



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIENCIA HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VITOR FERREIRA GOMES

O SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Brasília – DF, julho de 2014.

O Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi Definido em 07/07/2014 perante banca examinadora:

Professora Andreia Oliveira – Orientadora

Professora Carolina Cassia

Assistente Social Letícia Maria Ferreira

O Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília

Resumo

O presente estudo surge a partir de vivência de estágio supervisionado em serviço social no Programa de Saúde Auditiva no HUB, realizado no período de 12/11/2012 à 13/08/2013. O estudo tem por objetivo analisar as principais ações profissionais do serviço social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília – HUB, à luz do projeto ético-político profissional. O Programa de Saúde Auditiva do HUB foi implantado, em 2008, como centro credenciado em média e alta complexidade. A equipe profissional do Programa é composta por médicos, assistente social, psicólogo, fonoaudióloga e enfermeiros e deve protetizar e garantir o atendimento integral aos usuários. Os procedimentos metodológicos utilizados se basearam na pesquisa qualitativa, por meio de estudo de caso. Utilizou-se de registros documentais da Divisão do Serviço Social do HUB, como organograma, projetos, planejamento interno. Assim como de pesquisa de campo que contemplou a observação participante, que foi utilizada para estudo, reflexão e análise das ações do serviço social junto ao Programa de Saúde Auditiva. Como também de questionário aplicado com usuários com objetivo principal de identificar e caracterizar as principais dificuldades enfrentadas e vivenciadas pelos usuários que receberam aparelhos auditivos pelo Programa. O estudo aponta sugestões e desafios para o Serviço Social e a equipe multiprofissional do Programa de Saúde Auditiva, com o intuito de contribuir no processo de melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, garantindo os princípios do SUS como a integralidade, universalidade e equidade no acesso.

Palavras Chave: Serviço Social, Saúde Auditiva, Equipe multiprofissional.

Abstract

The present study emerges from supervised internship experience in social service at the Hearing Health Program at HUB. It was accomplished in the period from 11/12/2012 to 08/13/2013. The purpose of the present study is to analyze the main professional activities of social service in the Hearing Health Program of the University Hospital of Brasilia - HUB, beneath the light of the professional ethic-political project. The Hearing Health Program of HUB was established, in 2008, as licensed center in medium and high complexity. The professional team of the Program is composed of doctors, social worker, psychologist, speech therapist, and nurses which should prothetise and ensure integral care for the users. The methodological procedures were based on qualitative research, through case studies. Documentary records of the Division of Social Service of HUB, such as organizational structure, projects, and internal planning were used. As well as field research that included participant observation, which was used for previous research, reflection and analysis of the actions of social service at the Hearing Health Program. Furthermore, a survey with users was used with the main objective to identify and characterize the main difficulties faced and experienced by users who received hearing aids by the Program. The study indicates suggestions and challenges for the Social Service and the multi professional team of the Hearing Health Program. Also, it possesses the aim to contribute to the process of improvement of the quality of service to users. Likewise it ensures the principles of the SUS as the comprehensiveness, universality and equity in access.

Key words: Social Service, Hearing Health, Multi Professional Team.

Dedicatória

Mãe e Assistente Social, Maria de Jesus, que demonstra, incentiva e apoia constantemente a busca do conhecimento, sendo esse o único, que ninguém nos retira.

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão, que incentivaram a busca pelo conhecimento, e o acolhimento a não desistência em nenhum momento de meus ideais.

A supervisora de campo e amiga Letícia Maria Ferreira pelo apoio constante na realização desta pesquisa e ensinamentos na vida profissional.

As mestras Andreia Oliveira e Carolina Cassia, pelo apoio dado no estágio e na disciplina da saúde, que foi o principal incentivo para o desenho dessa pesquisa na área da saúde.

Aos colegas João Pedro, Raphael Bezerra, Renato Duarte, Vitor do Vale, Júlio Lisboa, Felipe Augusto, Matheus Magalhães e Rayanne Moreira que desde o ingresso na universidade foram excepcionais colegas.

Aos profissionais da Saúde que receberam e auxiliaram na busca pelo conhecimento da saúde como: Dr^a Roberta Lemos, Dr^a Juliana, Dr^a Nilda Agostinho, Psicóloga Tânis e Fonoaudióloga Lucieny.

A todos (as) colegas e amigos (as) adquiridos neste período de conhecimento que foi a formação Acadêmica.

A todos os professores que contribuíram para a formação acadêmica.

A Isadora Alvim Gomes Pinho pelo apoio Técnico como Bibliotecária em formação.

A gestão do Centro Acadêmico Serviço Social – CASESO que possibilitou o meu contato com movimentos sociais, como o estudantil, movimento sem terra, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais – LGBTTT, movimentos negros e outros, promovendo também as idas aos encontros locais, regionais e nacionais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA	12
2.1. MARCOS IMPORTANTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	12
2.2. ANTECEDENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	15
2.3. A BASE LEGAL DO SUS E OS DESAFIOS DE SUA EFETIVAÇÃO	17
2.3.1. EBSREH e os hospitais universitários.	21
3. SIGNIFICADO SÓCIO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	25
3.1. CONTEXTUALIZAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO SOCIAL	25
3.2. A DEFESA DOS DIREITOS À SAÚDE NO DEBATE PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	29
4. ANÁLISE DA AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA.	33
4.1. O SERVIÇO SOCIAL NO HUB: UM BREVE HISTÓRICO	33
4.2. PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA NO ÂMBITO DO SUS E NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	37
4.3. O SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA	42

4.4. QUE DIREITO À SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA?- 48

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS. ----- 52

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ----- 55

1. Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta como eixo central a análise das principais ações profissionais do serviço social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília – HUB, identificando as atribuições, competências profissionais, desafios, limites e avanços, à luz do projeto ético-político profissional.

O principal interesse pelo tema foi sendo construído ao longo da minha formação acadêmica, principalmente a partir da experiência de estágio supervisionado em serviço social no centro de saúde auditiva no HUB, realizado no período de 12/11/2012 à 13/08/2013 e do estágio não obrigatório que foi realizado de 13/09/2013 à 13/06/2014. Tal experiência trouxe importantes reflexões sobre o cotidiano do trabalho do Assistente social no HUB e inúmeros questionamentos, dentre eles: Como se constitui a ação profissional do assistente social no Programa de Saúde auditiva do HUB e quais as bases que a fundamentam? Quais os principais desafios, limites e avanços profissionais do assistente social junto ao Programa de Saúde auditiva do HUB?

O Serviço Social, ao longo de sua trajetória histórica, vem se constituindo numa profissão comprometida com as demandas sociais, fundamentando-se na compreensão da questão social como objeto de intervenção profissional e numa direção ético - política comprometida com as classes subalternas, com a igualdade social e a justiça, com a construção democrática, cidadania, efetivação de políticas públicas e garantia dos direitos sociais e humanos.

A discussão do comprometimento da categoria profissional com a defesa das classes subalternas e da garantia de direitos, com base no projeto ético político profissional atualmente hegemônico, tornar-se importante desafio diante de um contexto adverso aos princípios e diretrizes norteadores de tal projeto, na medida em que há um crescente fortalecimento da política econômica e o esfacelamento de políticas sociais públicas, com o avanço das privatizações, mercantilização e desresponsabilização estatal para com as políticas sociais.

Sobre o espaço sócio ocupacionais dos assistentes sociais na contemporaneidade, a saúde, é constituída como o maior campo de atuação profissional para os Assistentes Sociais. Há um reconhecimento da legitimidade histórica da política de saúde como campo de trabalho profissional, uma vez que sua inserção ocorreu a partir da década de 1940, principalmente do âmbito hospitalar.

No entanto, o seu reconhecimento como profissão da área da saúde somente se deu em 1997 com a Resolução de nº 218 do Conselho Nacional de Saúde. Desde então, inúmeras reflexões vem se realizando no

interior da categoria em torno da discussão da formação generalista e as particularidades da prática profissional em determinado campo, a exemplo da saúde. E nesse sentido a prática profissional ao se particularizar numa determinada política, como a saúde, é atravessada por diferentes movimentos, seja o movimento da profissão, do próprio campo da saúde e da sociedade. Movimentos que são marcados por disputa de interesses com desdobramentos na prática profissional, com diferentes demandas.

Com a grande similaridade entre os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e do Projeto Ético-Político do Serviço Social, a defesa por uma saúde pública de qualidade se tornou, portanto, uma das grandes bandeiras políticas dos assistentes sociais. O campo da saúde tornou-se riquíssimo para a compreensão de várias expressões da questão social e sua intervenção requer a conciliação com outros campos de intervenção do Serviço Social, como a assistência social, o sócio jurídico e as demais políticas públicas.

Na análise das principais ações profissionais do/a assistente social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília – HUB procura-se ter como base de compreensão um olhar ampliado do processo de saúde dos usuários, ou seja, para além da deficiência auditiva, refletindo sobre a presença dos determinantes sociais na saúde e relacioná-los ao processo interventivo profissional.

Em se tratando de surdez no Brasil, que é bastante significativa. Segundo Censo Demográfico realizado em 2000 pelo IBGE que trouxe que 14,5% da população brasileira (que na época eram de 169,8 milhões) eram portadores de alguma deficiência entre as investigadas pela pesquisa (visual, auditiva, física – tetraplegia, paraplegia, hemiplegia permanente e falta de membro ou parte dele – e mental), ou seja, pouco mais de 24 milhões de brasileiros. O artigo de (Monteiro, 2005) apresenta o dado de 5,7 milhões de surdos no Brasil de acordo com o senso demográfico do IBGE de 2000, o que evidencia a importância de estudos nessa área que tracem um perfil mais aprofundado com características dessa população, bem como pesquisas que interfiram na melhoria dos serviços de atendimento aos surdos do país.

No Brasil, existem apenas 143 Centros de Saúde Auditiva, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) sendo que 60 destes centros são de média complexidade e 83 de alta complexidade. Em Brasília, há apenas dois centros de Referência em Saúde Auditiva, o HUB e o CEAL-LP. O Hospital Universitário de Brasília - HUB é credenciado como centro de Saúde Auditiva em alta complexidade. E o Centro Educacional da Audição e Linguagem “Ludovico Pavoni” - CEAL - LP, que é uma organização filantrópica, é credenciado como um centro de referência em média complexidade. Ambos oferecem aos usuários os Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Há também disponível aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Brasília a Gerência de Órteses e Próteses da Secretaria de Saúde/DF, que oferece aparelhos auditivos.

Frente ao complexo cenário em que o Programa atua e frente à realidade vivenciada pelo assistente social em seu exercício profissional junto ao referido programa, a presente pesquisa apresenta como objetivo principal: Analisar as principais ações profissionais do serviço social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília – HUB, identificando as atribuições, competências profissionais, desafios, limites e avanços, à luz do projeto ético-político profissional.

Para a execução da pesquisa, os procedimentos metodológicos utilizados se basearam na pesquisa qualitativa¹, por meio de estudo de caso.

A metodologia utilizada consistiu de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica perdurou todo o percurso de construção do estudo e possibilitou subsídios para o debate acerca da temática de estudo. A pesquisa documental foi necessária para estudo do Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva, sendo utilizados registros da Divisão do Serviço Social do HUB, como organograma, projetos, planejamento interno etc.

A pesquisa de campo contemplou a observação participante², que foi utilizada para estudo, reflexão e análise das ações do serviço social junto ao Programa de Saúde Auditiva. Como também, de questionário aplicado com usuários com objetivo principal de identificar e caracterizar as principais dificuldades enfrentadas e vivenciadas pelos usuários que receberam aparelhos auditivos pelo Programa de Saúde Auditiva do HUB. O questionário foi aplicado pelo pesquisador/estagiário e assistente social, com 10 usuários do programa, no decorrer do Estágio em Serviço Social integrado a atividade de projeto de intervenção realizado no período de 05/09/2012 à 13/08/2013. No período da aplicação do questionário o Programa de Saúde Auditiva contava com 70 usuários cadastrados. Foi realizado contato com 22 usuários residentes em Brasília, cadastrados no programa, para marcar encontro e aplicar questionário. No entanto, não se obteve retorno desses usuários. Assim, num segundo momento, optou-se em aplicar o questionário com usuários que procuraram o serviço social para solicitar o documento de renovação do “passa livre”. A seleção dos usuários se deu, portanto, dessa forma. Dos 10 usuários selecionados, 03 residem fora do Distrito Federal, ou seja, 01 na Bahia, 01 em Goiás e

¹ A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p.14).

² Uma pesquisa em que o observador não só observa como também tem de usar técnicas de entrevista com grau de formalidades diferentes. O objetivo fundamental é a capacitação das significações e das experiências subjetivas dos próprios intervenientes no processo de interação social uma técnica que possibilita graus diversos de integração no grupo observado e de sistematização dos procedimentos de recolha de informação, de acordo com os objetivos que o investigador estabelece para a investigação, e adequa-se particularmente a fenômenos ou grupos de reduzida dimensão, pouco conhecidos e/ou pouco visíveis, como é o caso, por exemplo, o grupo de Usuários da Saúde Auditiva do HUB. (BURGESS, 1995).

01 Minas Gerais. Os outros 7 usuários são residentes de Brasília. Com a realização do estágio supervisionado obrigatório e a continuidade no programa por meio de Estágio não obrigatório período 13/09/2013, deu-se continuidade nos registros cotidianos no diário de campo, optando-se por aprimorá-lo na perspectiva instrumental de pesquisa de observação participante.

O processo de observação participante oportunizou importantes registros e reflexões para a análise das ações do serviço social junto ao programa, foco do presente estudo.

