



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER

Reflexões sobre comunicação, a partir dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, junto
aos usuários do Hospital de Base no Distrito Federal.

Leticia Tobias Mariense

BRASÍLIA - DF
2025

Leticia Tobias Mariense

Reflexões sobre comunicação, a partir dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, junto aos usuários do Hospital de Base no Distrito Federal.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do
Departamento de Serviço Social da Universidade de
Brasília como requisito avaliativo de conclusão da
disciplina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kênia Augusta Figueiredo

BRASÍLIA - DF
2025

CIP - Catalogação na Publicação

Tr Tobias Mariense, Leticia.
Reflexões sobre comunicação, a partir dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, junto aos usuários do Hospital de Base no Distrito Federal. / Leticia Tobias Mariense;
Orientador: Kênia Augusta Figueiredo. -- Brasília, 2025.
50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Serviço Social) -- aqui Universidade de Brasília, 2025.

1. Serviço Social. 2. Hospital de Base. 3. Comunicação. 4. Sistema Único de Saúde. I. Augusta Figueiredo, Kênia, orient. II. Título.

Leticia Tobias Mariense

Título do trabalho: Reflexões sobre comunicação, a partir dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, junto aos usuários do Hospital de Base no Distrito Federal.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Data da aprovação: 17/02/2025

Profa. Dra. Kênia Augusta Figueiredo — Orientadora
Departamento de Serviço Social (UnB)

Prof. Dr. Lúcio Willian Mota Siqueira
Membro interno - UnB
Departamento de Serviço Social/ SER/UnB

Profa. Dra. Simone Rocha da Rocha Pires Monteiro
Membro interno - UnB
Departamento de Serviço Social/ SER/UnB

*“A vida nem sempre é como sonhamos, mas nem sempre sonhamos o que queremos
viver.”*

- Allan Kardec

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais, Silvete e Fernando, que sempre me apoiaram em minhas decisões e sempre me incentivaram a finalizar a graduação apesar de todos os desânimos. Ao meu irmão que sempre esteve comigo na UnB e me auxiliou em tudo o que podia.

A minha amiga de faculdade Nathália, sem ela não saberia se teria finalizado a minha graduação sozinha, muito obrigado por ter ficado comigo em todos os momentos difíceis que passamos desde o primeiro semestre, por todos os momentos dentro do nosso estágio no Hospital de Base, por todos os momentos de desabafos e risadas no meio das dificuldades.

Obrigado a minha orientadora Kênia, que desde o início me apoio com a decisão do tema do TCC, por me auxiliar a trazer de forma mais objetiva e entender a minha realidade durante esses semestres.

Agradeço também a todos os profissionais do Hospital de Base do DF com quem tive a oportunidade de trabalhar, com eles puder aprender diversas coisas e sempre me explicaram sobre tudo bem claramente.

E claro agradecer também aos meus amigos, que sempre me incentivaram a aproveitar todos os momentos possíveis dentro da graduação, a sempre ver com alegria todo os processos mesmo com todos os estresses e sempre estiveram lá nos meus momentos de desabafos me trazendo leveza e alegria.

Muito obrigado a todos.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso analisa os instrumentos de trabalho do Serviço Social na comunicação com os usuários do Hospital de Base no Distrito Federal. A pesquisa destaca a importância da comunicação para garantir o acesso a direitos e melhorar a relação entre profissionais e pacientes. Também são abordados desafios como a falta de reconhecimento da profissão, dificuldades interprofissionais e limitações estruturais. Conclui-se que investir na comunicação e fortalecer as equipes de Serviço Social pode melhorar o atendimento e reduzir desigualdades no acesso à saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Comunicação; Hospital de Base do DF; Sistema Único de Saúde-SUS.

ABSTRACT

This thesis analyzes the tools used by Social Work professionals in communicating with users at the Base Hospital in the Federal District. The research emphasizes the importance of communication in ensuring access to rights and improving the relationship between professionals and patients. It also addresses challenges such as the lack of recognition of the profession, interprofessional difficulties, and structural limitations. The study concludes that investing in communication and strengthening Social Work teams can improve service delivery and reduce inequalities in access to healthcare.

