trabalho e desenvolvimento industrial. Com o desenvolvimento do modelo capitalista, as expressões da “questão social”¹⁰ e as lutas de classe aumentavam, fazendo com que o país passasse por um momento de crise, onde apesar da repressão, a massa pauperizada se organizava para contê-la e reivindicar direitos que garantissem uma qualidade mínima de subsistência através dos Movimentos Sociais¹¹.

A burguesia através do Estado buscava juntamente com a igreja, desmobilizar e controlar tais organizações e movimentos com a proteção de manter a ordem e a moral, através das práticas assistenciais, repassando as conquistas dos movimentos sociais concedidas ao trabalhador em forma de rendimento.

De acordo com Iamamoto (2000, p.18), como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja católica no mundo, no início da década de 1936, na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios permitidos, em face de crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado.

¹⁰ Vide item 2

¹¹ Entendem-se os Movimentos Sociais como um agente coletivo mobilizador que tem por objetivo provocar, impedir ou anular uma mudança social fundamental, valendo-se de uma forma de ação e organização variáveis. (Aguiar 1982, p.29)

O Serviço Social se institucionaliza com o propósito subjacente de criar um tipo de socialização do operário adequada às novas condições de vida industrial, ao ritmo e a disciplinarização do trabalho.

Objetivava-se a construção de um novo parâmetro cuja base era a intervenção ideológica nas relações de produção da classe trabalhadora, enquadrando os operários nas relações sociais existentes entre capital e trabalho.

Na visão de Iamamoto (2000), o Serviço Social se torna profissão ao se atribuir uma base técnico-científica às atividades de ajuda, à filantropia. A profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais.

No Brasil a primeira escola de Serviço Social foi fundada em São Paulo no ano de 1936, e teve origem no Centro de Estudo e Ação Social (CEAS), fundada em no ano de 1932 por um grupo de mulheres católicas. As atividades do CEAS buscavam a formação técnica especializada e direcionavam sua ação para a intervenção na classe operária.

No período de 1930/40, o Serviço Social brasileiro tinha a influência franco-belga, sob proteção do pensamento de São Tomás de Aquino, o tomismo¹². Já nos anos de 1940/50, destacou-se a influência norte-americana, através das várias correntes do pensamento de matriz positivista¹³.

Também na década de 1940, surgiram as grandes instituições assistenciais, que representaram uma grande ampliação no mercado de trabalho para os Assistentes Sociais e contribuíram para a institucionalização e legitimação do Serviço Social perante o Estado e as Classes dominantes.

A profissionalização do assistente social se consolidou e tornou-se categoria assalariada. Neste contexto, a profissão teve a primeira oportunidade de romper com sua origem baseada na doutrina católica através do mercado de trabalho que se abriu para estas instituições.

Para Iamamoto, (2000, p.31) o Serviço Social deixa de ser um instrumento de distribuição da caridade privada das classes dominantes, para se transformar prioritariamente,

¹² O tomismo afirma-se e caracteriza-se como uma crítica que valoriza a orientação do pensamento platônico-agostiniano em nome do racionalismo aristotélico, que pareceu um escândalo, no campo católico, ao misticismo agostiniano. Ademais, o tomismo se afirma e se caracteriza como início da filosofia no pensamento cristão e, por conseguinte, como início do pensamento moderno, enquanto a filosofia é concebida qual construção autônoma e crítica da razão humana.

¹³ O positivismo foi uma corrente filosófica cujo mentor e iniciador principal foi Auguste Comte, no século XIX. Apareceu como reação ao idealismo, opondo ao primado da razão, o primado da experiência sensível (e dos dados positivos). Propõe a idéia de uma ciência sem teologia ou metafísica, baseada apenas no mundo físico/material.

em uma das engrenagens de execução da política social do Estado e de setores empresariais.

A intervenção na realidade social permite aos assistentes sociais despertarem para a necessidade de uma identidade profissional desprendendo-se do processo de submissão da classe dominante, manifestos no pensamento e ação alienada, conduzindo-se ao chamado Movimento de Reconceituação¹⁴, que teve início a partir da década de 1960 e se desdobrando em diferentes tendências, como: a modernização em suas diferentes expressões – funcionalista¹⁵, fenomenológica¹⁶, eclética¹⁷ – e a de inspiração marxista, com diferentes expressões, sob a perspectiva de ruptura com o Serviço Social tradicional.

A ruptura do caráter conservador da profissão ocorreu devido à necessidade de elaborar uma nova proposta profissional que atendesse as demandas e aos interesses da população.

As universidades com cursos de graduação em Serviço Social e os cursos de mestrado e doutorado contribuíram para a crescente produção acadêmica específica em Serviço Social e consolidou-se o projeto profissional de ruptura na década de 1980.

O currículo pelo Conselho Federal de Educação (CFE), foi aprovado em 1982 trazendo uma nova proposta de formação baseada no projeto ético-político profissional para a categoria, cuja orientação teórica destoava da perspectiva moralista cristã de 1936, assim a construção do Código de Ética Profissional de 1986, passou a assumir de forma legalizada uma postura política e crítica junto aos usuários de Serviço Social, rompendo e superando com a suposta neutralidade que influenciava os valores éticos da profissão. O Código de Ética Profissional de 1986 foi revisto e aprovado em 1993, o novo Código de Ética Profissional, garantindo assim a direção social.

A Assistência Social passa a ser reconhecida como política e alarga ainda mais o espaço de atuação dos Assistentes Sociais com a Constituição de 1988, que de acordo com Yamamoto (2000, p.124) diz:

Abriam-se novos canais de ingerência da sociedade civil organizada na formulação, gestão e controle das políticas sociais, representando uma ampliação das

¹⁴ O Movimento de Reconceituação teve seu início na América Latina e provocou um debate sobre os fundamentos do Serviço Social no âmbito da teoria crítica.

¹⁵ O funcionalismo é uma doutrina que compara a sociedade a um organismo onde as diferentes parcelas da mesma exercem um determinado papel necessário para o conjunto. O funcionalismo é associado com Émile Durheim e mais recentemente com Talcott Parsons.

¹⁶ A fenomenologia é aquilo que se apresenta ou se mostra, e logos, explicação, estudo afirma a importância dos fenômenos da consciência os quais devem ser estudados em si mesmos – tudo que podemos saber do mundo resume-se a esses fenômenos, a esses objetos ideais que existem na mente, cada um designado por uma palavra que represente a sua essência, sua significação. A Fenomenologia representou uma reação à pretensão dos cientistas a metafísica.

¹⁷ Ecletismo é a combinação de concepções disparatadas ou escolas de pensamento.

possibilidades de trabalho profissional. Um dos mecanismos privilegiados foram os Conselhos de Saúde, Assistência Social e Previdência, nos níveis nacional, estadual e municipal, assim como os Conselhos Tutelares e Conselhos de Defesa dos Direitos dos segmentos prioritários para a assistência social como: Criança e Adolescente, Idosos e Deficientes.

Em 1993, foi efetuada a reformulação da lei que regulamenta a profissão, Lei nº 8.662, de 07/06/1993, e atribui que o assistente social é um profissional com formação técnico considerado um profissional liberal e não dispõe de uma ostentação necessária para a efetivação de seu exercício profissional de forma independente, que possui apenas sua capacidade intelectual (teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa), que insere-se no mercado de trabalho em troca de um salário através da venda de sua capacidade intelectual, para satisfazer suas necessidades de subsistência.

As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho. Contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. O conjunto de conhecimentos e hábitos adquiridos pelo assistente social ao longo do seu processo formativo é parte do acervo de seus meios de trabalho. (IAMAMOTO, 2000, p.26).

O Serviço Social, através da prática profissional do assistente social ganhou legitimidade e passou a ser requisitado para intervir e enfrentar as expressões da questão social. A finalidade maior do Serviço Social é garantir a efetivação dos direitos sociais de cidadania do usuário através do acesso às políticas sociais, com participação em espaços representativos na esfera pública e a socialização de informações.

Contudo, as novas possibilidades de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas. E é através das novas condições de trabalho que os assistentes sociais se redimensionam e se inserem em varias áreas que demandam seus serviços, sendo uma delas a saúde, em especial a saúde hospitalar, que passa também pelo processo de reorientação de políticas interventivas, com a participação da população na organização das estratégias de ação.

Através deste contexto, pode-se dizer que uma das áreas que vem mais contratando Assistentes Sociais nas ultimas décadas é a da saúde por conseqüência da implantação do Sistema Único de Serviços (SUS) e do novo conceito de saúde que passa a exigir novas práticas dos profissionais nos serviços dessa área, assim sendo, é necessário uma mudança na organização e nas formas de prestação dos serviços.

Esses espaços de atuação para os assistentes sociais, originados pelo surgimento das novas demandas que são criadas pela existência de necessidades sociais, vão instituindo e proporcionando um mercado de trabalho.

A partir das necessidades criadas no âmbito da saúde, abre-se um amplo espaço de atuação para os profissionais de Serviço Social solicitados para formulação, implantação e implementação de políticas pública de assistência social e de saúde.