No decorrer do trabalho num primeiro momento contextualiza-se a política de saúde no âmbito da política social no Brasil, os antecedentes do Sistema Único de Saúde - SUS, a Empresa Brasileira de serviços Hospitalares – EBSREH e o Hospital Universitário de Brasília. Na sequência, aborda-se a contextualização sócio-histórica do serviço social e a questão social. A defesa dos direitos à saúde no debate profissional do Serviço Social e o Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva a partir da experiência de intervenção realizada no período de estágio, para então apresentar os dados do levantamento realizado com os usuários.

E, por fim a título de considerações finais aponta algumas sugestões e desafios para o Serviço Social e a equipe multiprofissional do Programa de Saúde Auditiva, com o intuito de contribuir no processo de melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, garantindo os princípios do SUS como a integralidade, universalidade e equidade no acesso.

2. A política de saúde no contexto da política social brasileira

2.1. Marcos importantes das políticas sociais no Brasil.

A política de saúde no contexto da política social Brasileira inicia-se no período anterior a 1930 com a política do laissez-faire no âmbito das políticas sociais, que cabe destacar que ainda que de forma limitada e precariamente, essa política trazia como forma o trabalho e a previdência que se deu com a criação, em 1923, dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde; o Código Sanitário; a Lei Elói Chaves, relativa à previdência social, que foi implementada a previdência social dos ferroviários, como resposta às lutas sociais e greves, para manter a economia de exportação do café.

As estratégias de ação coletiva na área da saúde foram assumidas por autoridades locais por força de situações emergências como as epidemias. Áreas, como saúde, educação e habitação, tiveram um tratamento residual, no qual o mercado e a família têm a primazia da oferta de proteção social.

A Era Vargas, de 1930 a 1945, é um período da história brasileira que a população se encontrava desejava de transformações sociais e econômicas. Segundo SPOSATI (1989), a Carta-tema onde a autora discorre sobre a assistência social no Brasil, de 1983 a 1990 e traz que esse período apresenta duas fases:

- Uma primeira fase denominada de modernização. Que incentivou não só o desenvolvimento industrial e a dinamização das atividades agrícolas, mas também uma série de leis trabalhistas que resultaram na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), quando se instituiu o salário mínimo (foi à primeira medida oficial instituída no país relacionada à ideia de proteção social mínima. O Brasil trouxe o conceito de salário mínimo e foi o 12º país no mundo a incorporar na sua constituição de 1934) entre outros benefícios à classe trabalhadora;

- A outra fase é a conservadora (Estado Novo), que se limitava seriamente à participação dos brasileiros no processo político, impunha a censura e reprimia com dureza seus opositores.

Esse contexto foi determinante para o direcionamento das políticas sociais e de seus reflexos na sociedade da época até nossos dias.

Após a crise de 1929, surgiu uma intervenção estatal ou welfare state³ nos países que tinham o capitalismo como economia central, inclusive os países periféricos como o Brasil. Seguindo o modelo dos

³ Um estado de bem-estar é um conceito de governo em que o Estado desempenha um papel fundamental na proteção e promoção do bem-estar econômico e social dos seus cidadãos. Baseia-se nos princípios da igualdade de oportunidades,

países capitalistas, Vargas rompeu com o setor oligárquico-agrário e reforçou o setor de infraestrutura com a construção de estradas e indústrias, desenvolveu instituições de política social voltados para a administração das questões trabalhistas. O governo Vargas fragmentou as políticas sociais, na medida em que privilegiou as classes trabalhadoras mais organizadas politicamente, em detrimento das mais fragilizadas e desorganizadas, implementando, assim, uma política de seguridade social fragmentada e seletiva.

Getúlio Vargas, mediante sua política trabalhista, buscava ao mesmo tempo controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social. O sistema foi implementado por intermédio dos Institutos de Previdência social para categorias de trabalhadores, como marítimos, estivadores, bancários e industriários. Os trabalhadores rurais, maioria da população, sem condição salarial por pressão dos latifundiários e também sem organização de classe, ficaram de fora do sistema estatal da previdência.

As principais medidas de proteção social, ainda segundo de Aldáza Sposati (1989), foram:

a) Na década de 1930

- A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, da Carteira de Trabalho, da Legislação Trabalhista, do Ministério da Educação e Saúde e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão.

- Promulgação da Constituição Federal de 1934, que contemplou tanto os ideais do liberalismo político quanto os reformismo econômico.

- Criação do Conselho Nacional de Serviço Social, em 1938 (ligado ao Ministério da Educação e Saúde), com objetivo de normalizar e fiscalizar as ações de assistência social, preponderantemente desenvolvidas por entidades privadas.

- Mesmo antes da promulgação da Constituição de 1934, uma das conquistas mais democráticas foi o voto feminino, por meio de decreto 20.076 de 24 de fevereiro de 1932, que instituiu um novo código eleitoral para o país.

b) Na década de 1940, durante o governo de Vargas.

- Instituição do salário mínimo.

equitativa distribuição da riqueza e da responsabilidade pública para aqueles incapazes de aproveitar-se das disposições mínimas para uma vida boa. O sociólogo TH Marshall identificou o estado de bem-estar como uma combinação singular de democracia, bem-estar e do capitalismo.

- Reestruturação do Ministério da Educação e Saúde.

- Promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

- Criação do imposto sindical, do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), de nova legislação sobre acidentes de trabalho, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), implantado em regiões insalubres (Amazônia e Minas Gerais) que constituíam fontes de matéria-prima como a (borracha, mica, quartzo) utilizados pelos aliados na Segunda Guerra Mundial.

- Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), coordenada pela primeira-dama, para atender as famílias de pracinhas envolvidos na guerra. Depois de 1946, a LBA passou a dedica-se à maternidade e a infância, e buscou a legitimação do Estado junto aos pobres. Na distribuição de benefícios Sociais.

c) Na década de 40, durante o governo Dutra.

- Promulgação da Constituição Federal de 1946 (defensora dos ideais liberais).

- Criação, com posterior esvaziamento, do Plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), o primeiro a incluir setores sociais como saúde e alimentação.

As políticas sociais no Brasil de 1945 a 1964: fase populista

a) Na década de 1950, o governo Vargas empenhou-se em alterar sua imagem, deixando de ser apresentar como uma ditadura para mostra-se como uma política democrática interessada apenas em garantir o bem-estar das classes mais pobres. Para amenizar os descontentamentos, o governo decretou temporariamente o congelamento dos preços e criou o Ministério da Saúde. Decisões que surtiram poucos efeitos na melhoria da qualidade de vida da população.

b) Na década de 1960 (até 1964), com os governos de Quadros e Goulart, especificamente na área da Saúde, houve a transformação do serviço especial de Saúde Pública em Fundação e a criação de um novo Código Sanitário.

Foram de suma importância à compreensão, econômicas, sociais e culturais que, no início da República, apontam para uma prática clientelista em detrimento das necessidades básicas da maioria da população, diante de um Estado descompromissado com a instituição da cidadania.

A Era Vargas foi um período marcado por mudanças políticas, econômicas para um avanço rumo à industrialização e urbanização e sociais vinculadas às conquistas trabalhistas, dentro de um cenário ideológico nacionalista, em que os benefícios sociais têm caráter assistencialista e corporativista, sem promover a liberdade democrática, redução da desigualdade social e a conquista da cidadania para a maioria da população.

As políticas sociais no Brasil de 1964 a 1985 a fase da ditadura militar e abertura política tiveram como regime de repartição simples e que teve continuidade com impulso à previdência privada e a planos de saúde privados em franca expansão (FALEIROS, 1999). Expressa o caráter de uma política de dominação burguesa aliada à modernização conservadora. A desigualdade de renda e a injustiça social ganham ênfase compensatória, mediante programas sociais que reforçam mais o assistencialismo, um modelo repressivo e centralizado, autoritário e desigual.

2.2. Antecedentes do Sistema Único de Saúde – SUS

Predomina na política de saúde no início do século até meados dos anos 1960 um modelo hegemônico denominado sanitarismo campanhista. Por um lado tem a ação do Estado na Saúde Pública por meio de campanhas sanitárias fundamentada na teoria dos germes, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. A condição de doença está reservada apenas pela presença do agente infeccioso, assim não contempla os fatores individuais como predisposição genética a determinada doença e fatores psicológicos, e, a ação do Estado ocorre por meio de campanhas sanitárias de caráter autoritário e moralista. De outro lado, apresenta-se a assistência médica de caráter curativo, individual e hospitalocêntrico por meio das CAPs e depois pelos IAPS. Posteriormente, mesmo ainda na hegemonia do sanitarismo campanhista, como cita GIOVANELLA (2008) sob influência da ideologia desenvolvimentista, indicando a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, com a necessidade de melhorar o nível de saúde da população para alcançar o desenvolvimento, propõe-se uma política de saúde pública para toda a população enfatizando a prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência médica curativa. O direito à saúde integral e irrestrita ainda não era assegurado a todo cidadão brasileiro. Seguindo a então ideia iniciam-se algumas propostas que foram caracterizadas como modelo sanitarismo desenvolvimentista, com ações como as campanhas de imunização em massa, e que não exige mudanças no modo de vida e nem na estrutura social.

Na década de 1930, os gastos com a assistência médica se concentram na compra de serviços privados para garantir, assim, um maior acesso aos serviços de saúde. Nesse período, inicia-se também o processo de industrialização do país e, de 1945 a 1960, essa industrialização assume um papel que passou a ser

denominado de substituição de importações, tendo com lógica a necessidade de articulação das políticas sociais e a necessidades de investimentos do Estado em setores Básicos da economia.

O período de 1964 a 1975 -Ditadura Militar- tem como marca o desenvolvimento sem democracia. Em se tratando das políticas sociais, elas assumem um caráter centralizador por parte do Estado Brasileiro. É nesse período que ocorre e se consolida no país a privatização da assistência médica

Durante a ditadura militar, os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) foram unificados em um instituto único, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Onde o governo incorporou os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões, entre os quais a assistência médica já oferecia pelos IAPs. Com isso, foram estabelecidos convênios e contratos com médicos e hospitais de todo o país para fornecer o atendimento à saúde, o que gerou um aumento do consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Em 1970, é criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública- SUCAM, que tem como objetivo realizar as atividades de erradicação e controle das endemias, especialmente na erradicação da malária. Ainda na década de 70, o atendimento à saúde era dividido em serviços públicos e os serviços de assistência médica prestada aos assegurados. Aqueles que dispunham de recursos pagavam para utilizar os serviços de emergência. Quem era segurado, recebia atendimento no INPS. Já aqueles que não possuíam recursos e não eram segurados, dependiam do atendimento prestado pelos hospitais filantrópicos, que não atendiam na sua totalidade.

Nessa década, a sociedade civil começa a se organizar em luta por reforma no sistema de saúde. O atendimento à saúde era muito precário e o Estado, financiava o setor com os recursos da previdência social, ou seja, dos trabalhadores, por meio de contribuição ao INPS.

Cabe salientar, que foi na década de 70 que surgem as primeiras iniciativas dos planos e seguros de saúde. Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área da saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse sistema estabelecia que a medicina curativa fosse de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde. O governo, entretanto, destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde. Assim esse ministério não conseguiu desenvolver as ações de saúde pública propostas. Isto constituiu, na prática, a opção pela medicina curativa que, mesmo sendo mais cara, dispunha de recursos garantidos por meio das contribuições dos trabalhadores para o INPS.

Ao final da década de 1970 e início dos anos 1980, o crescimento econômico decaiu, aumentando o desemprego com agravamento da crise econômica. Há uma ampla organização dos movimentos sociais, das organizações da sociedade civil e no campo da saúde origina-se um movimento denominado movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, que representou um importante protagonista no processo de luta pelo direito à saúde no Brasil. A partir do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que amplia o campo dos direitos sociais elevando a saúde como um direito de todos e dever do Estado e para tanto, cria as condições legais para a criação de um Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema, temática que trataremos no item seguinte.

2.3. A base legal do SUS e os desafios de sua efetivação

A Constituição de 1988 trouxe mudanças significativas. A primeira foi à definição da saúde enquanto um direito social e dever do Estado a segunda foi, que estabelece normas de atuação para ação do Estado nesse campo, possibilitando marcos regulatórios basilares da organização da saúde brasileira, suas implicações, limitações possibilidades.

As últimas décadas foram marcadas por importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro. Essas transformações estão relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional, ou seja, ao mesmo tempo em que ocorre o processo de redemocratização nos anos 80, o país sofre grave crise na área econômico-financeira. Assim no início dos anos 80, busca-se concretizar o processo de expansão da cobertura assistencial de saúde iniciado nos anos 70 para atender, principalmente, a determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Constituição Federal de 1988 é, então, o marco dessa transformação, ao mudar a forma com que a política de saúde era tratada até então. O artigo 196 da Constituição Federal traz que “a saúde pública é um direito de todos e dever do Estado”. Assim a garantia de saúde pública é estendida a todos os brasileiros, contribuintes ou não da seguridade social. O Estado fica responsável pela execução, direta ou indiretamente e sua fiscalização. Este artigo ainda traz que o “direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais 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.”.

A saúde é fundamentada nos princípios de universalidade, gratuidade, não contributividade, distributividade e descentralização. Ela adquire sentido de direito universal e incondicional do cidadão. Essa orientação aproxima a política de saúde brasileira do modelo de proteção beveridgiano. Esse modelo era

baseado em princípios de universalidade, uniformidade com relação ao montante aplicado e modalidade dos benefícios e aspectos contributivos e não contributivos no financiamento do sistema de proteção social, segundo o Relatório do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) - 2007.