Keywords: Social Work; Communication; Hospital de Base do DF; SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Trípe da Seguridade Social	19
Figura 2- Política Social brasileira.....	20
Figura 3- Organograma da Estrutura do SUS	21
Figura 4 - Fluxograma dos atendimentos do SUS	23
Figura 5 - Estrutura organizacional do HBDF.....	26
Figura 6 - Estrutura das Gerências do HBDF	27
Figura 7 - Estrutura Hierarquia da Gestão do HB.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Primeiras escolas do Serviço Social no Brasil.....	32
Quadro 2 - Tendências no Movimento de Reconceituação do Serviço Social	33

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DF – Distrito Federal
ESF – Estratégia Saúde da Família
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
GDF – Governo do Distrito Federal
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IGESDF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MS – Ministério da Saúde
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SES-DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SESO – Serviço Social
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1 – O SUS, Capitalismo e Neoliberalismo no Brasil	14
1.1 – O Sistema Único de Saúde - SUS	20
1.2 – O HOSPITAL DE BASE (HB).....	24
CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL	31
2.1 – O SERVIÇO SOCIAL DENTRO DO HB.....	40
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

A comunicação no contexto hospitalar desempenha um papel fundamental para que se ocorra a garantia do direito à informação, no acesso aos serviços de saúde e até mesmo para que se tenha um atendimento mais humanizado. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa comunicação é fundamentada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, assegurando que todos os usuários compreendam seus direitos independente de sua classe social, raça ou cultura.

A motivação para este estudo surgiu a partir do estágio curricular realizado no ano de 2023 nos setores de internação do HBDF, mais especificamente na internação de cardiologia e nefrologia, bem como no ambulatório de fibrose cística. Durante esse período, foi possível observar a importância da comunicação no cotidiano do Serviço Social e os desafios enfrentados na atuação profissional dentro de uma instituição público-privada. A interação com os pacientes e demais profissionais de saúde evidenciou que a comunicação não apenas influencia a eficiência dos atendimentos, mas também impacta diretamente na garantia de direitos dos usuários.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na política de saúde pública no Brasil, consolidando a universalidade e a equidade no atendimento. No entanto, a realidade dos hospitais públicos ainda apresenta desafios, como a escassez de recursos e a necessidade de integração entre os diferentes profissionais de saúde. Nesse contexto, o Serviço Social desempenha um papel fundamental ao garantir que os usuários compreendam seus direitos e tenham acesso a políticas públicas adequadas.

A pesquisa investiga como os instrumentos de comunicação utilizados pelos assistentes sociais podem facilitar esse processo e quais são as principais dificuldades encontradas no dia a dia da profissão. Entre os desafios identificados, destaca-se a falta de reconhecimento da importância do Serviço Social dentro das equipes multidisciplinares, além da escassez de profissionais e da sobrecarga de trabalho. A comunicação interprofissional também se mostra um ponto crítico, pois a falta de diálogo entre setores pode comprometer a continuidade do atendimento.

Além disso, o estudo busca compreender como a comunicação pode ser um instrumento de empoderamento para os usuários do SUS. Inspirando-se nas ideias de Paulo Freire, a pesquisa destaca a importância do diálogo e da escuta ativa na relação entre os assistentes sociais e os pacientes. A comunicação não deve ser um processo unilateral, mas sim uma

construção conjunta que visa fortalecer a autonomia dos indivíduos e garantir que suas necessidades sejam atendidas de forma integral.

Metodologicamente, o estudo adota uma abordagem qualitativa, baseada em pesquisa bibliográfica e documental. São analisadas legislações, normativas do SUS, publicações acadêmicas e documentos institucionais relacionados ao Serviço Social e à comunicação pública no contexto hospitalar. A pesquisa busca mostrar como a comunicação é uma peça fundamental para a interação entre os profissionais e os usuários, evidenciando a relevância do trabalho do assistente social na mediação entre os direitos e os seus usuários.

Para a realização desse trabalho se foi utilizado alguns processos de busca bibliográfica e documentas, utilizando de fontes como Legislação do SUS, publicações acadêmicas, documentos institucionais do hospital e também se foi utilizado a observação de campo realizada durante o estágio no Hospital de Base do DF no ano de 2023.