2.2 PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é entendida como um direito de todos e dever do Estado, garantindo assim, as bases mínimas para a implantação da reforma da saúde, princípios e diretrizes do sistema. A garantia na Constituição Federal de 1988, não só da nova concepção de saúde, mas também de um sistema único e universal, constitui-se numa das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo das políticas sociais que, diga-se de passagem, também tiveram sua legitimidade a partir da mesma Constituição.

A Carta Constitucional de 1988, fruto do protagonismo da sociedade civil nos anos 1980 preserva e amplia algumas conquistas no campo dos direitos sociais. Prevê a descentralização e a municipalização das políticas sociais, institui os Conselhos de Políticas e de direitos. (IAMAMOTO, 1999, p.48).

As práticas do SUS revelam a superação de um processo de trabalho vigente até os anos 1970, em que os profissionais podiam atuar isolados e autonomamente. O modelo atual assinala para a emergência de um conjunto de práticas dentre as quais emergem novas ocupações e atividades que são resultantes da ampliação e redivisão das tradicionais ocupações profissionais da área de saúde. Essa redivisão é produto do sistema atual, cuja filosofia é a descentralização física e administrativa e a integração das unidades e serviços.

È a partir deste contexto que verificamos um aumento significativo de contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde, sendo a administração direta a que mais emprega, especialmente nas esferas estadual, seguida da municipal. Conforme apresenta uma pesquisa realizada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP e Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 9ª Região:

A área de saúde lidera a absorção de assistentes sociais [...] em decorrência dos processos de implantação do Sistema Único de Saúde e conseqüentemente necessidade de reaparelhamento dos Escritórios

Regionais de Saúde. (IAMAMOTO, 1999, p.124).

Segundo Costa (2000), enquanto o discurso dos profissionais atribuía ao voluntarismo e ao empirismo da ação profissional a responsabilidade por uma desqualificação técnica de serviço social, deixava evidente a existência de um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão nos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde.

Isto quer dizer que enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo de suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. O trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam.

A inserção do serviço social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do serviço social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social. É a partir desse processo, como organizam seus objetivos institucionais, é que os assistentes sociais se voltam para intervenção sobre essas necessidades.

A não consideração dos processos de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços públicos de saúde, segundo Costa (2000), constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais sobre suas ações profissionais.

Na esfera dos serviços na área de saúde, conforme Costa (2000, p. 38) o trabalho tem uma singularidade marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, que são:

- A cooperação vertical são as diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia.

- A cooperação horizontal são as diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. A ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área de saúde ocorre tanto na ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto na divisão sócio-técnica do trabalho.

A introdução dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho nos serviços de saúde destinado a produzir serviços para a população é, 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 reorganização vertical e horizontal dos serviços e procedimentos implicou mudanças nos processos de trabalho e essas mudanças, segundo Costa (2000), vêm sendo determinadas pelos novos sistemas de controle, pela hierarquização, pelas novas tecnologias e pelo novo papel que adquiriu a informação e a comunicação. Observa-se a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e a emergência de novas problemáticas com a atual situação.

Com relação às novas problemáticas, Costa (2000,p.42), aborda questões relativas à implantação das novas estratégias de reorganização dos serviços e a operacionalização. Através deste contexto, temos a histórica questão da demanda reprimida e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil. Há necessidade de pensar na saúde além da simples ausência de doenças e numa perspectiva de prevenção, se materializando em demandas através do conjunto das novas e antigas atividades ocupacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando, assim as atuais características dos processos de trabalho na saúde.

O processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou na ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais em decorrência dos seguintes fatores:

- Ampliação do número de unidades e de técnicos contratados;
- Redefinição das competências ocupacionais e a necessidade de administrar as contradições do sistema de saúde no Brasil.

Em relação as atividades realizadas pelos assistentes sociais segundo Costa (2000, p. 54), é possível afirmar que a expansão do sistema resulta na ampliação e criação de novas dimensões das atividades e qualificações dos assistentes sociais. De acordo com a autora, as atividades do assistente social estão concentradas nos seguintes campos:

- Ações de caráter emergencial, sendo a atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, tratamentos, próteses, sangue, entre outras. Exigem mobilização e articulação de recursos humanos e materiais, no interior e exterior do sistema público e privado de saúde;
- Educação e informação em saúde, orientações e abordagens individuais ou coletivas ao usuário, família e a comunidade com o objetivo de esclarecer, informar e buscar soluções sobre as problemáticas que se referem a estes sujeitos;
- Planejamento e assessoria com realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere a: assessoria ao planejamento local das unidades de saúde, a educação em saúde, o treinamento, a preparação de recursos humanos, entre outros.

Esse conjunto de atividades é operacionalizado na prática profissional e podem ser desenvolvidas por meio de atendimento ao usuário de forma isolada, ou geral e cooperada, articulada com diversas atividades profissionais através da seguinte forma, conforme cita Costa (2000, p.56):

- Levantamento de dados: objetiva caracterizar e identificar as condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários, que consiste basicamente na realização de um levantamento dos dados socioeconômicos e culturais dos usuários e da comunidade realizada através de entrevistas, questionários, cadastros e diagnósticos sociais, priorizando os dados referentes às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais.

Estas atividades eram totalmente incorporadas às atividades dos médicos, no entanto, a partir da percepção de saúde enquanto resultante das condições de vida, outros profissionais da área de saúde também passaram a executá-la, entre eles, o assistente social. Desta forma, o trabalho do assistente social na área de saúde é determinado tanto pela concepção de saúde que prevalece no Sistema Único de Saúde, como pelas condições da população usuária dos serviços.

- Interpretação de normas e rotinas: Essa atividade consiste no ato de transmitir informações e interpretar normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde. Através de um conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tem como finalidade assegurar a disciplina e o enquadramento dos usuários às normas e rotinas da unidade de saúde.

Segundo Costa (2000), nos hospitais a atuação do Assistente social se dá principalmente na questão de horários, duração das visitas, número de visitantes permitido para cada paciente. Já nos centros de saúde esta ação consiste em interpretar as normas e rotinas dos programas, como, observação de horários e prazos, cumprimento dos procedimentos terapêuticos recomendados, cumprimento de normas e disciplinas do atendimento. E nos ambulatórios especializados essa atividade também objetiva explicitar normas e rotinas dos programas desenvolvidos, por meio de horários, prazos, entre outras.

- Procedimentos de natureza sócio-educativa: Em todas as fases do atendimento, seja coletivo ou individual, e em todas as unidades de saúde, o assistente social tem a sua atuação voltada para a educação em saúde, por meio de orientações e encaminhamentos coletivos e individuais.

Ao assistente social é atribuída a responsabilidade de mobilizar o usuário nas diversas situações, como, a captação de sangue, realização de exames, superação de

preconceitos relacionados às doenças e tratamentos, entre outros.

Nos hospitais o assistente social orienta o paciente sobre cuidados a serem tomados durante a visita, consultas pós-alta, encaminhamento junto à família ou responsável para liberação do corpo do paciente que veio a óbito junto ao Serviço de Verificação de Óbito, traslado e sepultamento. Nos centros de saúde e nos ambulatórios especializados, a atuação do assistente social é voltada para orientações e esclarecimentos quanto a condutas ou preparação para realização de exames e nos critérios para inserção em programas desenvolvidos na unidade.

Para Costa (2000, p.38), esta atividade exige a organização de equipes multidisciplinares e interdisciplinares envolvendo enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Deste modo, também fica sob responsabilidade da equipe a organização e coordenação de palestras, distribuição do material de divulgação, apresentação de slides e vídeos relacionados as formas de prevenção e controle das doenças, bem como a coordenação de eventos e discussões sobre preconceito e atitudes prejudiciais a saúde.

É importante destacar, que o assistente social tem como base para o exercício de sua prática o Código de Ética (CE), a Lei Orgânica de Assistência (LOAS), a Lei Orgânica da Saúde (LOS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto do Idoso, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a Constituição Federal entre outros instrumentos legais. Além disso, deve estar atento às mudanças que ocorrem na dinâmica de atendimento.

- Desenvolvimento de atividades de apoio e técnico-político: trata-se da realização de atividades em que o profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, cartas-convite, *folders*, reuniões, visitas a lideranças comunitárias, etc.

O desenvolvimento de atividades nos centros de saúde, tem a finalidade de (re)estruturação e funcionamento dos conselhos gestores das unidades, dos distritos e do município. Diferentemente do processo de centralização, que tem requisitado profissionais de planejamento. E entre os profissionais requisitados para as atividades de assessoria, planejamento e coordenação de ações e/ou programas estão os assistentes sociais que, é o profissional que mais tem sido identificado com esse trabalho, segundo Costa (2000, p.50).

Dentre as estratégias para enfrentamento deste quadro de trabalho descritos este consiste: desde a mobilização e articulação dos usuários e trabalhadores do setor à assessoria ao processo de preparação e organização de reuniões, eventos, visitas técnicas, elaboração de projetos, propostas, documentos e avaliação das próprias atividades desenvolvidas.