A Constituição de 1988 estabelece a saúde como política de seguridade social, no entanto sua regulamentação se dá com a Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080/90, segundo o artigo 198 da CF, as ações e serviços públicos de saúde deveriam ser organizados por meio de uma regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com essas três diretrizes pré-estabelecidas:

- O atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- A descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- A participação comunitária.

São as leis posteriores, Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, que vão delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para redistribuição de funções entre os entes federado. Assim essas leis vão assegurar que os princípios e as diretrizes sob os quais o sistema foi organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo sejam regulamentadas.

O modelo implantado pelo SUS descentralizou a assistência à saúde pública entre os entes federativos: União, Estados e Municípios passaram a trabalhar em parceria, mas com ações delimitadas para cada um, esse procedimento visa aproximar os serviços de saúde da população. Ou seja, o SUS, enquanto Sistema de Saúde delega aos estados e municípios mais responsabilidades na execução da política de saúde.

As políticas sociais transformaram-se, surgindo os conceitos de seguridade social, de universalidade de cobertura e atendimento, de irredutibilidade de valores pagos, de envolvimento da comunidade nas decisões e de caráter descentralizado na gestão entre outros. O artigo 196 da CF/88 inclui entre os princípios do SUS, a “igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. A Lei 8142/1990 trata da questão de financiamento e do controle social no SUS, por meio de conselhos e conferência de saúde que reunir-se à cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. A Lei n. 8.080/90 ainda garantiu a gratuidade de modo a impedir que o acesso fosse dificultado por uma barreira econômica além das já existentes, como a distancia dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais.

A Lei n.8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Essa lei trata do Sistema Único de Saúde, dos objetivos e atribuições, dos princípios e diretrizes, da organização, da direção e da gestão, do financiamento, dos recursos, da gestão financeira.

Cabe citar que nas disposições gerais temos que a saúde será um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício e terá dever de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que vise à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação não excluindo o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

E segundo o Art.3º da Lei n.8.080. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Atualmente com o Decreto 7508/2011 que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS aponta para novas perspectivas no âmbito do planejamento e da assistência à saúde.

O processo de construção do Sistema Público de Saúde veio se construindo ao longo dos diferentes períodos da nossa história, num contexto de disputas de interesses de grupo que defendem a saúde como direito humano e grupos econômicos que defendem a saúde como mercado.

Com a CF/88 ocorreu significativos avanços no campo legal, com a conquista do direito a saúde e do dever do Estado. No entanto, entre o legal e o real, ainda temos um longo caminho a trilhar. Ao mesmo tempo em que se garantia o direito a saúde na Constituição, abria-se as portas para a perspectiva neoliberal, principalmente a partir da década de 1990 que trouxe para o campo das políticas sociais, a diminuição do Estado na garantia dos direitos com o Neoliberalismo que consiste, segundo (HAYEK e FRIEDMAN, 1980), em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento, na economia, seria consequência de um equívoco teórico, devendo-se permitir que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente.

Nessa direção, a conduta humana é determinada pelo conhecimento prático, por normas sociais advindas dos costumes e das crenças e pelo sistema de comunicação do mercado, a melhor sociedade seria aquela que funcionasse a partir das escolhas espontâneas dos indivíduos, na qual a existência de normas deve estar limitada à segurança pública e à manutenção da propriedade privada. Portanto, a essência do pensamento neoliberal baseia-se na defesa do livre curso do mercado, colocando-o como mediador fundamental das relações societárias e no Estado Mínima como alternativa e pressuposto para a democracia. (HAYEK e FRIEDMAN, 1980).

A partir da década de 1970, os parâmetros de uma economia mundial globalizada estariam requerendo um novo Estado, mais eficiente e ágil, que se concentrasse nas tarefas básicas, necessárias à manutenção da ordem na sociedade.

Com o encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BIRD), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina, estabeleceu-se um consenso denominado “consenso de Washington”. Tal consenso define em linhas gerais políticas que iriam inspirar as reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, a partir das décadas de 1980 e, principalmente dos anos de 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho. (HAYEK e FRIEDMAN, 1980).

No Brasil, o ‘neoliberalismo’ foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, redigida em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então, selecionando estrategicamente as ações que esse iria desenvolver e as que deixariam de executar. Esperava-se com isso reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade.

A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

Com relação às privatizações, tão defendidas pelos liberais, afim descentralizar as funções do Estado, que em sua grande maioria, que aconteceram na maior parte na América Latina, no período de 1988-1992. Foi, portanto, diante desse contexto que as conquistas legais nas políticas sociais, dentre elas a saúde, não conseguiu os avanços almejados com suas bases legais e Isso foi resultado de Consenso de Washington, um plano elaborado pelos Estado Unidos, FMI (Fundo Monetário Internacional), Bird (Banco Mundial) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que decidiu apressar as privatizações e o enfraquecimento dos Estados latino-americanos. E isso, é só um pequeno exemplo, que explica o modo que a Reforma Sanitária não se efetivou na sua completude e o SUS encontra-se em constantes ameaças diante dos interesses econômicos presentes e em disputas, em que a saúde como direito é constantemente ameaçada pela lógica e concepção de mercado, seja pela privatizações, incentivos fiscais, crescimento dos planos de saúde, falta de investimentos públicos em saúde materializada no desmonte, precarização dos serviços públicos e das condições de trabalho dos profissionais e que a teoria neoliberal é uma política de dominação e fortalecimento do capitalismo, adotando o Estado Mínimo de Direito e as desigualdades sociais. (HAYEK e FRIEDMAN, 1980).

2.3.1- EBSREH e os hospitais universitários

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares se deu a partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf) que foi criado por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 e definem diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa, segundo Ministério da Educação objetiva criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população que funcionam como locais de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmicas e de serviço no campo da saúde. (Brasil, 2012).

Dentre os objetivos, propõe-se a atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde, e estágios curriculares supervisionados para os cursos, diretamente ligados a área da saúde e conforme previsão nas diretrizes curriculares nacionais e no projeto pedagógico de cada curso. Implementar a residência

multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde; e Estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde.

A EBSEERH traz também a proposta da assistência à saúde que desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde, tendo como objetivos ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo as atividades integradas à rede de urgência e emergência, garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS.

As diretrizes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), conferido no portal da EBSEERH têm como diretrizes:

- Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde;
- Melhoria dos processos de gestão;
- Adequação da estrutura física;
- Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e.
- Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde⁴.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é um Hospital de Ensino (HE) vinculado à Universidade de Brasília (UnB), e administrado desde meados de dezembro de 2012 pela EBESRH. No processo de adesão ocorreram alguns debates com os profissionais do HUB, e após votação em reunião do CAD (Conselho de Administração) e concomitante a este processo, ao longo do período, também ocorreu a precarização e o desmanche de alguns serviços prestados pelo hospital que impactaram inclusive no próprio setor de saúde auditiva. Além do fator político podemos adicionar a tudo isso, que com certeza, pesou na

⁴ [Http://www.ebserh.mec.gov.br/](http://www.ebserh.mec.gov.br/) Acessado dia 13/07/2014 às 23hs.

decisão final, também, as situações financeira e administrativa pela qual atravessava o hospital naquele momento. Por maioria dos votos foi autorizada a assinatura do termo de convênio/parceria entre Ministério da Educação (MEC), UnB e HUB. O hospital foi o primeiro HU que aderiu a proposta da EBESRH no Brasil. O processo de mudança da gestão está em andamento desde janeiro de 2013.

No âmbito da assistência à saúde, a proposta definida e discutida com as chefias dos serviços constitui-se em Linhas de Cuidados. A proposta de Linha de Cuidados foi amplamente discutida com as chefias dos Centros e Setores do HUB. Surgiram mais de 20 propostas de linhas em 06 meses de debates. A gerência do hospital optou por iniciar a gestão priorizando cinco linhas, que são: urgência e emergência, saúde do idoso; materno infantil; cardiovascular e oncologia. A previsão é que depois de implantadas e sistematizadas, gradativamente serão criadas e implementadas outras propostas.

O Serviço Social foi convidado pela superintendência do HUB para participar de todas as discussões das linhas de cuidados, e foi designado pela chefia da DSS uma profissional para cada linha de cuidados, na medida do possível, já que são apenas 13 profissionais para atender todo o HUB. Nas cinco linhas principais o serviço social teve participação ativa na elaboração dos planos e fluxos de atendimento.

Mesmo após as mudanças no modelo de gestão o hospital continua sendo o principal campo de formação em serviço para estudantes da área de saúde, com destaque para os cursos de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição e farmácia, fisioterapia tanto quanto campo de estágio, quanto de residência. O hospital também é campo para estágio de outros cursos como: pedagogia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, arquivologia, administração, engenharia, informática, entre outros. Recebe alunos para estágios da UnB e de outras instituições de ensino do Distrito Federal.

Segundo informações do site⁵ do HUB, o Hospital teve sua inauguração durante o regime militar em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE por meio do Decreto Nº 70.178 de 21 de fevereiro de 1972, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM. Inicialmente, a instituição dedicou-se, a atenção exclusiva dos servidores públicos federal e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União – HSU. Nessa época, o hospital atendia à política vigente de atenção à saúde seguindo o modelo de seguro social que caracterizou o modelo previdenciário no Brasil e na América Latina, sendo, portanto, excludente, de ideologia corporativa e com cobertura de caráter ocupacional. Em dezembro de 1979, por meio de convênio assinado com o INAMPS o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília.

⁵ Informações contidas no <http://www.hub.unb.br>, Acessado em: 13 de outubro de 2102.

Em 1987 foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial – HDA e sendo reconhecido como o 38º Hospital Universitário brasileiro. Após um processo marcado por manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em 3 de abril de 1990 o hospital foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB.

No ano de 2008, o Hospital Universitário de Brasília adotou a política de oferta de 100% da sua capacidade instalada para o Sistema Único de Saúde, cancelando o atendimento a convênios e a particulares, mas aos usuários que procurarem.

Em 2011, com a Medida Provisória 520. Há a transformação dos Hospitais Universitários na EBSEH e que insere a empresa na perspectiva da reforma do Estado iniciada em 1995. Sendo estas uma segunda geração de reformas ditas institucionais. Na saúde, a separação entre o financiamento e a prestação dentro do Estado e a competição entre prestadores públicos e privado.

3. Significado sócio histórico do serviço social e os desafios contemporâneos.

3.1. Contextualizações sócio-hitorica do serviço social e a questão social

A construção do objeto profissional é um processo teórico, histórico e também político, haja vista que a produção e reprodução da vida social são dinâmicas. Logo não há como trabalhar com conceitos fechados.

O Serviço Social não surge da tecnificação da filantropia/ajuda, e sim quando o Estado passa a mediar os conflitos das classes proletária e burguesa (Revolução Industrial). Assim, dizemos que o Serviço Social surge da conflituosa, contraditória, desigual, excludente, relação capital x trabalho, onde o trabalhador tende a venda da sua força de trabalho para remuneração necessária ao atendimento de suas necessidades.

Pela falta de poder de negociação, submete-se a trocar seu esforço físico, na produção, pela remuneração necessária ao atendimento de suas necessidades, os trabalhadores explorados organizam-se coletivamente, por meio dos sindicatos, para reivindicar seus direitos. Nessa relação de trabalho, surgem inúmeras demandas sociais não atendidas ou atendidas de maneira precária pelo capitalismo, como a atenção à saúde do trabalhador, à assistência social extensiva à família, à alimentação do trabalhador, à seguridade social e ao acesso aos serviços públicos de educação, etc.

No processo histórico o serviço social que surge para atuar nas sequelas da Revolução Industrial, como instrumento de respostas de ação junto aos desempregados, subalternos, explorados, construindo uma postura de funcionalismo social. SILVA (1995, p.36), o que nos leva a concluir que o Serviço Social é demandado por uma classe (a hegemônica) e, contraditoriamente, dirige sua ação profissional para outra classe (a subalterna), sendo um efetivo de um instrumento que consolida a ordem e a paz social, bem como viabilizar o desenvolvimento do sistema capitalista. A criação das escolas de Serviço Social são processos associados a dois segmentos: Estado e Igreja, nessa relação foi constituída pela postura desses segmentos em trabalhar no sentido de buscar um consenso junto à classe subalternizada e explorado por meio de políticas assistencialistas, de caráter benevolente e paliativo, o que traçou o perfil de atuação do Assistente Social até meados de 1980.

O Serviço Social vai adquirindo uma perspectiva crítica, de modo que possibilita um processo a desconstrução da profissão como um mero instrumento de controle social, assistencialista, caridosa e de doação, e rompe com o conservadorismo. A partir da incorporação teórica e metodológica da abordagem comunitária no Serviço Social, conforme Netto (2005) os profissionais passaram a sentir maior sensibilidade no tocante às questões macrossociais, além disso, o autor destaca que esta forma de intervenção estava “mais consoante com as necessidades e as características de uma sociedade como a brasileira – onde a “questão

social” tinha magnitude elementarmente massiva”. Esta nova realidade profissional vai marcar o início da erosão das bases do Serviço Social “tradicional”, no qual “o assistente social quer deixar de ser um ‘apóstolo’ para investir-se da condição de ‘agente de mudança’ (NETTO, 2005, p. 138)”.

Neste contexto Netto (2005, p. 139), aponta 3 elementos relevantes para a erosão do Serviço Social “tradicional:

1. “O reconhecimento de que a profissão ou se sintoniza com ‘as solicitações de uma sociedade em mudança e em crescimento’ ou se arrisca a ver seu exercício profissional ‘relegado a um segundo plano’;
2. “levanta-se a necessidade ‘de [...] aperfeiçoar o aparelhamento conceitual do Serviço Social e de [...] elevar o padrão técnico, científico e cultural dos profissionais desse campo de atividade”;
3. “a reivindicação de funções não apenas executivas na programação e implementação de projetos de desenvolvimento”.