O conteúdo foi analisado em dois principais capítulos, sendo eles o capítulo 01 – SUS, capitalismo e neoliberalismo no Brasil, onde aborda sobre a criação do SUS no país, assim como a forma como o neoliberalismo e o capitalismo alteraram a forma que a saúde era oferecida para a sociedade brasileira. Já no segundo e último capítulo, se fala sobre o Serviço Social e a sua atuação no Hospital de Base, abordando sobre a criação e a evolução da profissão no país, a forma que se atua, os principais instrumentos e logo em seguida se aborda questões sobre a comunicação como um instrumento do Serviço Social, os desafios vividos pela profissão na comunicação interprofissional e o impacto da comunicação na garantia de direitos.

Dessa forma, este trabalho pretende contribuir para o debate sobre a atuação do Serviço Social na saúde pública, ressaltando a relevância da comunicação como ferramenta essencial na promoção da cidadania e dos direitos sociais.

CAPÍTULO 1 – O SUS, Capitalismo e Neoliberalismo no Brasil

O sistema de saúde pública no Brasil está inserido dentro das dinâmicas econômicas e políticas do capitalismo e de suas variações ao longo da história. Desde a implantação do SUS com a Constituição de 1988, observa-se um embate constante entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade e as lógicas neoliberais que buscam mercantilizar e privatizar os serviços públicos.

No Brasil, o desenvolvimento da saúde pública esteve diretamente ligado às transformações econômicas. Durante o período colonial e imperial, a saúde era um privilégio das elites, enquanto a população pobre dependia da caridade. Com a industrialização do século XX, surge um modelo de saúde vinculado ao trabalho formal.

Antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Criado em 1977, o Inamps era ligado ao Ministérios da Previdência e Assistência Social, fornecendo atendimento para a população formado por aqueles que possuíam empregos formais e contribuíam com a previdência social, aqueles que “possuíam carteira assinada”.

O professor Wanderley Guilherme desenvolveu em 1987 um conceito chamado de “Cidadania Regulada”, onde se refere à uma limitação de direitos sociais a determinadas categorias profissionais. Podemos entender então que o reconhecimento de uma cidadania dependia de um reconhecimento formal por parte do Estado, então todos aqueles que não exerciam profissões onde não eram reconhecidas por lei, como trabalhadores rurais ou domésticos, estes passavam a ser pré-cidadãos, gerando diversas barreiras para que estes pudessem se tornar pessoas “ativas” da sociedade, aumentando as desigualdades sociais entre regiões e sociedade.

Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei (Moreira, Santos, 2020, p. 7).

O Inamps surgiu devido pressões das grandes empresas, que não queriam que os funcionários perdessem dias de trabalho devido motivo de doença. Esse sistema era mantido pelo governo, empregador e pela população, contudo as pessoas que não se “encaixavam” nos requisitos, então aqueles que se encontravam em empregos informais ou até mesmo

desempregados não possuíam acesso a estes serviços de saúde, foram obrigados a recorrer ao sistema privado ou a alguns serviços municipais, estaduais ou instituições assistenciais como Santas Casas de Misericórdia ou Hospitais Universitários, contudo a quantidade dessas instituições era muito pequena para a quantidade de demanda da população.

No final dos anos 80, o Inamps entrou em declínio devido a uma pressão de movimentos da sociedade por uma reforma sanitária, onde proclamavam por um sistema de saúde para todos, assim como uma alta corrupção, escândalos de fraudes e a baixa arrecadação, fazendo com que o instituto não conseguisse cobrir os seus gastos.

A reforma sanitária da década de 1980 e a criação do SUS mudaram esse cenário, garantindo saúde como direito de todos e dever do Estado, estas sendo expressas na Constituição Federal de 1988 e na Lei (8080/90). No entanto, as reformas neoliberais dos anos 1990 ameaçaram esse avanço, promovendo cortes no financiamento do SUS e incentivando parcerias com o setor privado.

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado *receituário do Consenso de Washington*, expressão que emergiu a partir do 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, 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. Fonte: FIOCRUZ¹

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 e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.