Além das tradicionais requisições no contexto de implantação do Sistema Único

de Saúde, tem sido demandando a estes profissionais:

A capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas e as em curso, o conhecimento da realidade econômica, social, cultural e, principalmente, o nível de organização política dos usuários da localidade e área em que trabalha o domínio de conhecimentos e técnicas para assessorar e desencadear processos de mobilização, em que, mais que interpretar as mudanças em curso requer o trabalho de sensibilizar a população para acreditar e se engajar no processo. (COSTA 2000,p.58),

O assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento exclusivo das instituições de saúde dentro do serviço social Hospitalar.

2.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (HUOP)

Considerando que a saúde é um dos alvos prioritários da sociedade, estando em grande parte, relacionada à capacidade econômica da população, o Assistente Social enquanto profissional da prática, é um dos que mais sente os reflexos das ações governamentais, sendo extremamente importante manter o entrosamento com a comunidade, conhecendo os recursos disponíveis e utilizando-os de forma adequada para o melhor atendimento dos pacientes do hospital.

É na instituição hospitalar que o Serviço Social também atua sempre de forma crítica e consciente, como exemplo de instituição no caso específico, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) do município de Cascavel – Paraná.

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) completou no dia 31 de maio de 2007, 18 anos de existência, como uma das mais modernas infra-estruturas hospitalares do Oeste do Paraná, sendo o único integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma estrutura de 17.979,73 metros quadrados atualmente, dispendo de atendimento especializado em diversas áreas hospitalar como: cardiologia (cirurgia cardíaca), cirurgia de cabeça e pescoço, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, neurologia (neurocirurgia), obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia (cirurgia de tórax) reumatologia, urologia, cirurgia

pediátrica, cardiopediatria e pediatria.

E é nesta instituição com tantas especialidades que atua o profissional assistente social; profissional que tem papel de grande importância no atendimento aos usuários desta instituição, pois o mesmo intervém junto aos pacientes e seus familiares numa linha sócia educativa de cunho humanizador, incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos. Propicia também democratizar as informações disponíveis no âmbito hospitalar de forma a garantir o acesso aos serviços oferecidos e resolutividade das situações sociais que interferem no processo saúde-doença através dos recursos institucionais e comunitários.

Portanto, o Serviço Social é uma profissão legitimada academicamente e socialmente e, sua práxis profissional é orientada pelo Código de Ética Profissional – resolução CFESS nº 273/93 de 13 de março de 1993, o qual expressa o projeto profissional contemporâneo comprometido com a democracia e com acesso universal aos direitos sociais e político.

Além disso, orienta-se também pelos princípios e direitos firmados na Constituição de 1988, e na legislação complementar referente às políticas sociais e aos direitos da população.

As atividades desenvolvidas pelo profissional do Serviço Social dentro da instituição hospitalar em questão estão relacionadas nos seguintes aspectos:

Atendimento ao público interno e externo; visitas diárias em todas as alas, sendo o atendimento dividido pelos profissionais, que constituem um canal aberto entre usuários / e ou instituição, acolhendo as demandas, discutindo as dificuldades e facilitando a reflexão sobre a situação apresentada; orientar os pacientes e familiares sobre as normas e rotinas hospitalares; mobilizar a rede de serviços sociais dos municípios e região, a fim de atender a demanda e necessidades do paciente, bem como seus familiares; orientar as famílias para receber o paciente após alta hospitalar; investigar as situações: cultural, ambiental, social, pessoal e econômica do paciente e de seus familiares, a fim de identificar problemas que possam interferir no tratamento de saúde; entrevistas sociais; remoção; realizar visitas domiciliares sempre que necessário; elaborar projetos específicos de atuação, estabelecendo estratégias esboçadas a partir de situações concretas do paciente e da família; orientações sobre direitos do paciente como os previdenciários, humanos, da mulher, criança e do adolescente, idosos entre outros; participação em comissões infra-hospitalar. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - HUOP, 2003, p. 1).

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) através do Serviço Social também está inserido em Projetos e Comissões como:

- Método Canguru: atende recém-nascidos de baixo-peso, (em fase de implantação);

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): incentiva o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos de idade;

- A presença do Acompanhante no HUOP: Humanização a Assistência – propicia acompanhamento, por membro da família, aos pacientes internados no HUOP, durante o período de internação quando detectada a necessidade pela equipe multidisciplinar.

Sendo assim, as atividades desenvolvidas pelo profissional Assistente Social dentro da instituição hospitalar, segundo Iamamoto (2000, p.19), é considerada como básica nos processos e programas de desenvolvimento social, sendo que a sua atividade está relacionadas aos aspectos que dizem respeito à “questão social”. Nesta perspectiva, a intervenção do profissional se dá a partir da leitura e análise do cotidiano, o autor coloca que:

O Assistente Social deve estar atento às mudanças que estão ocorrendo no mundo, decifrando a realidade e apresentando propostas de trabalho que venham a preservar e efetivar direitos a partir das demandas emergentes. O profissional deve ser competente para “propor e negociar os seus projetos para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais”. (IAMAMOTO, 2000, p.20)

Dessa forma, é necessário que se entenda a profissão como um tipo de especialização do trabalho na sociedade, o que supõe apreender a chamada prática profissional profundamente condicionada pelas relações entre Estado e Sociedade. Assim, o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação como especialização do trabalho, e esta passa a ser trabalhada nas suas várias expressões cotidianas, como: trabalho, família, habitação, saúde, assistência social pública, entre outras.

Para se conhecer o propósito do trabalho, é necessário que o profissional faça uma investigação para conhecer a realidade, visando inserir uma ação que venha a impulsionar um processo de mudanças, pois é somente através do conhecimento da realidade que o assistente social tem a possibilidade de conhecer o seu propósito e a partir daí direcionar sua ação.

Neste sentido, as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para executar o seu trabalho, sendo o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo do seu processo formativo e como parte do acervo de seus meios de trabalho, (Iamamoto id, p.63).

Estes meios contribuem para que o profissional faça uma leitura da realidade de forma mais clara, direcionando a sua ação para conduzir o trabalho a ser realizado. O

Assistente Social de posse de conhecimento poderá transformar os espaços de trabalho verdadeiramente públicos, a serviço dos hospitais e dos interesses coletivos, sendo as ações canalizadas na defesa dos direitos constitucionais.

Através deste contexto, os Assistentes Sociais se deparam todos os dias com questões de saúde pública, da criança e do adolescente, da terceira idade, da violência, da habitação, etc., exigindo do profissional maior preparo e competência crítica.

Desse modo o profissional deve ser capacitado a pensar criticamente, analisar, pesquisar e decifrar a realidade, e com isto perceber novas possibilidades e alternativas de trabalho, num momento de profundas alterações na vida em sociedade.

O que se busca é um profissional com perfil novo afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas, um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o tempo presente e nela atuar, contribuindo para moldar os rumos de sua história, (IAMAMOTO, id. p, 49).

Cabe ressaltar, que o trabalho do assistente social não se realiza isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Ainda que dispondo de relativa autonomia na execução de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais, que possibilitam aos usuários o acesso a seus serviços, desta forma a realização de seu trabalho está vinculada a entidades empregadoras responsáveis pela viabilização dos recursos necessários para sua efetivação.

3 PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR PEDIATRICO DO HUOP

Neste capítulo se apresenta inicialmente o processo metodológico da pesquisa e em seguida a análise e interpretação dos dados da pesquisa.

3.1 BREVES EXPLICAÇÕES METODOLÓGICAS

Para a elaboração e desenvolvimento da presente investigação serviu-se da abordagem qualitativa, que segundo Chizzotti (1991, p. 78), “faz parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e a subjetividade do sujeito”. Tendo em vista a abordagem qualitativa, optou-se pela pesquisa exploratória tendo como método específico o estudo de caso.

O estudo de caso para Chizzotti (1991, p.102), “é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos [...] objetivando tomar decisão a seu respeito ou propor ação transformadora”. Dessa forma, optou-se pelo estudo de caso, pois se tem como finalidade dessa investigação focar o caso particular que é o objeto da pesquisa a prática profissional das Assistentes Sociais do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel, no setor de pediatria do Projeto Alojamento Conjunto Pediátrico.

Apresente pesquisa tem por objetivo geral analisar a prática profissional do Assistente Social no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico no setor de Pediatria, tendo em vista também os objetivos específicos os quais pretendem mostrar o perfil dos profissionais de Serviço Social, verificar a importância da intervenção do Assistente Social no setor de pediatria e observar as dificuldades presentes na realização da ação profissional junto ao setor de pediatria. A partir dessa investigação pretende-se analisar a prática profissional do Assistente Social desenvolvida no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico – no setor de Pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel e apontar sugestões que contribua para o desenvolvimento da prática das assistentes sociais da instituição em questão.