Entretanto, segundo Netto (2005), ainda não é possível identificar abertamente uma crise do Serviço Social tradicional, isto só foi possível nos anos subsequentes com o rebatimento de quatro fatores específicos na categoria profissional:

1. Amadurecimento profissional e a sua relação em equipes multiprofissionais;
2. Desligamento de segmentos da Igreja Católica mais tradicional e a imersão de grupos católicos mais progressistas;
3. Participação do movimento estudantil nas escolas de Serviço Social;
4. O “referencial próprio de parte significativa das ciências sociais do período, imantada por dimensões críticas e nacional-populares” (NETTO, 2005, p. 140).

A partir do movimento de Reconceituação que consistiu em um movimento de crítica ao positivismo e ao funcionalismo, emerge e fortalece a tendência da fundamentação da visão marxista na história e estrutura do Serviço Social, cujo objetivo foi “transformar as práticas do Serviço Social, iniciando, impulsionando novas práticas a partir dos estágios, nas instituições num novo dimensionamento teórico-político” (FALEIROS, 1981, p.114). E essa construção perpassava um compromisso com a classe trabalhadora, o que caracterizou segundo Faleiros “numa ruptura com o Serviço Social paternalista ou meramente desenvolvimentista”. O movimento de Reconceituação trouxe para os assistentes sociais a identificação

político-ideológico da existência de lados antagônicos – duas classes sócias – dominantes e dominados, negando, portanto a neutralidade profissional, que historicamente tinha orientado a profissão. Esta revelação abriu na categoria a possibilidade de articulação profissional com o projeto de uma das classes, dando início ao debate coletivo sobre a dimensão política da profissão.

Nesse contexto podemos afirmar que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social constituiu-se numa expressão de ruptura com o Serviço Social tradicional e conservador; e na possibilidade de uma nova identidade profissional com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora, na preocupação das conquistas legais que foram incorporadas na CF/88, no qual o Serviço Social passa a fazer análise através de uma perspectiva crítica em defesa dos direitos. O assistente social atende e cobra que o Estado efetive políticas públicas universais, com vistas a efetivar a garantia de direitos sociais disposto inclusive no PREÂMBULO da Constituição Federal de 1988, que é [...] instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social [...].

É nesse contexto, que emerge as bases para a construção de um Projeto Ético Político profissional em favor das classes subalternas, como um broto para uma nova identidade profissional baseada em uma dinâmica profissional crítica, com análise da realidade, da totalidade, reconhecendo todo cidadão como sujeito de direitos e não de favores. A luta pela liberdade como valor central e por ações e políticas em favor de toda a sociedade, área formação e instituição de direitos numa perspectiva de políticas sociais pautadas em projetos societários mais amplos, com conhecimento da realidade com criticidade e considerando as mudanças que ocorrem peculiarmente considerando a configuração no âmbito da sociedade do capital representou um saldo qualitativo que foi se estruturando uma profissão interventiva no combate das desigualdades sociais e também um marco no processo de politização e mobilização de profissionais e estudantes com participação nos sindicatos em todo o país. Por isso, a importância do entrelaçamento entre as dimensões constitutivas do exercício profissional, dimensões ético – política, técnico – operativa e teórico-metodológica, de forma a permitir uma análise crítica da totalidade da sociedade, e considerar o campo de mediações necessárias no âmbito das respostas para a intervenção profissional, sendo o objeto central da ação do Serviço Social, a questão social em suas diferentes expressões que permeiam todas as áreas de atuação profissional. A concepção adotada e a forma de apropriação da questão social e suas diferentes expressões, reflete diretamente nas ações profissionais que assumem inquietações e insatisfações que direcionaram seus questionamentos ao

Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis teórico metodológico, operativo e político. (Maurílio Castro de Matos⁶).

Na contemporaneidade, numa conjuntura marcada por profundas mudanças nas condições de vida e trabalho da população diante das novas configurações do sistema capitalista, a questão social se aprofunda e se manifesta de múltiplas maneiras, requerendo respostas cada vez mais qualificadas por parte do/a assistente social.

O Assistente Social é um profissional que trabalha com as múltiplas expressões da questão social, na perspectiva da garantia de direitos e acesso dos usuários aos bens e serviços provenientes de programas, projetos e políticas públicas.

É sobre a questão social que o Assistente Social incide sua ação/intervenção, que implica a apropriação de meios e instrumentos de trabalho para efetivar sua ação profissional que tem como fim o produto desse trabalho. A questão social expressa a contradição do sistema capitalista, ou seja, são nas consequências do modo capitalista de produção que as manifestações da questão social, evidenciadas pelas desigualdades sociais, tornam-se o ponto central da ação do assistente social. IAMAMOTO e CARVALHO (2003) compreendem a questão social como expressão:

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 proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2003, p. 77).

Para Netto (2005, p.17), a questão social é “o conjunto de problemas políticos, sociais econômicos, decorrentes das desigualdades produzidas pelo sistema capitalista”. Ou seja, questão social são as múltiplas expressões, o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos decorrentes das desigualdades produzidas pelo sistema capitalista. Assim podemos dizer que o cenário em que se insere a profissão é a questão social, e cabe ao assistente social nela intervir, em suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as pessoas as experimentam no trabalho, na cultura, na área da saúde, educação, habitação, transporte, no aspecto referente à questão indígena, racial, de gênero, na luta pela terra, entre tantas outras. Não falta ao Assistente Social campo de realidade social que não incida em uma a para uma ação voltada para transformação da realidade vivida.

Parafraseando IAMAMOTO:

⁶ Palestra ministrada no Hospital Regional Asa Norte (HRAM) em 2013.

O que se persegue é decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade. Desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que é o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais. Mas decifrar a questão social é também demonstrar as particularidades formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social. (IAMAMOTO, 2001, p. 59).

Durante muito tempo a pobreza foi ligada à marginalidade, criando-se mecanismos de ocultamento dos problemas sociais. Hoje se tem pensado e criado estratégias de enfrentamento desses problemas sociais por meio de políticas sociais públicas.

E o Serviço Social encontra justamente como espaço ocupacional, o trabalho com políticas sociais, sejam elas públicas ou privadas, mas nem por isso as políticas sociais são objetos da profissão. As políticas sociais são uma das respostas de enfrentamento à questão social, assim como afirma IAMAMOTO:

“A questão social explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre classes e o Estado, mas as políticas sociais, por si, não explicam a questão social. Aquela é, portanto, determinantes devendo traduzir-se como um dos pólos chaves da formação e do trabalho profissional” (IAMAMOTO, 2000 p.58-59).

Nem todas as expressões da questão social têm respostas de enfrentamento por políticas sociais; às vezes, as respostas são ações isoladas, fragmentadas, imediatistas, até que os profissionais, usuários e a sociedade de um modo geral lutem para que haja a efetivação de uma política pública para atender determinado segmento da sociedade ou necessidades básicas de todos os cidadãos. E nesse sentido, como bem nos afirma IAMAMOTO (2009), a luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de desenvolvimento social, que possa vir a contemplar o desenvolvimento de cada um e de todos os indivíduos sociais. E para a autora, aí também está um dos dilemas presentes ao Serviço Social frente ao contexto capitalista contemporâneo.

3.2. A defesa do direito à saúde no debate profissional do Serviço Social

Partindo do entendimento das relações estabelecidas entre o capital x trabalho, que aponta-nos para a deficiência existente entre o valor da remuneração do trabalho e a necessidade real das pessoas para supressão de suas necessidades. Assim temos como, por extensão, as pessoas que não produzem (ou não estão inseridas no modelo de produção capitalista) precisam de assistência oficial.

O sistema de garantias de direitos implica na relação, Estado, sociedade e economia. Esse sistema modifica-se com embates sociais, políticos, culturais e com as crises econômicas. As políticas sociais surgem

em situações emergenciais ou são propostas nos planos econômicos do governo com ações voltadas para atender áreas como educação, habitação, defesa do meio ambiente, mínimos sociais.

As políticas sociais, assim compreendidas, se referem ao processo de reprodução da força de trabalho por meio de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados. Essa reprodução, quando estruturada pelo Estado capitalista, é um mecanismo distributivo de renda ou riqueza socialmente produzida, sob a forma de benefícios, proteção e serviços, sem que sejam afetadas, entretanto, as relações de produção capitalistas. Os mecanismos distributivos exprimem a correlação de forças existentes na sociedade e no próprio aparelho estatal, mas têm uma dimensão legitimadora do próprio Estado e do governo.

Mas há que se considerar, que as políticas sociais, constituem-se em campos permanentes de conflitos e disputas de interesses, num contexto no qual o Estado se modifica na dinâmica das forças sociais e políticas e nos regimes democráticos, é também considerado como resultante do aprofundamento da cidadania. A cidadania compreende o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos na construção da história, pela participação política, pelo exercício da autonomia e pela garantia que lhes é dada em um Estado de Direito. (Constituição Federal, 1988).

A criação dos direitos sociais no Brasil, segundo BEHRING e BOSCHETTI (2006), “resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante”. (p. 28 e 79). Sem a intenção no aprofundamento histórico das políticas sociais no Brasil, mas com o intuito de elucidar a constituição sócio-histórica na luta por direitos, a “questão social” no Brasil, tratada no início do século como caso de “polícia”, somente foi colocada como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras manifestações dos trabalhadores e iniciativas legislativas voltadas para o trabalho.

No final dos anos de 1970, com a crise do modelo de desenvolvimento, o receituário neoliberal que consistia em um enfraquecimento dos Estados Nacionais, e uma abertura comercial e de serviços, liberação da entrada e saída do capital estrangeiro, ruptura dos monopólios públicos e privatização, flexibilização do mercado de trabalho, corte ou abandono das políticas públicas sociais (CANO, 1998). A ideia central inerente nestas medidas é a de que a economia deve ser deixada ao livre jogo das forças do mercado, pois isso resultaria na melhor utilização dos fatores produtivos em benefício da coletividade, mas conforme a avaliação neoliberal da experiência Keynesiano de 1960, o uso das políticas fiscal e monetária com o propósito de conter a instabilidade e promover o crescimento da economia, acompanhado da concessão de direitos e benefícios sociais, teria levado à ampliação e à persistência dos déficits orçamentários, impossibilitando o investimento privado e contribuía para a manutenção de altas taxas de inflação. O mercado de trabalho, caracterizado por regras políticas que limitavam o seu funcionamento, como salário mínimo, não exprimiam o preço do equilíbrio

do trabalho por meio da interação da oferta e demanda. Tais fatores decorrentes da obstrução ao funcionamento normal dos mercados pela intervenção do Estado teriam conduzido ao aumento da inflação, à elevação do desemprego e ao baixo dinamismo das economias a partir de meados dos anos 1970. Isto significava que as economias só voltariam a crescer de forma estável e sustentável e a longo prazo quando se recuperasse os estímulos provenientes da coordenação e disciplina impostas pelo mercado.

E a luta da retomada do estado democrático e de direitos, ganha força com a mobilização e organização dos trabalhadores, segmentos da sociedade que se caracterizam-se como movimentos sociais, na luta por direitos sociais e políticos. Tais movimentos foram de extrema importância para a constituição de uma agenda política num momento da constituinte, resultando em alguns ganhos significativos no âmbito de tais políticas sociais, a exemplo da saúde, que passa a ser um direito de todos e dever do Estado.

No campo da saúde, impulsionados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, à Constituição Federal de 1988 estabelece pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais, sendo eles: a incorporação de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); e os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.). Além disso, eles explicitam a oportunidade de acesso de todos aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (ABC do SUS; Ministério da Saúde, 1990; NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Nessa direção, a categoria profissional do serviço social, com base nos seu projeto ético político profissional, incorpora a defesa dos direitos sociais e a defesa do direito à saúde como uma importante bandeira de luta. Nesse sentido, os/as assistentes sociais brasileiros/as inserem-se nas lutas pelo fortalecimento do SUS e rejeitam todas as ações e propostas que objetivam o seu desmonte, aliando-se à defesa das principais bandeiras de luta para a efetivação de um Sistema de Saúde que realmente garanta a universalização, qualidade e a equidade no atendimento como está inserido no CFESS Manifesta, (2011, 2014):

- Que apoia as lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores;
- A qualificação do atendimento oferecido à população
- Que defende a jornada de 30 horas semanais para todos/ as os/ trabalhadores da saúde e o cumprimento das legislações conquistadas;
- A defesa da residência em saúde compreendida como espaço de formação em serviço;

- A defesa da efetivação da política de seguridade social, sem fragmentação, e convocação da Conferencia de Seguridade Social, bem como a criação do Conselho de Seguridade Social;
- A viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura;
- E o subsídio às lutas pela ampliação da presença desses profissionais nas instituições responsáveis pelas políticas;

4-Análise da ação profissional do Serviço Social no Programa de saúde Auditiva.

4.1 - O serviço Social no HUB: um breve histórico

A saúde, face à complexidade e multidimensionalidade do seu contexto congregam, em sua abrangência e especificidade, diversos saberes e práticas, em diferentes níveis, locais e momentos constituindo-se em um cenário propício ao exercício profissional do Assistente Social.

Portanto, tentamos retratar neste trabalho, através da descrição das ações realizadas em um setor específico, o cotidiano institucional do profissional, por meio da descrição de um conjunto de atividades desenvolvidas, identificando alternativas metodológicas e técnico-operativas que revelam a própria utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde.