No Brasil, o neoliberalismo foi muito associado a um discurso onde se possuía uma necessidade de modernização do país, este pensamento se iniciou com o governo de Fernando Collor em 1989, que se aprofundou ainda mais nas décadas de 90 e no início dos anos 2000 com os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que implementou a “lógica gerencial” através da Reforma Administrativa do Estado pensada por seu ministro Besser-Pereira.

¹ <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>

Com o grande avanço do Neoliberalismo a partir dos anos 90 no Brasil, ocorreram cada vez mais corte orçamentários, como a Emenda Constitucional 95/2016, mais popularmente conhecida como “Teto de Gastos”, onde ocorreu uma limitação nos investimentos em saúde e educação, impactando a qualidade do SUS. Não apenas a qualidade do serviço foi afetada, mas se viu um grande aumento das Organizações Sociais (OSs) e das Parcerias Público-Privadas – PPPs nas gestões hospitalares, assim como uma grande substituição de servidores públicos por contratos temporários e fragilizou as condições de trabalho, comprometendo ainda mais a qualidade do serviço e na continuidade dos atendimentos.

No início dos anos 90 e do neoliberalismo teve um grande destaque nas reformas econômicas e na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais, em seguida se aprofundaram nestes aspectos e foram modificando a estrutura do Estado por meio de reformas, denominado de Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). Neste documento foram definidas algumas diretrizes da reforma e sobre a nova configuração que o Estado Brasileiro deveria assumir a partir dali.

Quanto mais a sociedade se revelava capaz de produzir cada vez mais bens e serviços, mais aumentava o número de seus membros que, não tinham acesso efetivo a tais bens e serviços e viam-se despossuídos das condições materiais de vida. Segundo Marx, apud Netto (1996), o desenvolvimento capitalista, produz, compulsoriamente, a questão social: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital. As políticas não têm como objetivo extinguir todas as expressões da questão social, o seu limite esbarra na própria reprodução do capital, não podendo, assim, afetar a acumulação burguesa e pôr em risco a sua supremacia.² (Fechine; Rocha; Cunha, 2014)

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não-governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo. Podemos entender as políticas sociais como recursos sócio históricos, onde as

² https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/11/Socializando_20142_4.pdf

bases se reportam no surgimento das expressões da questão social³, levando a uma necessidade de um controle do potencial ameaçador da economia política do trabalho à continuidade da sociedade capitalista.

As políticas sociais assumem diferentes características de condição de exploração no decorrer da história e dentro do sistema capitalista, o *Welfare State* ou o Estado de Bem Estar Social foram o que melhor atendeu a estas necessidades sociais. Em uma sociedade capitalista, estas políticas não apenas mantêm o trabalho ativo no processo de produção, mas garantem auxílio à mão de obra impossibilitada de desempenhar suas funções. Importante compreender que as transformações ocorridas no contexto mundial ocorrem devido as crises do capital a partir dos anos 60, onde o capitalismo caiu em recessão necessitando a sociedade realizar uma reestruturação produtiva. Neste contexto surge o neoliberalismo como uma resposta econômica, política e ideológica contrário ao *Welfare State*, buscando alternativas para minimizar as quedas de lucro, os altos níveis de inflação.

Observando o contexto brasileiro, nota-se uma inserção acentuada do neoliberalismo por consequência do enfraquecimento do estado e de um discurso de que tudo que é público é ineficiente e corrupto, diferente do que acreditavam ser a iniciativa privada. Então pode-se notar neste período um declínio dos direitos sociais, norteado pelas grandes empresas dos países capitalistas.

É preciso universalizar serviços e benefícios, enfrentar as desproteções, a fome, a pobreza e as desigualdades. Esse é o nosso compromisso ético político: enfrentar a desigualdade desse país. É preciso fortalecer as ações coletivas em defesa do SUAS e demais sistemas públicos. Em tempos de aprofundamento da desigualdade e do desfinanciamento público, do evidente aprofundamento do capital como a competição, o individualismo e a fragmentação, e a fragilização do tecido social, de avanço de ideologias conservadoras ultradireitistas, as políticas públicas reproduzem concepções meritocráticas e reforçam a lógica dessa sociedade desigual. Daí a importância de adotar políticas públicas efetivas, por meio da atuação da sociedade civil, com intensificação e unificação das lutas sociais em defesa da democracia e da garantia dos direitos, compreendidos em uma nova cultura, uma nova sociedade (CFESS, 2022).