A pesquisa foi realizada em várias etapas. Primeiramente, para aprofundamento do conhecimento teórico realizou-se: levantamento bibliográfico na biblioteca da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE/campus de Toledo, utilizando diferentes autores que discutem a temática como. IAMAMOTO, Marilda Vilela,

GERSCHAMAN, Silvia, NETO, José Paulo, BRAVO, Maria Inês Souza, entre outros. Em seguida, foi feito um levantamento documental no qual consta o Projeto Alojamento Conjunto Pediátrico, tendo em vista conhecer o projeto, e como se deram seu início e desenvolvimento e posteriormente foi subsidiado por contatos com as assistentes sociais, que fora as depoentes desta pesquisa.

Também se utilizou para esta pesquisa a observação participante que segundo Gil (1999, p. 113), “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada”. Vale ressaltar que a pesquisadora participa como funcionária do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel, especificamente no setor de Pediatria, o que contribuiu para o conhecimento mais detalhado do objeto em questão.

Outra forma utilizada para realizar a pesquisa foi à coleta de dados através do questionário que, segundo Lakatos e Marconi (1991, p. 201), “é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”. A escolha do questionário deu-se pela impossibilidade do pesquisador realizar a entrevista pelo fato da mesma estar em processo de R. D, com o direito a licença maternidade.

O universo estava composto por quatro assistentes sociais, pois, as mesmas trabalham no HUOP e estas se constituíam enquanto amostra e por ter a seguinte intencionalidade, ou seja, deveriam ser as assistentes sociais por estarem atuando em área da saúde dentro do hospital em específico atuar mesmo que esporadicamente no setor de pediatria.

A amostra utilizada para coleta de dados foi à caracterizada por tipicidade ou intencional que, segundo Gil (1999, p. 104), constitui-se “um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado toda a população”.

Dessa forma, foram explicadas as participantes a finalidade do presente trabalho e entregue o questionário com questões abertas e fechadas e enviado com um termo de consentimento que foi solicitado por uma das participantes e que todas receberam.

Diante da amostra de 4 assistentes sociais, uma das participantes embora havia aceitado participar da pesquisa quando lhe foi solicitado no início do ano letivo de 2007, não respondeu o questionário devido este ser entregue no mês de setembro de 2007, e a mesma neste período estar passando por problemas pessoais impossibilitando a participação na pesquisa conforme combinado com os sujeitos depoentes.

Como forma de preservar a privacidade de cada participante, seus nomes não foram colocados no presente trabalho e as informações obtidas através destes, foram simbolizadas através de códigos como: AS1, AS2 e AS3.

Quanto à amostra dos sujeitos da pesquisa, através do questionário aplicado foi possível identificar a seguinte caracterização que demonstra o perfil dos sujeitos da pesquisa.

QUADRO – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Sujeito	AS1	AS2	AS3
Sexo	feminino	feminino	Feminino
Escolaridade	Pós-graduação	Pós-graduação	Pós-graduação
Condição Salarial.	4 à 6	4 à 6	2 à 4
Em qual Universidade cursou.	Unioeste	Unioeste	Unioeste
Tempo de atuação no HUOP.	Seis anos	Seis anos	Dois anos
Como conquistou este espaço.	Concurso Público	Concurso Público	Concurso Público

Fonte: dados da pesquisa – set/2007

Através deste quadro é possível perceber que, em relação ao sexo dos sujeitos da pesquisa têm-se, 100% do sexo feminino (3 mulheres). Isso pode ser explicado pelo fato que há mais mulheres do que homens nos cursos de Serviço Social. Sendo isso uma consequência da divisão sexual do trabalho.

Nota-se que a condição salarial dessas profissionais não é das piores, pois, as AS1 e AS2 recebem de quatro a seis salários por estarem nesta instituição há seis anos e a AS3 recebe de dois a quatro salários por fazer apenas dois anos trabalhando na instituição, isto explica a diferença salarial entre as assistentes sociais. Sabe-se, porém que o profissional de Serviço Social não possui salário base sendo que o mesmo varia de região para região e até mesmo pelo tipo de vínculo empregatício, por órgão público ou privado fazendo com que o salário passa a ser diferenciado. O que se tem sobre valores e pagamentos dos assistentes sociais é uma Tabela de Referencial de Honorários segundo a Resolução CFESS nº418/01 estabelece:

A Tabela Referencial de Honorários de Serviço Social¹⁸ – TRHSS foi

¹⁸Graduados: R\$ 69,76 (sessenta e nove reais e setenta e seis centavos)
Especialistas: R\$ 78,34 (setenta e oito reais e trinta e quatro centavos)
Mestres: R\$ 98,74 (noventa e oito reais e setenta e quatro centavos)
Doutores: R\$ 111,61 (cento e onze reais e sessenta e um centavos). Os valores acima serão referências até o dia 20 de setembro de 2008, bem como solicitamos a divulgação dos citados valores para os profissionais inscritos, (<http://www.cfess.org.br>).

instituída em 2001. Entre outras atribuições, ela determina o valor da hora técnica, fixando o valor mínimo a ser cobrado, que servirá de parâmetro para prestação dos serviços profissionais do Assistente Social que trabalhe sem qualquer vínculo empregatício, vínculo estatutário ou de natureza assemelhada. O valor dessa hora técnica é corrigido anualmente com base no ICV/DIEESE. Considerando o § 2º do artigo 1º da Resolução CFESS Nº 418/2001, que instituiu a Tabela Referencial de Honorários de Serviço Social – TRHSS, alterada pela Resolução CFESS Nº 467, de 17 de março de 2005.

Pode-se observar que todos os sujeitos da pesquisa possuem pós-graduação, isso pode ser explicado pelo fato de existir na instituição o Plano de Cargos Carreira e Salários (PCCS), ou pela consciência das profissionais de possuírem uma reciclagem dos conhecimentos aperfeiçoando-os. Pois segundo Iamamoto (2000, p. 20), os profissionais de Serviço Social não devem parar no tempo, os mesmos devem sempre acompanhar as mudanças do mundo para assim poder atender as necessidades das demandas emergentes, sempre com uma consciência crítica e respaldada pelo Código de Ética Profissional.

3.2 PRÁTICA PROFISSIONAL DE INTERVENÇÃO NO PROJETO PERMANENTE ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO NO HUOP

Na apresentação dos resultados da pesquisa, optou-se pela estruturação dos dados coletados em torno de três eixos que estão interrelacionados com os objetivos da pesquisa. Para melhor compreensão do procedimento adotado, apresentam-se a seguir.

3.2.1 **Eixo 1 - Objetivos do serviço social e as principais ações do profissional Assistente Social no HUOP**

O presente eixo pretende abordar analiticamente aspectos que evidenciam o objetivo do Serviço Social e como suas ações estão sendo direcionadas na instituição.

Tendo em vista o questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa, no que diz respeito à questão aberta 05: Qual o objetivo do Serviço Social no HUOP? Foi possível constatar que a garantia de direitos é unânime. Isso pode ser observado nas respostas:

Intervir junto aos pacientes e seus familiares incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos. Democratizando as informações disponíveis no âmbito hospitalar [...]. (AS1).

Através da prática profissional orientar, informar e/ou intervir, com o objetivo de garantir os direitos do paciente internado e especificamente dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. (AS2).

[...] contribuição do Serviço Social na efetivação do direito a saúde pública no HUOP. (AS3).

Constatamos através das informações colhidas no questionário respondido pelas AS1, AS2 e AS3 a importância do Assistente Social frente ao atendimento no HUOP, onde as ações do Serviço Social na área da saúde têm o objetivo de intervir junto aos pacientes e seus familiares incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos, através da prática profissional orientar, informar e/ou intervir com o objetivo de garantir os direitos do paciente internados e especificamente dos usuários do SUS, conhecer os principais problemas enfrentados pela prática profissional.

Sendo assim, as ações do Assistente Social na saúde não devem responder as relações do mercado, mas a direitos humanos, ou seja, com relação ao projeto de saúde, articulado ao mercado, segundo Bravo (2006.p.101), o Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Já com relação aos direitos humanos, é possível observar a existência do projeto de Reforma Sanitária que tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e pela saúde.

Dessa forma, as ações realizadas pelo profissional Assistente Social no HUOP devem estar voltadas para garantir os direitos dos usuários da saúde, porém no que se refere à questão levantada sobre as principais ações, obtivemos as seguintes respostas:

Identificar e auxiliar na motivação do paciente e/ou familiar que apresenta resistência ao tratamento [...]. (AS1).

Orientação sobre normas e rotinas hospitalar; encaminhamentos a rede de serviços [...]. (AS2).

Atendimento em casos de suspeita de negligência em relação principalmente às crianças, idosos e deficientes [...]. (AS3).

Nesse sentido ao discorrer sobre as principais atividades realizadas pelos assistentes sociais, identificamos que as atividades do Serviço Social estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional

que se relaciona intimamente com as ações, e estas se expressam nas atividades voltadas para agilizações e exigem a mobilização e a articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do público e privado de saúde. Para a realização deste trabalho Costa (2000. p.51), coloca que:

O assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamento da unidade e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores (sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e profissional (principalmente médicos, psicólogos, fisioterapeutas etc.).