É relevante registrar que a saúde tem historicamente concentrado um grande número de profissionais de Serviço Social. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS vem exigindo a presença deste profissional no processo de (re) organização e expansão da política e serviços de saúde.

A partir da constituição de 1988, Saúde, Assistência Social e Previdência Social passaram a fazer parte da Seguridade Social, concepção inovadora que representou enorme avanço na trajetória da Política Social brasileira. O SUS é pautado pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e conta com um arcabouço jurídico definido para sua regulação e implementação. No entanto, passadas mais de duas décadas o SUS ainda é definido como um processo em consolidação.

Segunda a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a mesma tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços considerados essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

No Brasil, a pobreza, a desigualdade social, a forma como a saúde da população economicamente desfavorecida é afetada, principalmente devido às precárias condições de trabalho, saneamento básico e de acesso a serviços e tratamentos de saúde, o quadro de transição demográfica e epidemiológica refletem um quadro sanitário extremamente complexo, caracterizado por avanços, recuos, problemas antigos e novos para resolver. É este o cenário de atuação do profissional na área da saúde.

O exercício profissional do Assistente Social está inserido em um processo coletivo de organização de trabalho, desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde. Nos serviços de saúde, a inserção dos Assistentes Sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (CINTRA, em III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA).

Pensar hoje numa atuação competente do serviço social na saúde, na nossa visão, é estar articulado com os usuários e outros profissionais que lutam também pela real efetivação do SUS, tentando facilitar o acesso aos serviços de saúde e ao mesmo tempo buscando construir espaços que garantam a participação nas decisões a serem tomadas, principalmente, as decisões de caráter terapêutico, onde o sujeito passa a ser objeto da ação/proposta/tratamento (sujeito de direito – objeto de intervenção). Destacamos aqui o dever ético de reconhecimento da liberdade como valor ético central, a garantia, ampliação e consolidação da cidadania. É preciso se posicionar sempre a favor da equidade e justiça social e se compromissar com a qualidade dos serviços prestados à população. Estes são nossos grandes desafios no cotidiano profissional.

Acredito que cabe ao assistente social, numa ação articulada com outros profissionais e segmentos que defendam o SUS, formular estratégias que realmente efetivem o direito social à saúde. Portanto, o compromisso do assistente social com seu projeto ético-político-profissional necessariamente deve estar articulado com o projeto de reforma sanitária e com a consolidação do SUS.

O Serviço Social até o ano de 2008 se organizava no HUB como um Centro de Serviço Social. Não havia naquele período uma separação entre o local administrativo e o local de atendimento ao público. Os profissionais não tinham estrutura física mínima para realizar os atendimentos. A questão da ética e do sigilo nos atendimentos não eram observados. Em 2009 com a mudança na direção do hospital e também da chefia de serviço social houve uma reformulação administrativa e o Centro de Serviço Social passou a ser uma Divisão de Serviço Social. A estrutura física evoluiu e as profissionais começaram a ganhar espaços nas clínicas e setores. Houve um ganho político e administrativo, segundo os profissionais que estavam lotados na DSS naquele período. O trabalho das assistentes sociais começou ter visibilidade. O serviço prestado nas clínicas de internação aumentou e se qualificaram com a entrada de novas profissionais de serviço social na equipe. A postura de construção de fluxos de atendimento e planejamento iniciou neste período e só finalizou em 2011 com a construção do organograma da DSS/HUB.

No entanto, a inserção do serviço social no HUB se desenvolve há mais de duas décadas, com trabalhos de acolhimento de pacientes e seus familiares, em praticamente todas as áreas do hospital o serviço

social é a porta de entrada para os usuários em situação de vulnerabilidade, muitas vezes abalados e desorientados por conta da doença, e que buscam atendimento hospitalar. O Serviço Social atua nesse espaço para possibilitar a garantia de direitos, com a finalidade de amenizar as expressões da questão social, objeto de trabalho dos assistentes sociais nas mais diversas áreas profissionais. Na área da saúde, não foge à regra, as expressões da questão social que são apresentadas, apesar do usuário buscar auxílio em um hospital por questões de doença, estas não significam a ausência de outros problemas sociais que interferem no processo saúde-doença. Pois o bem estar dos sujeitos é composto por um conjunto de fatores, sociais, econômicos e outros que determinam à recuperação deles.

Serviço Social participa da elaboração de planos, projetos e pesquisa junto à direção do HUB, dá oportunidade dos membros da equipe participar de seminários, capacitação profissional e eventos no que se refere ao Serviço Social, planejar, conduzir, organizar, fazer avaliação das atividades no Centro de Divisão Social do Hospital Universitário (HUB).

A Divisão do Serviço Social no Organograma do Hospital é composta por uma Chefia de Divisão de Serviço Social (CDSS) e os demais assistentes sociais ficam à disposição da mesma. Atualmente a instituição conta com uma Chefia de Divisão de Serviço Social. São 13 assistentes sociais que atuam em diferentes clínicas. Os demais assistentes sociais estão vinculados e esta divisão.

De acordo com Lei nº 8.662, de 07 de Junho de 1993 no Artigo quarto que constituem as competências do Assistente Social o profissional do serviço social deve entre outras atribuições:

- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir.

No âmbito do serviço social do HUB, as ações volta-se para o atendimento aos usuários, na sua maioria em situação de vulnerabilidade socioeconômica, agravada muitas pelo processo de adoecimento com seus desdobramentos nos aspectos objetivos e subjetivos do ser humano. Assim, no HUB, desempenha importante ação no processo de acolhimento dos usuários e seus familiares, elabora planos, projetos e pesquisa

junta ao serviço social e a direção do HUB, procura participar no processo de formação permanente, seja por meio de participação em seminários, capacitação continuada.

Assim, os profissionais têm subsídios nos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), com todo o embasamento teórico-metodológico, técnico-operativo, e ético-político da profissão, bem como com todas as políticas relacionadas à saúde. Assim, tem-se o intuito de ir de encontro com o projeto da Reforma Sanitária, na discussão de um SUS de qualidade, de acesso universal e de atenção integral à saúde.

Para Castro (2000, p. 135), “o assistente social foi o profissional convocado para ocupar-se do ‘social’ no interior das equipes multidisciplinares que se formavam nos diversos centros de especialização”.

O profissional do Serviço Social vem nos últimos tempos ampliando a sua área de atuação, conquistando espaços que vão proporcionando novas possibilidades para a divulgação e efetivação a cerca das políticas sociais, sendo assim o profissional deve atuar nas diferentes políticas sociais devendo afastar-se das abordagens tradicionais, fundamentada que não compara-la com outras e para tanto, é necessário entendê-la como um todo integrado de relações e costumes, e entender as funções desempenhadas pelas formas culturais próprias e com o hábito de ter suas ações, atos e atitudes frente a vida, baseados na verdade absoluta, na praticidade das soluções, de forma que seja sempre o mais objetivo e simples possível, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos (as) trabalhadores (as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

No HUB um dos desafios presentes na atualidade para o serviço social é concretizar as propostas de trabalho profissional no contexto sociopolítico e institucional da presente transição da gestão do hospital. Há também necessidade de maior participação dos usuários do serviço na dinâmica do grupo de trabalho e no

planejamento das ações. Apesar dos avanços o trabalho em equipe não garante ainda a construção de um projeto assistencial comum, uma vez que os planos de ação não são coordenados, mas, uma justaposição de saberes desconexos e desintegrados, merecendo um olhar especial das equipes de saúde e também dos assistentes sociais, no âmbito do pensar as ações cotidianas junto aos usuários.

4.2. Programa de Saúde Auditiva no âmbito do SUS e no Hospital Universitário de Brasília.

O programa de saúde auditiva do HUB foi inaugurado no dia 04 de dezembro de 2008 concomitante com o setor de implante coclear. O HUB foi o primeiro Centro de Saúde Auditiva/Implante Coclear apto a fazer a cirurgia de implante coclear pelo Sistema Único de Saúde em toda a região Centro-Oeste. O programa de Saúde Auditiva é composto por vários profissionais de saúde, sendo a equipe mínima composta por: um médico Chefe com formação em otorrinolaringologia, três Fonoaudiólogas, sendo uma com especialização em audiologia, a segunda com formação em fonoaudiologia/audiologia infantil, e a terceira fonoaudióloga é especialista em linguagem e reabilitação, o setor também conta com uma Assistente Social e uma Psicóloga.

O ouvido humano é o órgão que nos possibilita a comunicação entre outros seres. Nossas orelhas estão entre os mais complexos órgãos do corpo humano. É por intermédio do ouvido que podemos perceber o mundo de forma auditiva e nos comunicarmos usando a da linguagem verbal. Elas recebem ondas sonoras e as traduzem para o nosso cérebro, controlam o nosso equilíbrio e definem em grande escala a maneira pela qual nos relacionamos com o mundo ao nosso redor. A nossa capacidade de ouvir, ou falta dela, tem impacto sobre quase todos os aspectos da nossa vida. A falta deste órgão pode provocar graves barreiras de comunicação que o deficiente auditivo terá que superar. Para Skliar (1998, p.11) a surdez constitui uma diferença a ser politicamente reconhecida; a surdez é uma experiência visual; a surdez é uma identidade múltipla ou multifacetada.

Para Tucker, (1995, página. 18-24), a incapacidade de ouvir ou de compreender a palavra inevitavelmente conduz à incapacidade de falar e de expressar seus sentimentos e conseqüentemente ocorre uma drástica redução nos meios de adquirir conhecimento e de compreender as reações emocionais dos outros. Assim, seu desenvolvimento emocional e intelectual sofre grave prejuízo.

Desde os tempos antigos, o homem vive em grupo e a comunicação é o principal veículo por meio do qual compartilha suas experiências, pensamentos e ideias com seus semelhantes. Para tanto, a integridade da audição, é considerada um dos sentidos de maior importância no ser humano. Assim, tornam-se imprescindíveis políticas públicas que contribuam na garantia do direito a assistência aos usuários com deficiência auditiva e

demais estratégias que melhore a audição e as formas de sociabilidade desses usuários no âmbito da sociedade e vice-versa.

De maneira geral, os estudos apontam quatro tipos de perdas auditivas: sensorial neural, condutiva, mista e central. Sabe-se que 90% das perdas auditivas são sensorial-neurais. Informações contidas no Projeto Passe a Diante, da AUDIBEL. O termo refere-se à lesão das células ciliadas. Embora a perda auditiva neurosensorial muitas vezes seja parte natural do envelhecimento, ela também pode ser causada por exposições a ruídos, ferimentos na cabeça, certas infecções, tratamentos medicamentosos ou ter origem genética. Nas perdas auditivas deste tipo a audição é recuperada.

As perdas auditivas também podem ser condutivas, quando envolvem uma obstrução da orelha externa ou média que impedem a chegada das ondas sonoras à orelha interna.

O acúmulo de cera, a perfuração do tímpano, o excesso de líquidos no ouvido médio ou crescimento ósseo anormal na orelha média (otosclerose) são algumas causas da perda auditiva. Frequentemente, estes casos podem ser corrigidos cirurgicamente. As perdas auditivas mistas são combinações de comprometimentos sensorial-neurais e condutivas.

As deficiências auditivas centrais não são necessariamente acompanhadas de diminuição da sensibilidade auditiva e manifestam-se por diferentes graus de dificuldades na compreensão das informações sonoras. Estas alterações são decorrentes de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora na via auditiva central.

Estatisticamente, a cada 1000 crianças nascidas, três apresentam deficiência auditiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). É comum pensar que os exames diagnósticos devem ser feitos apenas em crianças que apresentam algum fator de risco relacionado a esta deficiência, porém sabe-se que 50% dos casos não apresentam pré-disposição para problemas auditivos.

Diante disto, faz-se necessário informar à população sobre os exames para diagnosticar precocemente a deficiência auditiva, bem como quanto aos cuidados existentes para evitar a ocorrência deste tipo de problema. Partindo de uma política de saúde já existente que o Ministério da Saúde, por força da Lei 8080 de 1990, que tem atribuição legal específica para organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), que visa o atendimento e construção de uma política de informação e Informática em Saúde foi consignada em um dos objetivos setoriais do Ministério da Saúde. Essa política que além de recolher as contribuições de diferentes atores sociais, valoriza o controle social no sistema de saúde brasileiro, que garantiria a participação da sociedade em fóruns de deliberação de políticas de saúde além do conhecimento de

doenças e questões de saúde. Quanto mais cedo ocorrer a detecção e a intervenção na deficiência auditiva, menores serão os prejuízos e danos à vida da criança. Com essa política, por exemplo, os pais estariam informados de testes e exames a ser realizado quanto à saúde da audição dos seus filhos desde o nascimento, o que garantiriam a regular passagem por médicos para garantir um desenvolvimento saudável.

O sistema auditivo sofre o processo de envelhecimento ao longo dos anos, mas também temos o desgaste do sistema auditivo com sons muito intensos, como fones de ouvido, os sons do tráfego de trânsito nas cidades, e também cabe citar pessoas que trabalham em ambientes ruidosos, e que não contam com políticas de cuidado com a saúde auditiva. Desta forma, é comum que os idosos apresentem perda auditiva e dados estatísticos apontam que cerca de 70% das pessoas com 60 anos ou mais, tenham perda de audição.

A diminuição puramente relacionada ao envelhecimento é chamada de presbiacusia, que acontece as duas orelhas e pode piorar com o passar dos anos, interferindo na compreensão de fala, na comunicação e bom relacionamento da pessoa. A falta de informação gera preconceito e isto faz com que a maioria das pessoas com dificuldades auditivas demore, para procurar ajuda. Algumas se isolam para evitar o constrangimento e perdem muito com ausência do convívio social.