³ Refere-se ao conjunto das refrações das desigualdades que tem como elemento fundante a produção social e a apropriação privada de seus frutos, por uma mínima parcela abastada da sociedade que se mantém através da exploração da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2000).

Estas medidas começam para “atacar” a classe trabalhadora, que fica então à mercê do meio capitalista, devido aos altos índices de desemprego que foram colocados pelos neoliberais como um “mecanismo natural e necessário” e para os trabalhadores viram a necessidade de aceitar condições de salários estagnados e um recuo nas greves. Para os neoliberais as políticas sociais incitam e impulsionam uma crise de capital.

Diante a promulgação da Constituição Federal de 88, se instala no país uma nova conjuntura na conquista de direitos sociais a partir do que se propões a Carta Magna⁴. Ocorre uma desconfiguração dos direitos sociais diante o neoliberalismo no país, já no âmbito da Seguridade Social este processo se dá devido a cortes direcionais às políticas da seguridade no governo Collor.

É nessa perspectiva mais ampla que se compreendem as investidas do governo Collor visando desfigurar a Seguridade Social; o Plano de Benefícios; o orçamento da Seguridade Social; Custeio e organização da Previdência Social; a Lei Orgânica da Saúde (LOS); o veto integral ao projeto de Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); as contramarchas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE); as novas distorções no financiamento do seguro desemprego; e os desvios na regulamentação do artigo 8º da Constituição Federal (referente aos direitos trabalhistas e à organização sindical) (Fagnani, 2005, p.393).

A partir disso se inaugura no país uma nova formulação de Seguridade Social, composto por Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo popularmente conhecida como o “Tripé da Seguridade Social brasileira”. Behring (2008, p. 36) afirma que a política social “configura-se [...] como um terreno importante da luta de classes: da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos de corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho”.

⁴ A Carta Magna é um documento que estabelece os direitos e deveres dos cidadãos e dos órgãos de poder. É também conhecida como Constituição.

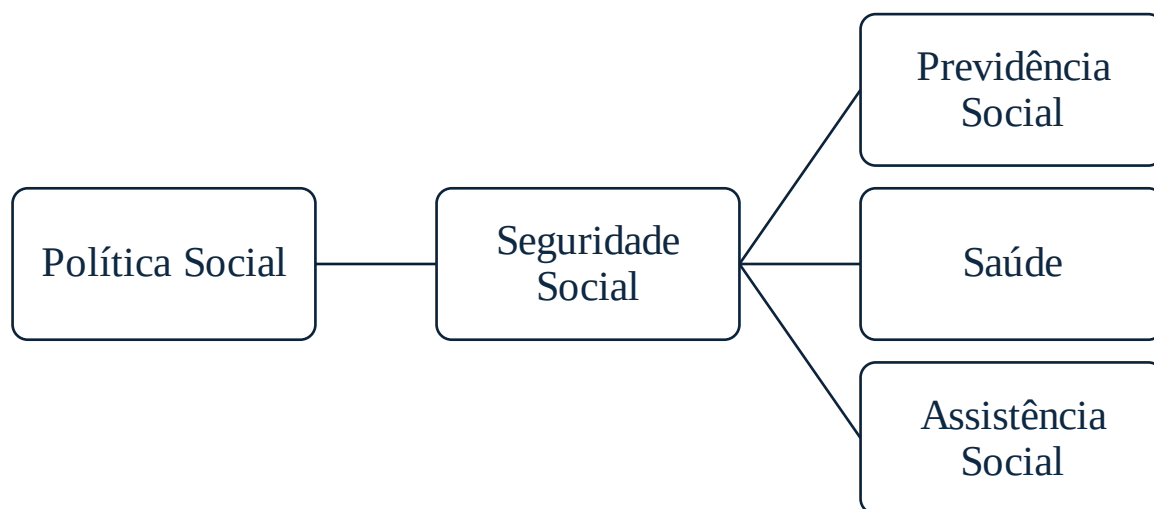


Figura 1 - Tripé da Seguridade Social

Fonte: Autoria Própria

As Políticas Sociais instituídas no Brasil abrangem diferentes áreas e segmentos, sendo focadas em três tipos, a garantia de renda, a garantia de oferta de bens e serviços sociais e a regulação. Podemos citar como exemplos destas políticas sociais a: transferência de renda, saúde, previdência/assistência social, habitação/urbanismo, saneamento básico, trabalho e renda, educação, desenvolvimento rural, bem como políticas sociais focalizadas conforme idade, gênero, etnia, grupos identitários, considerando o contexto brasileiro e internacional.