Então na questão sobre para que estão voltadas tais ações, as assistentes sociais responderam o seguinte:

As ações estão voltadas para assegurar os direitos do usuário. (AS1).

[...] nossas ações são no sentido de entender e propor uma intervenção nas questões sociais envolvidos na instalação da doença, visando à recuperação e ou reabilitação, além de socializar as informações [...]. (AS2).

Para pacientes usuários do serviço, e seus familiares. (AS3)

De acordo com as Assistentes Sociais as ações estão voltadas para assegurar os Direitos dos usuários e familiares durante o tratamento hospitalar, para que os mesmos não tenham apenas o atendimento médico ou da “doença”, e que as ações são no sentido de tentar melhorar a assistência prestada a esses usuários de uma forma geral.

Segundo Costa (2000. p. 62), a objetivação do trabalho do assistente social, na área de saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e a s demais políticas sociais e/ou setoriais.

É interessante notar que o Serviço Social tem sua ação voltada primordialmente às necessidades humanas de uma dada classe social, por isso não se faz uma triagem, pois todos têm o direito ao atendimento à saúde pública especificamente no HUOP que é um hospital de caráter público.

Sendo assim, é possível observar que essa instituição tem ações diferenciadas de uma instituição de caráter privado, e que cada instituição tem as suas características e

objetivos. Como se apresenta nas respostas abaixo:

[...] universalização do atendimento indiferente de sua renda [...]. (AS1).

[...] cada instituição tem suas características e objetivos [...]. (AS2).

A prática do Serviço Social não muda, algumas questões são trabalhadas de forma diferenciada. (AS3).

Através dessas respostas é visível a universalidade do atendimento que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme foi abordado no primeiro capítulo deste trabalho.

Porém esse princípio de universalidade ocorre com os pacientes que já estão dentro da instituição, pois o que se vê é cada vez mais a precarização de verbas para a área de Saúde o que vem fazendo com que cada vez menos indivíduos consigam ter acesso a esse atendimento, fazendo com que o SUS, segundo Costa (1997, p.32), tenha um caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através de um pacote básico para a saúde, ampliando a privatização, estimulando o seguro privado, descentralizando os serviços em nível local e eliminando a fonte com relação ao financiamento.

Já as ações do profissional assistente social pode mudar, isso vai depender das características e dos objetivos de cada instituição que para Yamamoto (2000.p.106) os processos de trabalho diferenciam-se de instituição para instituição, pela especificidade do que cada uma delimita como seu objeto: há as lidam com a problemática do infrator, as que ocupam do abandonado ou deficiente, as que respondem a demandas emergenciais frente à problemática da violência, e assim por diante. São as particularidades dos processos de trabalho dessas instituições que “[...] em circunstâncias diversas vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão, ainda que esta não perca a sua identidade”.

Independente do objetivo e das características que possa ter a instituição em que está atuando, o profissional de Serviço Social deve sempre trabalhar de forma ética, e refletindo sobre suas ações nunca esquecendo suas atribuições, e fundamentando-se em seu conhecimento teórico-metodológico, evitando assim uma ação mecânica e acrítica.

3.2.2 Eixo 2 - Autonomia do Assistente Social na prática hospitalar e sua intervenção junto aos usuários do Serviço Social Hospitalar do HUOP

Este eixo tem por objetivo conhecer melhor a atuação profissional dentro de um

hospital, e qual o perfil dos seus usuários e se os profissionais possuem autonomia em sua prática.

Foi perguntado para as Assistentes Sociais se há autonomia na sua prática profissional.

Há “uma certa autonomia” apesar de termos tentado desmistificar, inclusive documentado e encaminhado a setores específicos do hospital, acerca das atribuições (atuação) do serviço social, a dificuldade ainda está no entendimento que a maioria dos profissionais/colegas têm do que é função do Assistente Social no hospital. Neste sentido a autonomia fica um tanto comprometida, visto que o entendimento da função do Assistente Social é limitado e muitas vezes até distorcido, ou seja, tentam delegar-nos funções que não são de competência do Serviço Social, e muitas funções que são direcionadas aos Assistentes Sociais são delegadas ou assumidas por outros profissionais com formação não compatível com elas. (AS1).

Na prática profissional tem autonomia sim, e não há interferências nas condutas e encaminhamentos realizados, porém em outras questões que envolvem o “setor de serviço social”, não há autonomia, pois a chefia direta não e da mesma categoria e nós não participamos das decisões tomadas como também não há reuniões periódicas com a chefia e a forma como essa gestão está organizada. (AS2).

Sim há autonomia e sempre baseada na ética profissional dentro das rotinas do hospital. (AS1).

Neste caso é importante que o profissional de serviço social tenha o entendimento de que é provido de autonomia para realizar suas ações, no entanto o que muitas vezes ocorre é a compreensão de não ter autonomia por estar subordinado a uma hierarquia, mas há autonomia de suas competências e habilidades que lhes são próprias, quando uma profissão se sobrepõe a outra como é o caso quando a AS2 fala que não há autonomia, pois a chefia é um médico, e não alguém da mesma categoria profissional que o Assistente Social tem.

De acordo com Bravo, o assistente social no setor saúde ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho de Estado. Outro aspecto se refere à subalternidade do assistente social na área da saúde, cujo principal protagonista é o médico, com as demais profissões consideradas, durante muito tempo, como “paramédicas”, situação decorrente da divisão social do trabalho na sociedade capitalista. Outro aspecto ligado á subalternidade é a condição feminina da profissão. (1996.p.113).

Já com relação ao trabalho das Assistentes Sociais na instituição hospitalar o resultado obtido foi:

[...] geralmente trabalha-se com os extremos: a “massa sobrando” da sociedade os marginalizados, os excluídos do sistema capitalista em que nos encontramos, principalmente com pessoas que de todas as formas estão excluídas, além disso, mais fragilizadas ainda porque seu único bem que é a vida que está em risco por falta de saúde [...]. (AS1).

Nas unidades de saúde hospitalar os atendimentos caracteriza-se desde os casos mais “simples” até os mais “complexo” [...] gosto de trabalhar no HUOP, apesar de trabalhar diariamente com situações que envolvem dor, sofrimentos, morte, descaso dos chefes de Estado com a saúde públicas. (AS2).

É um trabalho gratificante, mas ao mesmo tempo desgastante. (AS3).

É um trabalho digno e importante e os profissionais têm consciência dessa realidade, segundo Nicolau (2001.p.57), mas têm também, a desvalorização social que se associa em todos os discursos, ao fazer-profissional, é um deslocamento do espaço social atribuído ao objeto do trabalho do assistente social, com o qual ele estabelece seus vínculos: sua clientela ou os usuários dos serviços sociais.

Segundo as Assistentes Sociais do HUOP o trabalho realizado tem feito a diferença justamente por considerar o paciente (ser humano) na sua integridade, o Assistente Social por ser um profissional com conhecimento teórico /metodológico e técnico/operativo, está apto para fazer essa avaliação e conduzir o processo de forma a não fragmentar o cidadão/paciente e sua família, considerando os aspectos que envolvem, acompanhando e encaminhando-os à rede de serviços públicos, pois, o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação.

O Serviço Social segundo Correa e Cunha (1998, p.11), é uma profissão de caráter interventivo nos aspectos ligados a questão do cotidiano das classes excluídas, no que se refere as questões sociais dentre elas a saúde. Aponta-se que o Serviço Social na saúde tem por objetivo identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para estas questões. Para este trabalho são mobilizados os recursos institucionais e comunitários no campo da assistência e desenvolvimento social, tendo-se como perspectiva e avaliação/construção das políticas públicas que efetivem direitos básicos de cidadania.

Em relação aos usuários do HUOP na visão das Assistentes Sociais, os mesmos são usuários de baixa renda, pessoas que não têm condições de manter um plano de saúde e

utilizam-se do SUS, no entanto os usuários infelizmente não conhecem o SUS e quais os seus direitos como cidadãos. A Partir desta falta de informação é que se estabelecem as relações com os profissionais e com a própria instituição, como pode ser observado nas respostas a seguir:

[...] a grande maioria dos usuários, são de baixa renda, pessoas que não tem condição de manter um plano de saúde [...]. (AS1).

Os usuários desconhecem seus direitos, desconhecem o SUS, e muitas vezes são agressivos. (AS2).

Carentes e desprovidas de informações dos seus direitos enquanto cidadão. (AS3).

Conforme foi citado no segundo capítulo, a atividade desenvolvida pelo profissional Assistente Social, segundo Yamamoto (2000, p.19) é considerada como básica nos processos e programas de desenvolvimento social, em geral, a sua atividade está relacionadas aos aspectos que dizem respeito à “questão social”, esta não existe desvinculada do concreto, mas é objetivada em forma de problemas individuais, grupais e comunitários, isso está explícito nos usuários do Serviço Social do HUOP.