A audição é fundamental na nossa vida e não é fácil viver sem ela. Não podemos ignorar o fato de que na sociedade capitalista vigente é ainda muito acentuado o conceito negativo de deficiência, pois, nessa ordem social é exigida alta produtividade, rotatividade de mão de obra e mercado competitivo. Há a exigência constante do mercado de trabalho de um ser racionalizado que prevê e organiza sua ação, premedita, dissimula e pretende objetivos a longos prazos, um homem que trabalhe e alimente o sistema.

(...) Além das pressões internas, de familiares, ocorre à necessidade de lidar com as pressões sociais externas. A sociedade em que vivemos, de modo geral, tem dificuldade de conviver com as diferenças. Essa dificuldade de convívio ocorre também em relação à pessoa com deficiência da audição, o que acaba por se estender sobre a família e sobre a relação desta com o membro deficiente (MASSON; FRANÇOZO, 2008, p. 325 apud BOSCOLO; SANTOS, 2005, p. 70).

No que diz respeito à deficiência auditiva, ela é incidente em cerca de 5.735.099 milhões de brasileiros. E pode-se fazer uma correlação entre o aumento da pobreza e o crescimento do número dessa deficiência em especial, visto que a população que trabalha em situações desfavoráveis acaba, tendo doenças profissionais, produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade nociva à saúde do trabalhador e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social e ou doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado, exemplo do despachante de empresas de transporte público, que trabalham até 8hs do dia em locais

fechados e com uma intensidade de ruído elevado. E que no caso do Brasil e de países em desenvolvimento, pode estar atrelado à realidade econômica, social e política (IBGE, 2000). Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam-se que dos 78 milhões de pessoas que suspeitavam ter alguma deficiência auditiva maior que 40db, oito milhões tinham até 18 anos e moravam em países em desenvolvimento.

Portanto, a detecção precoce de alterações auditivas pode reduzir os prejuízos causados pela surdez e a participação familiar no processo é imprescindível. No entanto, tal realidade não é encontrada no cenário brasileiro, pois, o diagnóstico da deficiência auditiva ocorre tardiamente, por volta do terceiro ano de vida (RIBEIRO, F. G.; MITRE, E. I 2004). Assim, a criança deixa de receber estímulos auditivos para a maturação do sistema auditivo e desenvolvimento da linguagem e podem ser afetadas na sua aprendizagem no seu desenvolvimento integral.

A estimativa da Organização Mundial da Saúde, em 1993, (Política Nacional da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008) era de que 1,5% da população brasileira – cerca de 2.250.000 habitantes – seria portadora dessa deficiência. As causas de deficiência auditiva (de moderada a profunda) mais frequentes em crianças são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 30% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência em torno de 33%. Censo 2000, realizado pelo IBGE, indicam que 3,3% da população declaramos ter algum problema auditivo, sendo que pelo menos 1% dessas declarações foi de pessoas que disseram sentir grande dificuldade ou relataram ser incapazes de ouvir. Na literatura internacional, a presbiacusia – perda auditiva devido à idade – é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por SILVEIRA, 1992.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM n.º 2.073/04, de 28 de setembro de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que prevê em seus dois primeiros artigos a Instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federativas e que estabelece que seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde. E também prevê a produção de informações nos sistemas de informação existentes que possam oferecer ao gestor subsídio para planejamento, regulação e controle dessa política.

Em meio a este contexto e considerando a repercussão da deficiência auditiva na vida do indivíduo, da família e para a sociedade, associado à falta de acesso ao atendimento à saúde às pessoas com deficiência auditiva na região do Centro - oeste foi o Hospital Universitário de Brasília credenciou-se como Centro de

Saúde Auditiva de Média e Alta complexidade, tornando-se o primeiro centro apto a fazer o implante coclear pelo Sistema Único de Saúde em toda a região Centro-Oeste. Vinculado aos programas de promoção e proteção à saúde prevista pela política de saúde brasileira, sua implantação visa beneficiar um número significativo de pessoas com deficiência auditiva. Crianças, jovens, trabalhadores e idosos que hoje deixam de frequentar a escola, o trabalho e as atividades sociais podem se beneficiar, a partir do diagnóstico, da aquisição de aparelhos auditivos e da terapia para reabilitação, e, por conseguinte, melhorar sua condição de saúde e de sociabilidade no âmbito da sociedade.

O parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde para a implantação dos serviços de saúde auditiva prevê a criação de um programa para cada 1.500.000 habitantes. Para garantir a assistência às pessoas portadoras de deficiência auditiva nos estados, cuja população esteja entre 2.000.000 e 3.000.000 habitantes, devem existir dois serviços. A implantação integral das Redes Estaduais de Saúde Auditiva corresponde ao total de 126 serviços de atenção à saúde auditiva distribuída pelo território nacional. O início da implantação da Rede ocorreu nos anos de 2005 e 2006, com previsão de ampliação gradual nos anos seguintes de acordo com as necessidades locais de organização de novos serviços.

A implantação da referida política irá beneficiar crianças, trabalhadores e idosos que hoje deixam de frequentar a escola, o trabalho e as atividades sócias, e assim poderão, a partir do diagnóstico, da aquisição de aparelhos auditivos e da terapia para reabilitação, exercer os seus respectivos papéis sociais.

Em 2006, no Brasil, o gasto total com saúde ambulatorial, de janeiro a dezembro, foi de R\$167.351.182,00. Com relação aos procedimentos hospitalares, foram realizadas, de janeiro a dezembro, 171 cirurgias de implante coclear e foram gastos 9.298.433,15. Isso de acordo com o Plano de Política de Saúde para Pessoas com Deficiência, 2008. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com relação ao atendimento hospitalar em saúde auditiva, a Portaria MS/GM nº 1.278, de 20 de outubro de 1999, estabelece normas e critérios para a realização da cirurgia de implante coclear, procedimento hospitalar de alta complexidade para pessoas portadoras de deficiência auditiva. A Portaria n.º 584, de 21 de outubro de 1999, inclui as próteses para implante coclear na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais e na Tabela de Compatibilidade do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

A deficiência auditiva, em função da sua alta incidência, tem recebido da comunidade científica uma atenção especial na criação de dispositivos que viabilizem a (re) habilitação de seus portadores. Como uma alternativa para a deficiência auditiva, em função da sua alta incidência, também tem recebido atenção dos gestores por meio da criação de políticas públicas específicas para este público. Visando a princípio a inserção

social do sujeito e o acesso aos serviços de qualidade. Como, por exemplo, do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite. Ele foi lançado no dia 17 de novembro de 2011 (Decreto Nº 7.612) pela presidente Dilma Rousseff, com o objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações que, atualmente, já são desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência. O plano tem ações desenvolvidas por 15 ministérios e a participação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), que trouxe as contribuições da sociedade civil. O Viver sem Limite envolve todos os entes federados e prevê um investimento total de R\$ 7,6 bilhões até 2014.

4.3. O Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva.

No setor de saúde auditiva as ações profissionais do assistente social integra o trabalho realizado pela equipe multidisciplinar⁷ do ambulatório, atualmente composto por médicos, assistente social, fonoaudiólogos, psicólogos e enfermeiros.

A atuação profissional do assistente social na área da saúde, comprometido com a perspectiva do projeto ético político profissional, incorpora a garantia do direito à saúde, de forma integral e universal como princípios fundamentais no âmbito da ação profissional.

Para tanto, à realização das ações volta-se para o atendimento aos usuários, para a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional, para melhoria da qualidade dos serviços prestados. As reflexões aqui presentes na análise têm como referência os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde proposto pelo CFESS (2010) e também citado por MIOTO e NOGUEIRA (2009), e assim verificamos os eixos de atuação do Assistente Social na Saúde e as reflexões tragas por esses autores e que por meio da sistematização metodológica no debate das ações profissionais em saúde por meio dos três processos ou eixos norteadores, a saber: *Os processos políticos – organizativos*, que são configurados pela articulação de ações profissionais com a função de dinamizar e instrumentalizar os processos participativos, visando a construção de novos padrões de sociabilidade. *Os processos de gestão e planejamento* que correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento de serviços sociais e para a sistematização das ações profissionais. Compõe também esse eixo as ações de capacitação de recursos humanos, ações voltadas à estruturação de bases de dados, alimentadas pelo processo de trabalho documentado (diários, relatórios, estudos, fichas) do assistente social. *Os processos sócio*

⁷ Atividade a ser tratada por vários profissionais da saúde como Médico, Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiologia, Enfermagem no exemplo da Saúde Auditiva do HUB. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006)

assistenciais que reúnem o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da atenção direta aos usuários nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares.

Nessa direção, o serviço social na saúde auditiva, tendo como ponto de partida o objeto da ação profissional do assistente social, ou seja, a questão social em suas diversas expressões no âmbito da saúde, centrar sua atuação cotidiana principalmente no atendimento aos usuários, por meio de ações sócio – assistenciais, numa perspectiva sócio – educativa e de garantia do direito à saúde.

No âmbito da ação do serviço social na saúde auditiva as ações sócio assistenciais, voltam-se para conhecer a realidade do usuário e sua família, no sentido de promover, facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços do programa de saúde auditiva de forma integral, universal e com qualidade. Nesse processo, antigas e novas demandas se colocam ao profissional, de modo que expressam as dificuldades reais da garantia do direito à saúde, a exemplo da procura pelo atendimento do serviço social por parte dos usuários ou até mesmo por encaminhamento da equipe de saúde, como já assinalado pelo CFESS (2010) no sentido de facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência, reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referências e contra referência institucional), não atendimento do tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, e outras demandas que referem-se às condições reais de vida dos usuários como desemprego, ausência de local de moradia, violência e acidentes de trabalho como citado no CEFSS (2010).

As ações sócio assistenciais, tendo como referência as reflexões de MIOTO e NOGUEIRA (2009) incluem ações de diferentes naturezas, dentre as quais as ações sócio terapêuticas, que tem como objetivo o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou coletivas vividas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos, a exemplo das situações vivenciadas no programa de saúde auditiva no momento de (recebimento de diagnósticos de perda auditiva e surdez), especialmente, com os pais das crianças e bebês, quando fecha-se os diagnósticos de perda auditiva bilateral de grau profundo, onde o impacto emocional e social é grande. Nesses momentos, o profissional de serviço social, imbuído de uma escuta atenta, de acolhida, procura promover para além da garantia do direito, fortalecer a própria humanidade do sujeitos – usuários, diante das fragilidades vividas. As famílias apresentam muita dificuldade em aceitar, em um primeiro momento, a deficiência auditiva dos seus filhos. É preciso fortalecer e buscar a resiliência dessas famílias para que elas consigam manter a adesão ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar, seja ele conservador (próteses auditivas) ou cirúrgico (implante coclear). É nesse momento que buscamos montar as estratégias de intervenção com os usuários. Eles têm liberdade para escolher a melhor opção de tratamento junto com a equipe.

Nas ações sócio assistências e demais ações do serviço social junto ao programa, às ações socioeducativas constitui eixo central e transversal a atuação profissional. Consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, busca alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário. (Mioto e Nogueira, 2006). A lógica do atendimento reside no usuário como sujeito, ou seja, a partir de seus problemas, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria “forma de encaminhar”, com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como alterar em longo prazo essa produção de sofrimento/carência no âmbito das relações sociais.

Assim as ações desenvolvidas pelo Assistente Social devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas, ou seja, os determinantes sociais a que estão submetidos os usuários e a capacidade de mobilização para participação nas lutas em defesa da garantia do direito a Saúde e controle social.

Portanto, a complexidade nos serviços de saúde, como cita RAICHELIS (1996) se dar a partir de demandas singulares. Sua lógica reside em atender o usuário como sujeito, visando responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais ao remetê-lo para a participação política em diferentes espaços, dentre os quais se incluem as próprias instituições e serviços de saúde e também os conselhos de direitos, os movimentos de base sócio comunitária e os movimentos sociais na sua diversidade.

No programa de saúde auditiva nos deparamos com as mais diversas condições e expressões da questão social. O que torna o público alvo homogêneo é a perda auditiva ou surdez e o que os torna heterogêneos são as formas de acesso, condições sócio, culturais, educativas, as condições de moradia, etc. Portanto, busca-se no atendimento aos usuários entender suas particularidades e singularidades para facilitar o acesso ao direito de forma equânime. Ao participar do trabalho em uma equipe de saúde multidisciplinar, dispõe-se de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que diferencia o assistente social, do médico, do enfermeiro e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

Nas ações socioeducativas em grupos busca-se sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos, onde realiza-se debates e oficinas como forma de campanha preventivas, mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados. Este é um ponto que ainda precisa-se efetivar na rotina do programa de saúde auditiva. Esta ação ainda é pontual e esporádica, pois, é

preciso que haja a contribuição de outros profissionais da equipe nesta atividade. As ações consistem basicamente em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais ao usuário e a sua família.

A atuação ocorre em uma perspectiva abrangente de inclusão e de cidadania. Utilizando a rede de apoio social e familiar como suporte para as ações com os usuários do serviço. A preocupação é afirmar a ótica da totalidade na apreensão do processo saúde/doença, identificando como o mesmo se relaciona com as várias dimensões da vida social (família, moradia, condições de trabalho, acesso ao tratamento e medicamentos, acesso aos direitos e benefícios sociais, etc.).

Para a efetivação das atividades, o profissional necessita conhecer a organização e a lógica de funcionamento do sistema de saúde, o funcionamento da unidade em que atua, os recursos assistenciais existentes, ou seja, a capacidade de atendimento de outras instituições não só na rede de saúde, como nas outras áreas de políticas públicas, principalmente na Previdência e Assistência Social, visto que o atendimento das demandas da população extrapola, na maioria das vezes, a capacidade de atendimento das instituições de saúde.