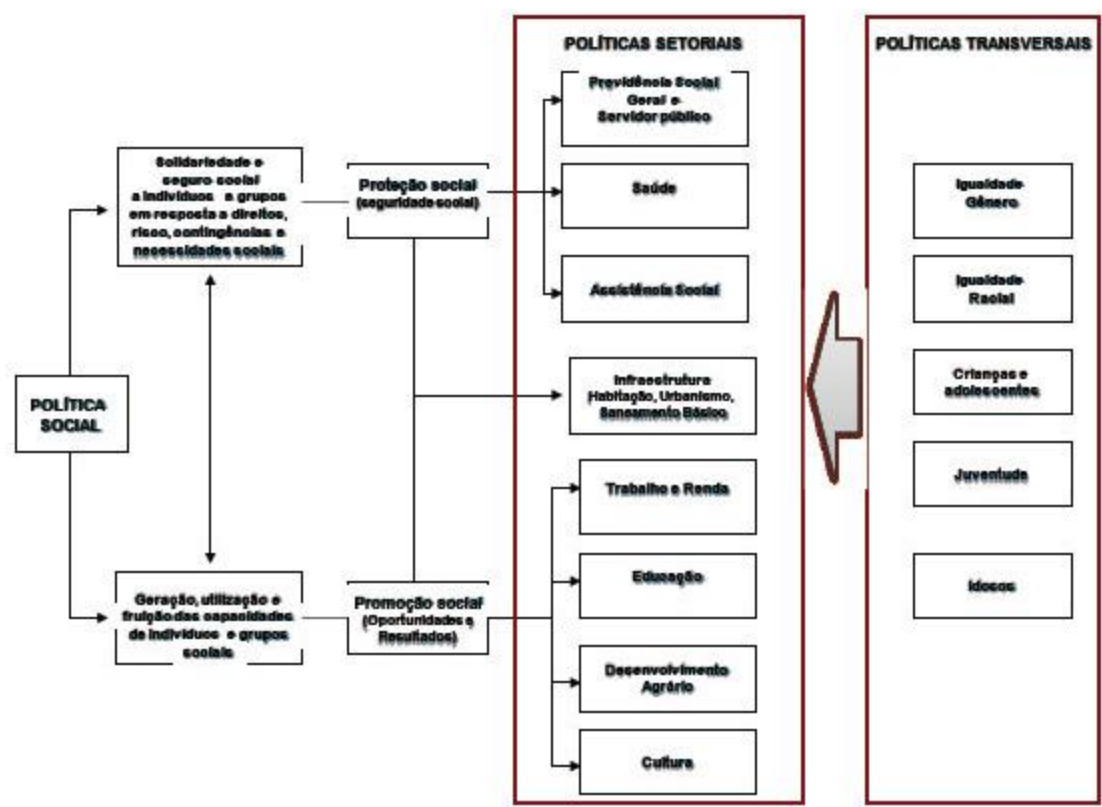


Figura 2- Política Social brasileira

Fonte: SCIELO (Política Social e desenvolvimento no Brasil – Jorge Abrahão de Castro).

Cada país capitalista assume uma forma diferente de organizar seu modelo de seguridade social, uns se baseando no modelo de seguro social e outros na lógica dos direitos sociais. No caso do Brasil, a Seguridade Social passa a assumir um modelo Bismarckiano, este modelo se baseia no seguro privado, no que tange a Previdência Social, mais especificamente em relação a aposentadorias, já o modelo Beveridgiano, este modelo já se baseia na proteção ampla e duradoura, ele influenciou uma das maiores políticas sociais de saúde no país, o Sistema de Saúde Pública - SUS.