3.2.3 Eixo 3 - Importância da intervenção do Assistente Social e as dificuldades enfrentadas no exercício profissional no setor de pediatria frente ao Projeto Alojamento Conjunto Pediátrico

Na esfera do surgimento dos serviços de saúde, muitos elementos podem ser escolhidos para a discussão, porém faz-se necessário comentar, aqui, através do questionário aplicado para as assistentes sociais referentes à importância da intervenção do assistente social enfrentadas em seu exercício profissional no setor de pediatria frente ao projeto alojamento conjunto pediátrico.

A intervenção é fundamental em qualquer setor, porém na pediatria, considerando que a criança (e adolescente) é alvo de prioridade absoluta conforme a CF art.227 e o ECA art.4º, principalmente quando a questão envolve a vida, que está diretamente relacionada à saúde, considerando também a condição de dependência da criança pois a mesma não responde por si, depende de outrem para decidir sobre os encaminhamentos para a vida.(AS1)

[...] considerando a condição peculiar da criança como pessoa em

desenvolvimento, entende-se um pouco sobre a importância da intervenção do assistente social por ser um profissional apto ou, capacitado a trabalhar considerando a pessoa integralmente. Portanto que orienta, acompanha e encaminha considerando todos os aspectos que de alguma forma estejam “desencadeando” ou relacionados ao caso/problema, tendo em vista o projeto ético político ao qual se responde assegurando primordialmente o direito do usuário/criança. (AS1).

A atuação do assistente social é importante em qualquer ala do hospital, e não é diferente no Alojamento Conjunto Pediátrico, que tem uma característica que se diferencia das outras alas que é a presença de um acompanhante em tempo integral, a importância da intervenção do assistente social quando uma criança internada, além da doença propriamente dita há também o sofrimento psíquico dela própria e de seus familiares, e há a necessidade de uma reorganização familiar imediata. (AS2).

A mesma depoente enfatiza que:

[...] é durante a internação, que se pode perceber a dinâmica familiar e detectar, por exemplo, se os pais são ou foram negligentes no cuidados ou no processo de instalação da doença da criança, ou agem com violência, pois isso se manifesta durante a internação e se faz necessário uma intervenção profissional, e por a criança estar em desenvolvimento (físico e emocional) o que será necessário para sua recuperação ou reabilitação.

O assistente social intervem nas questões que envolvem os paciente usuários as famílias bem como a equipe multiprofissional que assistem o paciente e ou usuários do serviço. (AS3).

Através das respostas dos sujeitos da pesquisa, é possível perceber que a atuação do profissional assistente social é importante em todos os setores do hospital, porém o que diferencia a pediatria dos outros setores, é que seus usuários são crianças, as quais estão internadas e acompanhadas por um responsável conforme especifica o ECA.

Conforme Rodrigues (1999, p.15), a prática profissional está diretamente ligada às metodologias do fazer profissional. Ela pode relacionar-se ainda com as intervenções profissionais. Nessa perspectiva, “considera-se intervenção profissional a interposição consciente que se efetiva na realidade social; expressa os modos de intervir, de agir”, segundo a autora define que o significado de intervenção é “estar presente” e implica o reconhecimento de um movimento intencional de ações concretas orientadas para a transformação social, tornando-se dessa forma uma dimensão privilegiada da prática profissional, objetivando-se na intencionalidade da ação que articula o pensamento e o discurso, possibilitando transformar as condições da relação de produção, de organização e de vida.

Como foi estudado no primeiro capítulo onde fala da preocupação com o atendimento da saúde da criança que tem ênfase com a Constituição Federal de 1988 e em seguida com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069 de 13/07/90, dando cumprimento à Constituição, legisla sobre a instrumentação para serem alcançados os direitos da criança e do adolescente quanto ao Direito à vida e à saúde.

Devido ao fato de o assistente social ser um profissional preparado para tal atendimento, sua atuação na pediatria, ajuda a detectar muitas vezes, se o motivo da internação dessa criança tem a ver com negligência por parte de seus responsáveis, tomando assim as medidas cabíveis para cada caso, fazendo valer dessa forma os direitos desses cidadãos indefesos.

É importante que o profissional sempre atue acompanhando a dinâmica da sociedade, evitando assim, uma intervenção tecnicista que reduz o trabalho profissional a simples regras, sem reflexão.

Para refletir os fatos no setor de pediatria faz se necessário questionar, investigar e criticar a realidade, recriando-a num permanente caminho entre aparência e essência da situação problema, Outro fator importante a ser destacado é o fato de que os assistentes sociais encontram dificuldades para atuar no setor de pediatria como podemos observar as respostas dadas pelas profissionais.

O número de profissionais é reduzido, inviabilizando um atendimento com qualidade e que as normas de controle de visitas do hospital é muito restrita, sendo duas pessoas por pacientes, isto faz com que os familiares procurem o setor de serviço social para solicitar visitas extras durante o dia todo, como também alguns internamentos longos que causam situações de estresse, principalmente ao acompanhante que geralmente é a mãe, que tem outros filhos em casa; que trabalha em empresa que não aceita declaração de acompanhante [...]. (AS1).

Não ter um profissional exclusivo para pediatria, pois atendemos outras alas também, atendemos os casos que necessitam de uma avaliação ou intervenção direta do assistente social, como também dos que podemos observar ou que se apresenta de imediato no período de internação. Outra dificuldade é não disponibilizarmos de estrutura física adequada para a realização de atividades em grupo e mesmos os atendimentos individuais, ocorre na sala de pesagem. [...] também a falta de um trabalho integrado com os demais profissionais para discussões e estudos de caso, por exemplo. (AS2).

Falta incentivo de aperfeiçoamento por parte da direção, e que o serviço social enfrenta outras dificuldades na efetivação dos direitos garantidos em lei que são resultantes do modelo médico, como também, o não comprometimento por parte de alguns funcionários da instituição. (AS3).

Através das respostas obtidas, foi possível observar que as assistentes sociais AS1 e AS2 ressaltam as dificuldades que estão relacionadas com o número reduzidos de assistentes sociais no HUOP, o que não permite a existência de um profissional que atue especificamente no setor de pediatria, inviabilizando desta forma um atendimento de melhor qualidade aos usuários.

Dando continuidade às dificuldades salientadas por essas profissionais, a AS1 aborda ainda que pelo fato de muitas vezes o internamento se estender por período muito longo e pelo fato da equipe médica dá informações desencontradas, isso provoca nos acompanhantes das crianças hospitalizadas um estresse levando esse responsável a querer interromper o tratamento, necessitando assim da intervenção profissional do Serviço Social para intervir buscando convencer o acompanhante a prosseguir com o tratamento.

De acordo com Collet e Oliveira (2001,p.31), esta atuação profissional não se trata tolerara permanência da família no hospital, mas de envolvê-la na assistência, oferecendo-se-lhe condições de participação no processo como um todo, respeitando-se seus limites emocionais e habilidades em prestar os cuidados ao filho em cada momento em particular, durante todo o período de hospitalização da criança. O reconhecimento da família no ambiente hospitalar atua nas relações interpessoais ou subjetivas que se estabelecem para a constituição de uma identidade própria, [...] na medida em que se reconhece o respeito á condição humana, deverão ser visíveis os esforços para a implementação de uma permanência mais tranqüila das famílias no hospital, a fim de compatibiliza-la com respeito às capacidades e sentimentos de todos os sujeitos envolvidos na assistência à criança hospitalizada.

AS1, ainda ressalta sobre a restrição de visitas, que é um dos motivos que sobrecarrega o setor de Serviço Social, que é procurado pelos familiares para solicitar visita extra durante o dia todo. Ainda no que se refere as dificuldades a AS2 salienta que falta espaço físico adequado no setor de pediatria para realizar o atendimento do usuário de forma digna e humana. As dificuldades levantadas pela AS3, não se reporta especificamente ao setor de pediatria, mas da instituição em geral.

Na questão relacionada ao Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico que é o cumprimento do ECA, é um direito da criança e do adolescente internado ter um acompanhante integral, como também é importante o respeito a criança e a seu familiares, além da recuperação mais rápida da criança internada o acompanhante ajuda a melhorar a assistência prestada a esse paciente/criança, evitando abusos e negligencias por parte dos profissionais, as respostas das profissionais foram:

O que diferencia o projeto são as atividades complementares, como por exemplo: brinquedoteca, sala de televisão, comemoração de datas festivas, entre outras, visando o paciente/criança não apenas na especificidade da doença e sim a considerando um pouco no todo, o ser na sua integridade. (AS1).

“Há a necessidade de se retomar as reuniões com os profissionais que atendem na pediatria, como também retomar o próprio projeto”. (AS2).

“Não faço parte da equipe que atua no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico, trabalhamos com divisão de setores”. (AS3).