Na fundamentação legal para o exercício profissional encontram-se a Constituição Federal – capítulo da Seguridade Social, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei de Regulamentação da profissão, o Código de Ética Profissional, a Política de Saúde Auditiva, Diretrizes para a Triagem Auditiva Neonatal, dentre outras legislações.

O primeiro atendimento realizado na saúde auditiva, que tanto tem caráter educativo, quanto assistencial do paciente/familiar se realiza por meio de uma entrevista inicial, mediante o preenchimento de um instrumental específico do serviço social, e em seguida discute-se o planejamento do atendimento em equipe. O que espera-se neste primeiro encontro com o usuário é criar junto com ele estratégias de enfrentamento da questão social posta ou das expressões da questão social que o sujeito traz neste primeiro momento com toda equipe.

Percebe-se que as demandas que mais chegam ao Serviço Social relacionam-se, principalmente, ao preenchimento dos formulários para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), passe livre do DF, passe livre interestadual, laudos e relatórios com vistas ao acesso a auxílio doença e/ou aposentadoria por invalidez (todas as demandas referentes aos direitos sócio assistenciais relacionado à perda auditiva ou surdez). Estas demandas na verdade não correspondem como atribuições privativas do serviço social, conforme os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (págs. 46 e 47), mas, servem para que o assistente social do programa de saúde auditiva faça orientações e encaminhamentos de caráter socioeducativas. Este momento serve para que o

assistente social seja o intermediador entre o usuário e o restante da equipe. Os usuários tem uma relação de confiança com o serviço social e não tem travas e/ou temores na hora de solicitar suas demandas ao profissional de serviço social, pois, mesmo que não esteja no critério para concessão dos benefícios sabem que terão escuta e suas dúvidas esclarecidas. As demandas que surgem levam a um processo contínuo de reflexão junto com os usuários sobre o acesso aos direitos nas mais diversas instâncias dos serviços de saúde. Estas demandas poderiam e deveriam ser resolvidas no município e/ou cidade de origem, mas, os usuários só conseguem acesso, às vezes, a estes benefícios nas instâncias de média e alta complexidade de saúde. O Serviço Social acaba intervindo e respondendo a estas demandas com o objetivo para facilitar o acesso ao tratamento proposto pela equipe de saúde auditiva. Evita-se devolver os casos (demandas) para a rede ou deixá-las soltas dentro do próprio setor de saúde auditiva, pois, sabemos que o SUS ainda não conseguiu concretizar os princípios da hierarquização e regionalização dentro da regulação de referência e contra referência dos sistemas de saúde.

A entrevista é o instrumento que se utiliza com mais frequência na rotina do assistente social do programa de saúde auditiva. Neste atendimento individualizado por meio de um processo de investigação da realidade, busca-se identificar outras dificuldades ou necessidades que muitas vezes o usuário não nos apresenta de imediato que não são somente a busca por um diagnóstico de perda auditiva ou simplesmente ganhar próteses auditivas. Por meio desse processo de investigação da realidade compreende-se que o estudo social visa à decodificação do cotidiano do usuário. No final, o objetivo é conhecer dados do sujeito, da rede de apoio familiar e social que serão usados pela equipe interdisciplinar tanto na hora da escolha do melhor modelo de aparelho auditivo para o usuário. Estes dados também refletem na escolha do tipo de terapia de reabilitação que seja mais adequada a realidade do sujeito. A avaliação social é primordial para a tomada de decisões da equipe de protetização. Apesar de não haver critérios socioeconômicos utiliza-se os dados sociais, também psicológicos (motivação para o uso de aparelhos auditivos), além dos critérios legais e técnicos para a entrega de aparelhos de amplificação sonora. O critério idade, crianças menores de 13 anos (em idade escolar), tem prioridade para receber os aparelhos auditivos (levando-se também em consideração a questão do desenvolvimento educacional, intelectual e de vulnerabilidade). Adultos e idosos também recebem os aparelhos auditivos com bases nos critérios legais e técnicos, vulnerabilidade e se está com vida social ativa/produtiva, mas, todos os casos antes da protetização são discutidos individualmente pela equipe interdisciplinar.

Há demandas postas ao serviço social do Programa de Saúde Auditiva, como trabalho com a equipe multiprofissional que exige uma postura crítica, de compreensão do discurso e do comportamento dos demais componentes do grupo. Em outros termos, muitas vezes é necessário que o profissional de serviço social conheça detalhes dos procedimentos feitos pelos fonoaudiólogos, psicólogos e médicos para conseguir mediar e atender as demandas postas pelos usuários, mas, sempre respeitando os limites éticos e políticos que os códigos

de ética que cada profissão determina. No estágio II nos deparamos com uma situação não muito atípica ao serviço social, onde outros profissionais desconhecem a profissão e as atribuições do assistente social, encaminhando-lhes demandas administrativas entre outros serviços que não fazem parte do instrumental técnico-operativo do assistente social. Onde vemos muito da teoria de trabalho na unidade de saúde ser centrado na pessoa e no saber médico, ficando os outros profissionais subestimados no processo de trabalho, tendo seus potenciais para a assistência enormemente oprimido, reduzindo a oferta de serviços (FRANCO, BUENO MERHY, 1999), encaminhando-lhes demandas administrativas entre outros serviços que não cabem ao Assistente Social. Acredito que isso ocorre por diversos fatores e não somente pelo desconhecimento do que é a profissão e quais são as atribuições do assistente social.

Conforme BRASIL (2011, pg.117), o trabalho em saúde é um trabalho complexo, em que as decisões a serem tomadas envolvem a articulação de vários saberes de bases científicas e instrumentais, com ênfase no conhecimento científico, e de bases tecnológicas, com ênfase no técnico e nos saberes tácitos. Esses saberes são mediados pela dimensão ética e política. Muitas vezes, a equipe multidisciplinar, principalmente, o profissional médico, não consegue compreender o limite entre o seu conhecimento e dos outros profissionais, ou seja, não respeita e não articula com os outros saberes. Como o serviço social, coerente, com o seu posicionamento ético-político, é contrário a certos posicionamentos, comentários e decisões da equipe, surgem daí alguns conflitos internos. Na maioria das vezes, dependendo do caso em avaliação, o único profissional que busca compreender as particularidades, determinantes sociais que dificultam o acesso e subjetividade dos sujeitos/usuários e é o assistente social. A formação generalista e não fragmentada nos diferencia dos outros especialistas/ profissionais de saúde. Aos poucos o serviço social conquistou a confiança da equipe e os conflitos foram diminuindo.

Sabemos que o processo de trabalho muitas vezes é conflituoso, mas, não poderia ser diferente já que a produção de serviços de saúde se realiza em base material e subjetiva. Sendo assim, expressa-se em uma prática social articulada com a educação e sofre influências diversas: das regras resultantes do jogo político de interesses divergentes; dos modelos administrativos e gerenciais hegemônicos; do paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e de características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial (GONÇALVES,1990).

O trabalho do Assistente Social a ser desenvolvido dependerá da qualidade e efetividade da intervenção junto aos usuários. Um exemplo disso é o fato de que se o profissional conseguir compreender e interpretar, ainda que de forma mínima, o resultado de um determinado exame auditivo, este poderá orientar melhor o paciente quanto aos benefícios que este tem ou não direito.

Como trago mais acima, de como funciona a audição, faz-se necessário estudar todas as essas referências possíveis sobre saúde auditiva, como funciona a audição, problemas da audição e exames feitos pelos usuários, tais como: BERA, audiometria, etc., para possibilitar a aproximação e compreensão da área em que se atua. Embora, esclarecer dúvidas a respeito de cirurgias, exames ou outros procedimentos não sejam uma tarefa específica do profissional do serviço social, muitas vezes, os usuários trazem à tona esses questionamentos durante a intervenção, por sentirem-se mais a vontade em conversar com o assistente social do que propriamente com o médico. A, assim saber dos prováveis assuntos ajudam ao menos entender qual é a dúvida dos usuários, e levar as questões para ser tratadas na equipe multiprofissional.

O grande desafio é tornar claro tanto para os usuários quanto para os outros profissionais da equipe o papel desta política que é pública, universal e de qualidade. O sujeito tem que ser visto também dentro dos processos de escolha do tratamento e de reabilitação.

A rede de referência principalmente de Assistência Social, Educação e Saúde que são no nosso caso as mais utilizadas pelo serviço devem se articular melhor para realmente promover a inclusão social dos usuários. Não adianta promover dentro da linha de cuidados em questão todo o atendimento previsto se a rede não oferece também o suporte para os sujeitos e suas famílias.

4.4. Que direito à saúde aos usuários do Programa de Saúde Auditiva?

No decorrer desse item, será abordado o processo de estágio em serviço social desenvolvido no Programa de Saúde Auditiva, mais especificamente pesquisa realizada junto ao referido programa, como parte do projeto de intervenção⁸ intitulado: “ATENÇÃO ÀS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB PARA MANUTENÇÃO E USO DAS PRÓTESES AUDITIVAS”.

O projeto apresentou como objetivo principal identificar e caracterizar as principais dificuldades enfrentadas e vivenciadas pelos usuários que receberam aparelhos auditivos pelo Programa de Saúde Auditiva do HUB. Como objetivos secundários, procurava buscar estratégias que pudessem auxiliar os usuários que usam AASI a superar as barreiras e dificuldades em seu cotidiano, repensar e redefinir os critérios para concessão de AASI propostos pelo Ministério da Saúde (MS) e os critérios utilizados dentro do programa de saúde auditiva do HUB.

⁸ O processo de Estágio em Serviço Social I e II, esteve sob supervisão pedagógica da Professora Carolina Cássia e Supervisora de Campo Assistente Social Letícia Maria Ferreira.

Ressalta-se o que o objeto de pesquisa do presente Trabalho de Conclusão decorre do processo vivenciado no Estágio em Serviço Social e o projeto de intervenção ao abordar as dificuldades dos usuários no programa, foi o grande motivador para a análise da ação profissional do Assistente Social no Programa de Saúde Auditiva do HUB.

Pretendia-se com o projeto em questão compreender os motivos que levam os usuários a não aderirem ao tratamento e abandonar o uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), considerando que os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde para o fornecimento de aparelhos auditivos devem garantir à pessoa portadora de deficiência auditiva o melhor uso possível do seu resíduo auditivo. Para tanto, esses serviços devem oferecer um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas do AASI adequados às características audiológicas e necessidades acústicas do indivíduo, o acompanhamento periódico com monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação e orientação e treino do manuseio do AASI, até a terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem do usuário. Portanto, a pretensão do projeto foi entender as dificuldades enfrentadas pelos pacientes atendidos pelo Programa de Saúde Auditiva do HUB para intervir e melhorar o processo e a satisfação dos usuários de aparelhos auditivos.

O público alvo do projeto, em primeiro plano, foram os usuários do Programa de saúde auditiva do HUB que já haviam recebido aparelhos auditivos. A proposta era saber se os usuários contemplados com aparelhos nos últimos 12 meses estavam usando os aparelhos e se estavam satisfeitos ou não com os aparelhos. No decorrer da investigação evidenciou-se que tínhamos pacientes que não estavam usando os aparelhos e com dificuldades de adaptação.

Após seleção aleatória de 50 pacientes entre 100 usuários assistidos e recém protetizados, onde foi realizada a pesquisa, com o perfil desejado, ou seja, adultos com perda auditiva em uso de aparelhos auditivos recebidos pelo programa de saúde auditiva do HUB. Foi aplicado questionário padronizado com perguntas fechadas e abertas para avaliação de satisfação pós-protetização com esses pacientes selecionados. As perguntas buscaram saber os usuários estavam usando as próteses auditivas, se estavam satisfeitos com os resultados da protetização ou se não estavam usando quais os motivos e dificuldades que os levaram a abandonar o uso dos aparelhos auditivos. Nesse momento das entrevistas, encontramos certas dificuldades, pois, os pacientes não compareciam às reuniões marcadas, não respondiam aos telefonemas e nem às correspondências enviadas. Devido a pouca adesão a proposta de intervenção em grupo, resolvemos mudar a estratégia e aplicar os questionários individualmente para finalizar o projeto com pacientes que eram agendados previamente para consultas.

Atingimos um número menor com 10 pessoas ao final da aplicação do questionário com os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa mostra que, 50% dos entrevistados desistem do tratamento devido ao custo de manutenção que se torna muito alto. Ou seja, o SUS fornece o aparelho, mas sua manutenção (Baterias, pilhas) tem um elevado preço para o perfil de usuários atendidos.

Os resultados obtidos foram apresentados para a equipe de saúde, de modo que possibilitou uma reflexão sobre os motivos que levam não uso do aparelho (abandono do tratamento), mas não houve um novo planejamento de novas sugestões para esse usuário. Concomitante, iniciou-se um processo de reflexão acerca dos critérios de acesso as próteses auditivas pelo HUB, oportunizando a reflexão sobre as possíveis estratégias para o alcance de ações mais efetivas no pós-protetização, ou seja, avaliar o ganho efetivo das próteses auditivas após 06 meses de uso como rotina. Além da aplicação do questionário de satisfação a todos os usuários protetizados pelo programa de saúde auditiva do HUB.