Apesar do AS3 não atuar como assistente social da pediatria em específico, apenas faz atuações/intervenções esporádicas em casos emergenciais, sugerimos que e de suma importância à viabilização de uma equipe interdisciplinar, sendo que atualmente o número de assistentes sociais é muito reduzido para disponibilizar um profissional especificamente à ala e que o mesmo pudesse em determinados horários dedicar-se a atender/acompanhar a ala em questão. Pois embora sendo uma política que contempla a universidade, o SUS ainda atende em sua maioria as pessoas mais carentes financeiramente.

Percebe-se, portanto que embora exista um projeto para que o artigo do ECA seja posto em prática na instituição, as profissionais não conseguem cumprí-lo na íntegra, pois, a demanda na instituição é grande e as profissionais embora dividam o trabalho ainda ficam sobrecarregadas, isso mostra que nem sempre as leis são colocadas em prática, o que reforça a idéia de que meros dispositivos legais não resolvem os problemas sociais, se tornado apenas soluções paliativas, pois, os problemas dos usuários vão muito além do momento de internação é um sofrimento que vem se estendendo a longo prazo, e na maioria dos casos a internação ou a falta de saúde só é uma das conseqüências, de sua situação sócio-econômica

Assim, a problemática que envolve os seus usuários, tende e se estender aos diversos aspectos, sendo muitas vezes o problema de saúde, inclusive, uma conseqüência da situação sócio - econômica que envolve o paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa realizada pôde-se verificar que a Reforma Sanitária no Brasil foi à própria proposta para a democratização da saúde, propondo que a mesma fosse entendida não só como ausência de doenças, mas como resultado das condições gerais de vida das pessoas. Tal processo culminou com a criação do SUS e a consagração de seus princípios na Constituição e em toda a legislação que regulamenta o sistema.

Com a Constituição Federal de 1988 é que a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com isso as crianças também passam a ter esse direito garantido, mas só passa a se efetivar com a criação do ECA em 1993, e conseqüentemente com a criação do Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico do HUOP (1996, reformulado em 2003), onde a preocupação com a atenção a saúde dessa clientela ganha um maior respaldo legal – questão esta explanada na fundamentação teórica.

Com a implantação do SUS e conseqüentemente com o novo conceito de saúde, são necessárias novas práticas, ou seja, é necessária a mudança na organização e na prestação desse serviço. O novo conceito de saúde deve manifestar-se na mudança de atitudes, posturas e hábitos de toda a equipe prestadora do serviço.

Com isso, o objeto de investigação desta pesquisa foi à prática profissional do assistente social no setor de pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel – PR.

Todavia, a análise do objeto de estudo revelou quanto à prática do profissional de Serviço Social no setor de pediatria, que o Projeto Permanente Alojamento Conjunto é um assunto que necessita de maiores reflexões, tanto teórica como prática. E exige um replanejamento, pois se observou que as Assistentes buscam intervir junto aos pacientes e familiares, incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde dos menores internados com práticas de investigação e orientação acerca dos problemas apresentados pelos usuários, como exemplo a incredibilidade com o atendimento prestado pelo corpo clínico aos pacientes.

A falta de interdisciplinaridade entre os profissionais que atuam no setor de pediatria, conforme estabelecido no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico, afeta a atuação do assistente social, pois deveria haver reuniões entre as diferentes categorias profissionais que atuam no Setor de pediatria para assim dar respaldo às situações que se apresenta neste setor, no entanto, se essas reuniões acontecessem isso promoveria um maior conhecimento das atribuições do assistente social aos profissionais do setor de saúde de

categoria diferente, evitando assim que esses por falta de conhecimento não atribuam ao Serviço Social atividades que não são de sua competência, bem como deveria haver uma Assistente Social para atuar especificamente no setor de pediatria, e isso, porém, de fato não ocorre.

Outro fator que se considera ser relevante para o replanejamento abarca a fala das Assistentes sociais, quando questionadas da autonomia da prática profissional, e que revela uma contradição, há uma autonomia dentro do campo de atuação, mas que é afetada num contexto maior, quando pensado a respeito da hierarquia entre as diferentes categorias profissionais.

Sendo assim, a pesquisa possibilitou observar que os avanços da profissão quanto às conquistas e lutas empreitadas no campo da saúde, ainda revelam um Serviço Social em busca de auto-afirmação, no que se refere à definição de suas atribuições, limites e perspectivas. Pois, dentro da instituição hospitalar, foi observado que as Assistentes Sociais tem uma grande demanda de trabalho, o que acarreta numa sobrecarga de problemas socioeconômico e cultural, ou seja, os usuários encontram-se num processo de hospitalização que demanda cuidados médico, psicológico, social, entre outros, e que de certo modo estão relacionados com o fator econômico, a somar prevalece à cultura de que o Assistente Social é um agente de caridade, quando outros profissionais do setor de saúde acabam delegando a ele atividades que não são de sua competência, mas que de certo modo é envolvido a atuar como agente amenizador.

Para tanto, sugere-se ainda que seja de grande importância à retomada das reuniões entre a equipe interdisciplinar para realizar ações que venham a atender realmente os direitos dos usuários em sua integralidade e propiciar uma atuação que é de fato de competência do Assistente Social.

Sendo assim, observou-se a necessidade de questionar, inovar e refletir as ações metodológicas e estratégicas que abarcam a prática do profissional de Assistente Social. E para isso é necessário um trabalho conjunto e que envolve a equipe multidisciplinar, para que alternativas sejam reformuladas e novamente traçadas pensando-se os aspectos apreciados nesta investigação e em outras que podem vir a contribuir.

Assim, considera-se que esta pesquisa foi um exercício de ampliação do conhecimento e desmistificação do real através de questões pertinentes à prática do profissional do Serviço Social no HUOP, fator que responde ao objetivo proposto, que era o de conhecer e analisar a prática profissional do Assistente Social no Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico no setor de Pediatria do Hospital Universitário do Oeste do

Paraná de Cascavel - PR, como fator relevante para a criança hospitalizada – bem como, o levantamento dos deveres legalmente estabelecidos para com os usuários do setor.

A respeito dessas considerações e do projeto de pesquisa, esta investigação instigou a refletir alguns problemas não pensados como objeto de análise antes desta primeira inserção com o específico campo de atuação, a Assistência Social da área de Pediatria no HUOP. E que após estes resultados incitam uma nova série de questionamentos para que os problemas revelados pela fala dos sujeitos pesquisados possam ser objetos de estudo e aprofundamento numa nova pesquisa.

REFERENCIAS

ABEPSS. Anais do VII encontro de pesquisadores em serviço social. Rio de Janeiro, ABEPSS. 2000.

AGUIAR, Antonio Geraldo de. **Serviço social e filosofia: das origens a araxá.** São Paulo: Cortez. 1982.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988** – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações pelas Emendas Constitucionais de n.1, de 1992, a 39. pelas Constituições de Revisão de n.1 a 6, de 1994 – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista.** Brasília: Ministério Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretária Executiva. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e prática profissional.** São Paulo: Cortez, 1996.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa.** São Paulo: FTD: Lisa, 1996.

CASCAVEL. **Projeto Permanente do HUOP: Alojamento Conjunto Pediátrico – pós-avaliação e reformulação do implementado em 1996.** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ: 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

COLLET, Neuza; OLIVEIRA, Beatriz Gonçalves de: **Manual de enfermagem em pediatria.**

Goiânia: AB, 2002.

CORREA, A. CUNHA, I. C. Práticas do serviço social na área da saúde. In: SILVA, J.. (org.) **Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes**. Porto Alegre: Dacasa, 1998.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 62, Ano XXI. São Paulo: Cortez, 2000.

Dados sobre funcionalismo Disponível em: <http://www..wikipedia.org/wiki/positivismo.htm> . Acesso em: 23/04/2007

Dados sobre funcionalismo Disponível em: <http://www.wikipedia.org/wiki/funcionalismo.htm> . Acesso em: 23/04/2007

Dados sobre tomismo. Disponível em: <http://www.mundodosfilosofos.com.br/arquivo2.htm>. Acesso em:23/04/2007

GERSCHAMAN, Silvia: **A democracia inclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, A.C. **Método de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. São Paulo Cortez, 2000.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Altas, 1991.

MOTA, Ana Elizabete, BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: 2006.