Contudo, pode-se perceber por meio do estudo que o não uso dos aparelhos (abandono do tratamento) de amplificação sonora individual (AASI) pelos usuários depende não somente da indicação e avaliação clínica, ou seja, médica, mas, verifica-se a importância de um melhor diálogo entre a equipe multiprofissional. Os profissionais da área técnica quando atendem os usuários com indicação para o uso de aparelhos auditivos já sabem que o paciente deseja receber o aparelho e está motivado para isso, mas, é preciso entender e que sejam também avaliadas as condições socioeconômicas, culturais, de transporte, moradia, educação, entre outros determinantes sociais para finalmente encaminhá-lo para a protetização. O usuário deve estar ciente e muito bem orientado também sobre a seguinte situação: que apesar de ganhar as próteses pelo SUS terá que arcar com os custos de manutenção dos aparelhos. As entrevistas nos mostraram em 50% das repostas que justamente pelo custo de manutenção que se torna muito alto para o perfil de usuários atendidos pelo HUB que muitos abandonam o uso das próteses. Sendo assim, é necessária a articulação e mediação do serviço social tanto dentro do próprio setor e hospital (rede intramuros) quanto à articulação com as redes de apoio extramuros (família, escola, CRAS, igreja, etc.). Sem essa parceria o trabalho fica inviável.

Ao mesmo tempo em que a legislação garante o direito universal à saúde, disponibiliza-o pela metade. E daí, surge a importância do assistente social na ampliação e garantia de acesso ao direito independente do perfil do usuário. Durante a prática de estágio percebi que mais que simplesmente encaminhar ou fornecer dados a cerca de um benefício, que é direito de um usuário, a intervenção do assistente social no hospital envolve habilidade no que se refere ao relacionamento com os demais profissionais de saúde, a equipe

multiprofissional, e um bom relacionamento com a equipe é fundamental para garantir a qualidade e a efetividade dos atendimentos realizados.

5. Considerações Finais

Dúvidas surgiram no decorrer da minha experiência de estágio ao perceber quais as atribuições que a Assistente Social desempenha no programa de saúde auditiva, se essas atribuições se desenvolvem em cima de papéis administrativos, ou com o papel de orientador de direitos dos usuários que são atendidos no setor de saúde auditiva.

Percebia-se, durante conversas com profissionais da equipe, o desinteresse com relação ao uso de próteses auditivas que usuários recebiam do SUS, e a indiferença da equipe quanto ao uso dos aparelhos auditivos pelos usuários e a mínima importância que esses davam ao uso sistemático do ASSI.

Preocupado com a audição dos usuários e sabendo o quanto é fundamental o uso desses aparelhos auditivos para interação social que os indivíduos possuem, surgiu o interesse em pesquisar se o Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília tem lidado bem com as demandas que lhe são atribuídas.

Inicialmente realizou-se um levantamento a fim de descobrir o que realmente levava os usuários a não utilizarem os aparelhos e após o que os profissionais da área estavam desenvolvendo para prevenir os problemas.

Sabe-se que a melhor maneira de evitar a perda auditiva é a prevenção e a promoção de saúde, com políticas de saúde que tragam o incentivo para exames de diagnósticos precoces de possíveis perdas auditivas, como a realização do teste da orelhinha, quando o usuário ainda é criança; não expor o sistema auditivo a ruídos intensos, como fones de ouvidos diariamente e outros fatores que comprometem a audição, no caso de adolescentes e adultos; o uso de tampões auriculares para quem trabalha em ambientes ruidosos. E a procura por médicos especialistas, como otorrinolaringologistas, para que se faça uma avaliação do seu sistema auditivo e determine o procedimento mais adequado.

Depois de instalado o processo de perda auditiva deve-se contar com a adesão do usuário para melhor manutenção do tratamento proposto e também para a melhor adequação deste usuário no meio social na qual está inserido, pois, sabemos que a comunicação é o principal veículo pelo qual compartilha suas experiências, pensamentos e ideias com seus semelhantes. Para tanto, a integridade da audição, é considerada um dos sentidos de maior importância no ser humano. Portanto, torna-se imprescindível políticas públicas que contribuam na garantia do direito a assistência aos usuários com deficiência auditiva e demais estratégias que visem melhorar a audição e as formas de sociabilidade desses usuários no âmbito familiar, escolar, social, religioso, etc.

E sabendo que na sociedade capitalista vigente o conceito negativo de deficiência ainda é acentuado, pois, nessa ordem social é exigida alta produtividade, rotatividade de mão de obra e mercado competitivo. Esse fato acaba se estendendo para a sociabilidade em que o sujeito se insere, por pressões sociais que são presentes.

Diante desse quadro, faz-se necessário a intervenção do Estado junto aos profissionais que lidam com a saúde auditiva programas que visem a melhor adequação do usuário a política e usa melhor interação com meio social, e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM n.º 2.073/04, de 28 de setembro de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que prevê em seus dois primeiros artigos a Instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federativas e que estabelece que seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde. E também prevê a produção de informações nos sistemas de informação existentes que possam oferecer ao gestor subsídio para planejamento, regulação e controle dessa política.

A atuação profissional do assistente social na área da saúde, comprometido com a perspectiva do projeto ético político profissional, incorpora a garantia do direito à saúde, de forma integral e universal como princípios fundamentais no âmbito da ação profissional.

Para tanto, à realização das ações voltadas para a investigação, o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários para garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para melhoria da qualidade dos serviços prestados. As ações do serviço social que tem caráter socioeducativas, que consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário. Que busca a lógica do atendimento no usuário como sujeito, ou seja, a partir de seus problemas, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria “forma de encaminhar”, com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como alterar em longo prazo essa produção de sofrimento/carência no âmbito das relações sociais, por vezes essas demandas passam por caráter sócio assistências que corresponde ao conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da ação direta com os usuários nos diferentes níveis de sistematização, sempre procurando facilitar o acesso aos serviços. A intervenção profissional muitas vezes busca alternativas para as expressões da questão social que podem impactar no seu atendimento, portanto, referem-se às condições reais de vida dos usuários como desemprego, ausência de local de moradia, violência e acidentes de trabalho.

Conclui-se o trabalho apontando a necessidade da continuidade da análise do exercício profissional do assistente social do Programa de Saúde Auditiva do HUB. Há que considerar a necessidade permanente de processos de avaliação e sistematização da prática profissional, para fins de aprofundamento e aprimoramento

da caracterização das ações profissionais, e suas particularidades do âmbito da saúde com as implicações no âmbito da socialização, respeito a singularidades presentes, e entendimento do meio social e suas interferências nas necessidades sociais de saúde, para que sejam definidas as necessidades dos usuários, garantindo a adesão ao tratamento. Sendo importante escuta ativa, encaminhar e prestar orientação social aos usuários quer seja individualmente/familiar. O Assistente Social como membro da equipe de saúde auditiva realiza geralmente o primeiro contato com o paciente ou seu familiar no hospital. Nesse atendimento são esclarecidas as rotinas do serviço, colhidas as informações necessárias que possam auxiliar na protetização e realizados possíveis encaminhamentos dentro e fora do programa, e a identificação e a contribuição do serviço social nas ações do programa de saúde auditiva, é o primeiro atendimento ao paciente/familiar que se dá por meio de uma entrevista inicial, mediante o preenchimento de uma avaliação social e em seguida se discute o planejamento do atendimento entre a equipe de profissionais observando-se os critérios de indicação de AASI, preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). O serviço é responsável pelo acompanhamento periódico desde pacientes monitorando a perda auditiva e a efetividade do uso do AASI. Adultos devem ser avaliados no mínimo uma vez por ano, crianças de até 03 anos avaliadas até quatro vezes por ano e crianças maiores de 03 anos até 02 vezes por ano.

A maior atenção e uma intervenção voltada para a equipe interdisciplinaridade que tem suas ações compreendidas como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.6-7) e não só multiprofissional, e que na busca de melhorias na condição do usuário ao programa de saúde auditiva.

Construindo assim um esforço da teoria do conhecimento em criar intercomunicação entre os aspectos biológicos e sociais do processo saúde-doença envolvendo, portanto, desde suas manifestações individuais, até processos sociais mais amplos que implicam a definição de políticas públicas, a organização de serviços de saúde nos seus diversos níveis de complexidade determinantes políticos, socioeconômicos, ambientais e institucionais, no âmbito da relação Estado e Sociedade. As políticas de saúde no contexto da Seguridade Social: com a interação com a Previdência e Assistência Social, trazendo a contribuição do Serviço Social na produção e no redimensionamento do conhecimento teórico-prático das políticas de saúde e a formação de profissionais de saúde para dar respostas às crescentes demandas sanitárias do país.

6. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Federal 8.080/1990. Brasília: Ministério da Saúde 1990.
- BRASIL. Lei Federal 8.142/1990. Brasília: Ministério da Saúde 1990.
- BRASIL, Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - PROJETO BÁSICO 06/12/2012. Material Impresso.
- BEHRING, e BOSCHETTI; Política Social: fundamentos e história. 9º edição, Paulo: Cortez, 2006.2006, p.28 e 79.
- CARDOSO, Maria de Fátima Matos. Reflexões sobre Instrumentais em Serviço Social: observações sensíveis, entrevista, relatório, visita e teorias de base no processo de intervenção social. São Paulo: LCTE Editora, 2008.
- CASTRO, Manuel Manrique. História do Serviço Social na América Latina. Rio de Janeiro. Editora Cortez. 2000, 10ª Edição.
- CANO, Wilson. Da crise ao caos urbano. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. Unicamp-Instit. Economia. Campinas, 1998 (A), 4 ed. Desequilíbrios Regionais e Concentração Industrial em São Paulo. Unicamp-Instit. Economia. Campinas, 1998 (B), 2 ed.
- Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 05. Brasília: CFESS/ABESS/CEAD-UNB, 1999.
- CFESS, Parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde, 2009. (Disponível Online).
- CFESS Manifesta Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014).

- CINTRA, Taciani Pelizaro. III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA. Material digital visto em 13/07/2014 no [Www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/101.pdf](http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/101.pdf).
- COHN, Amélia et al. (Org.). Saúde como direito e como serviço. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 1986.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.
- COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.651-663.
- DINIZ, D. O que é deficiência. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2007. Artigo.
- FALEIROS, V.F. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, In: Capacitação em Serviço Social, Mod. IV. CFESS. ABEPSS – CEAD – UNB, 1999.
- FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, rio de Janeiro, v.2, n.15, p.345-353, abr./jun. 1999.
- FRIENDLANDER, W. A. Dinámica del trabajo social. México: Editorial Pax, 1969.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- GONÇALVES, C. L; PIMENTA, S.G. Revendo o ensino de 2º grau, propondo a formação do professor. São Paulo: Cortez, 1990.
- HAYEK, Frederich e FRIEDMAN, Milton; As origens do neoliberalismo (1980).
- IBGE. Relatório do Censo Demográfico de 2000. Disponível em: <[HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>
- IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na Contemporaneidade. São Paulo: Cortez, 2000.

- IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul, Serviço Social e o Exercício Profissional - Formação Profissional na Consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social 2003, p. 77.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço Social na cena contemporânea. In. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.
- Informações coletadas no site oficial do HUB. Disponível em: <http://www.hub.unb.br>, Acessado em: 13 de outubro de 2102.
- MASSON; FRANÇOZO, 2008, p. 325 apud BOSCOLO; SANTOS, 2005, p. 70 BOSCOLO, C.C; SANTOS, T.M.M. A deficiência auditiva e a Família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. Revista Distúrbios da Comunicação, v.17, n.1, p. 69-75, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Série E. Legislação em Saúde. 1.ª edição 1.ª reimpressão Brasília – DF2008.
- MIOTO, Regina C. Tamasso e NOGUEIRA, Vera Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. In Ser Social, UNB, V. 11, n.25, Brasília, 2009. (Disponível online).
- NETTO, J.P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 4. Ed., São Paulo: Cortez, 2005.
- NOGUEIRA & MIOTO. Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais, 2006.
- Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar) GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE. BRASÍLIA, MARÇO DE 2009.
- PEREIRA, P.A.P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- PLANO OPERATIVO ANUAL Hospital Universitário de Brasília – HUB, disponível em; <http://www.hub.unb.br/appendice1>. Pd, acessado em 28 de out. 2102.
- PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e “(des) proteção social”: uma inversão do estado Brasileiro. Serviço Social e Sociedade, n. 68. São Paulo: Cortez, 2001.

- Portaria GM/MS nº 626, de 23 de março de 2006. Defini os Serviços de Atenção a Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios.

- RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

- Relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social: Hospital Universitário de Brasília, Trabalho elaborado por Vitor Ferreira Gomes – Matrícula: 10/0053653, sob a supervisão acadêmica da Prof.^a Carolina Cassia Batista Santos e a supervisão de campo da Assistente Social Letícia Maria Ferreira.

- REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO LEI Nº 8.662, DE Sete DE JUNHO DE 1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

- RIBEIRO, F. G.; MITRE, E. I. Avaliação do conhecimento sobre triagem auditiva neonatal de pacientes no pós-parto imediato. Revista CEFAC: São Paulo, v.6, n.3, 294-9, 2004.

- SILVEIRA, J. A. M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. 1992. 107 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.

- SKLIAR, Carlos. A surdez: Um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Dimensão, 1998.

- SPOSATI, Aldáza de Oliveira. A Assistência Social no Brasil 1983-1990 Carta Tema- 2^a. Edição 1989.

- TUCKER, S. M. Triagem e tratamento da surdez na prática clínica. Anais Nestlé. São Paulo, v.50, p. 18 - 24 1995.

- VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In. MOTA, Ana Elisabete (ET AL) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006. (Disponível online).

- [Www.ibase.br/pt/wp.../oc-relatório-observatório-da-cidadania-2007](http://www.ibase.br/pt/wp.../oc-relatório-observatório-da-cidadania-2007). PDF.