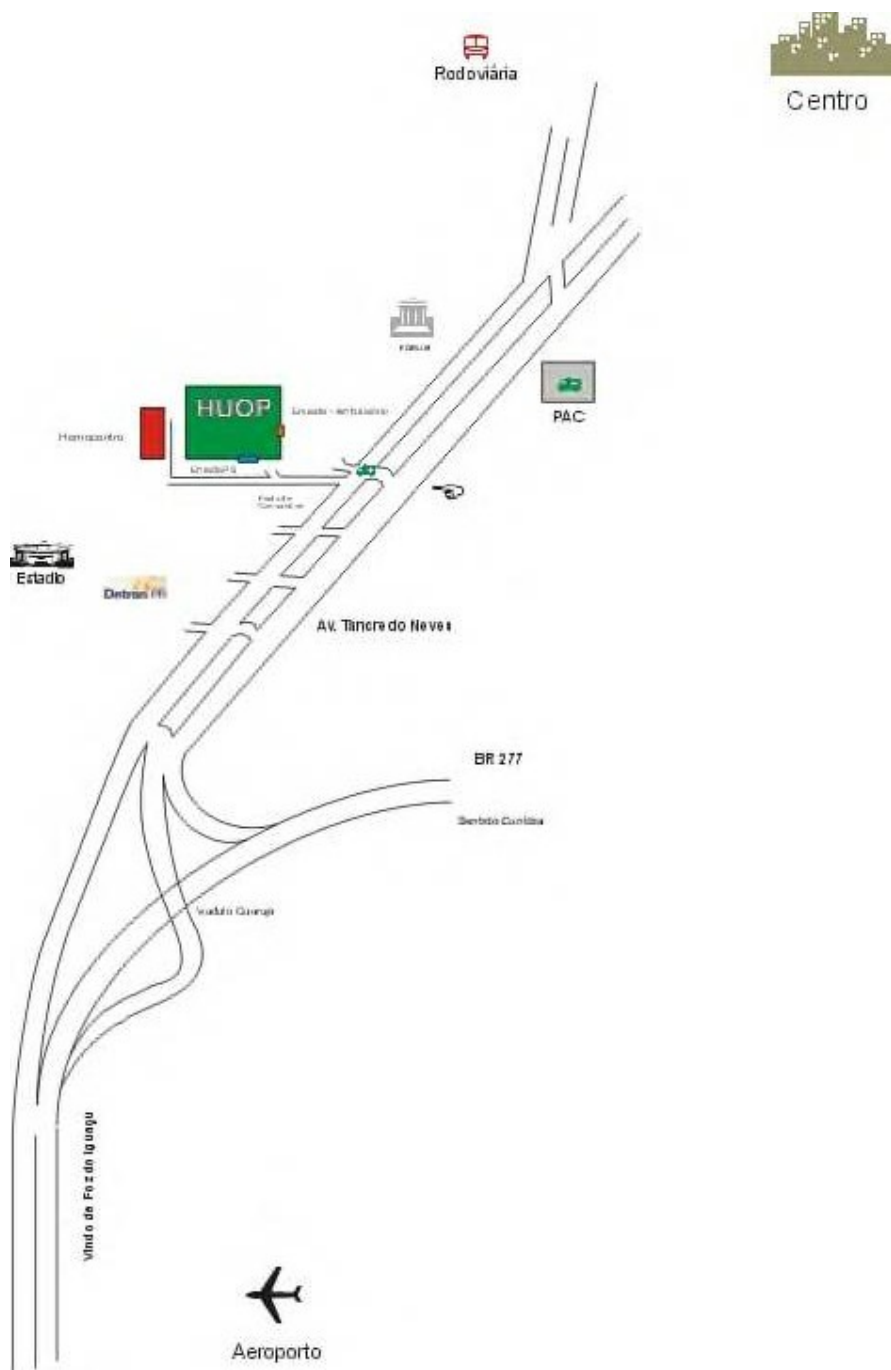
NETO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez. 1994.

NICOLAU, Maria Célia Correa, O aprender do fazer (As representações sociais de assistentes sociais sobre o seu saber-fazer profissional): a dimensão educativa do trabalho. In. **Revista Temporalis**, Associação Brasileira de ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: nº 4, ABEPSS, Graflin, 2001.

RODRIGUES, Maria Lúcia (Org.). **Ações e interlocuções**: estudos sobre a prática profissional do assistente social. São Paulo: Veras, 1999.

ANEXO

ANEXO - A – Mapa de localização do HUOP



Hospital Universitário do Oeste do Paraná
 Av. Tancredo Neves, 3224 - Bairro Santo Onofre
 CGC: 78.680.337/0007-70 **Inscrição Estadual:** Isento
 Fone/Fax (45) 3226-0808 - CEP 85.806-470 - Cascavel - PR.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Fotos do HUOP (Pediatria e Serviço Social)

HUOP - Portão de Entrada



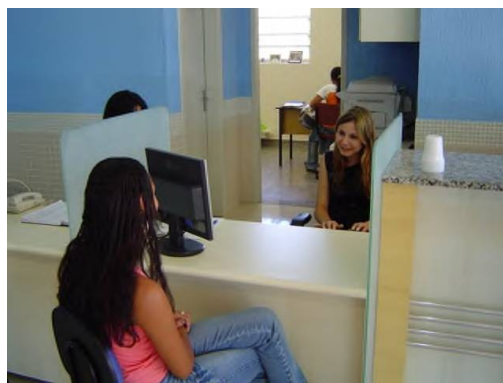
Recepção de Visitas



Recepção do Pronto Socorro/externo



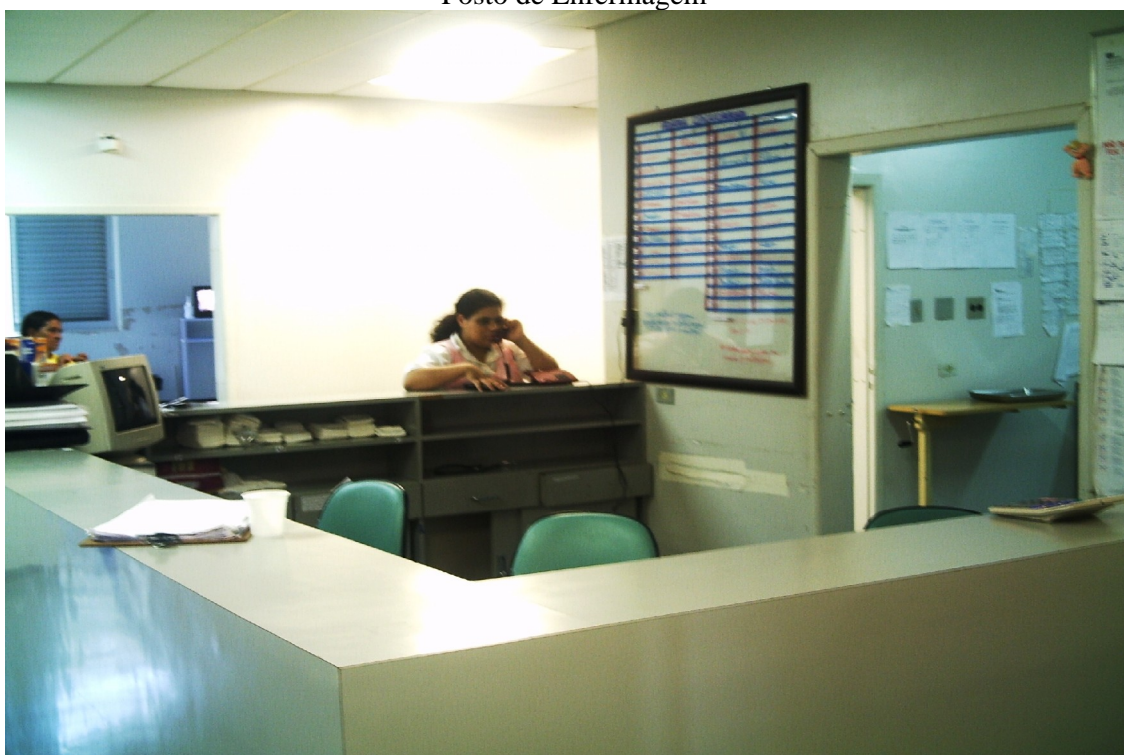
Recepção do Pronto Socorro /Interna



PEDIATRIA
Equipe de Enfermagem



Posto de Enfermagem



Criança com a avó



Criança com a mãe



SERVIÇO SOCIAL



SERVIÇO SOCIAL



APÊNDICE B - Questionário para pesquisa aplicada as Assistentes Sociais do Hospital
Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. – Cascavel - Pr

Questionário destina a disciplina TCC da acadêmica Narcicléia Moraes Siqueira da
UNIOESTE – Campos Toledo, que será aplicado as Assistentes Sociais do HUOP.

1. Perfil Profissional.

a) - Sexo

Masculino Feminino

b) - Nível de Escolaridade.

Graduado Pós-graduado Mestrado

c)- Condição salarial.

2 à 4 4 á 6 6 á 8

2. Em qual Universidade cursou para obter sua formação profissional?

3. Há quanto tempo atua no HUOP como Assistente Social?

4. Como conquistou este espaço?

5. Qual o objetivo do Serviço Social no HUOP?

6. Quais são as principais ações desenvolvidas pelo profissional do Serviço Social no HUOP?

7. Para quê estão voltadas tais ações?

8. Qual a diferença para o profissional Assistente Social prestar serviços para uma instituição pública ou privada?

9. Há autonomia na sua prática profissional na instituição?

10. Como é trabalhar no Serviço Social hospitalar?

11. Como você caracteriza os usuários do HUOP?

12. Qual a importância da intervenção do Assistente Social na pediatria?

13. Quais as dificuldades que o profissional de Assistente Social encontra no exercício prático de sua profissão no setor pediátrico?

14. Qual a importância do Projeto Permanente Alojamento Conjunto Pediátrico, você sugere alguma alteração?