1.1 – O Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela lei nº8.8080, surgindo em meio a redemocratização do Brasil e da crise da ditadura empresarial militar, com o objetivo de garantir acesso universal, igualitário e integral à toda a população brasileira. Hoje é considerado referência mundial como o maior e mais complexo sistema de saúde, proporcionando a promoção, proteção e recuperação da saúde,

abrangendo desde o simples atendimento como verificar a pressão arterial até transplante de órgãos.

O SUS é um sistema descentralizado e hierarquizado, dividido em três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Assim, cada esfera possui atribuições específicas e atuam de forma integrada para que possam garantir que os serviços sejam oferecidos da maneira mais eficiente e acessível à população.

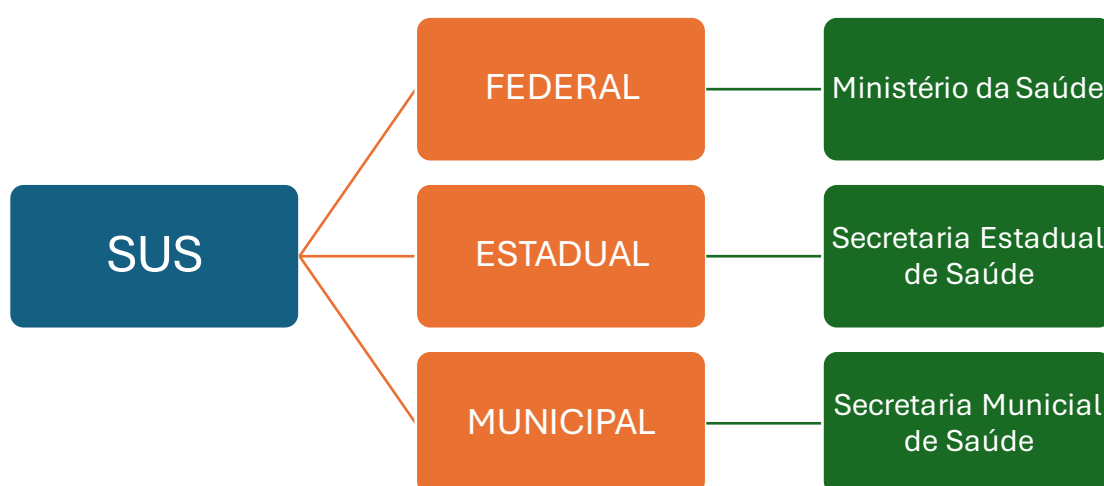


Figura 3- Organograma da Estrutura do SUS

Fonte: Autoria Própria

A esfera federal é composta pelo Ministério da Saúde. Ele é o gestor nacional do SUS. Responsável por formular, estabelecer normas, fiscalizar, monitorar as diretrizes para o sistema de saúde, coordenando programas e ações de saúde de abrangência nacional e destinando os recursos financeiros aos estados e municípios, todas essas atividades ocorrem em articulação com o Conselho Nacional de Saúde - CNS. O conselho é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde. As atribuições atuais do CNS estão regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990.

O ministério também atua dentro do âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde se reúnem os representantes dos três níveis de governo do SUS, para negociar, articular e decidir questões relacionadas à saúde no Brasil, decidindo então sobre o Plano Nacional de

Saúde. Integrado à sua estrutura estão vinculadas as seguintes instituições com atribuições específicas: a Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz, Funasa – Fundação Nacional de Saúde, Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia, Inca – Instituto Nacional de Câncer, Into – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad e oito (08) hospitais federais⁵.

A esfera estadual é composta pela Secretaria Estadual de Saúde. Cada estado possui respectivamente a sua secretária. Assim, ela participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde e até mesmo gesta os hospitais de média e alta complexidade.

A esfera municipal é composta pela Secretaria Municipal de Saúde, sua responsabilidade é a atenção básica à saúde, onde planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde. Está é a primeira linha de atendimento para a saúde, isto, é, o primeiro contato dos usuários, onde é oferecido os serviços de prevenção de doenças e acompanhamento.

O SUS possui diversos atendimentos e são divididos em três tipos, sendo eles organizados de acordo com a sua complexidade, onde são desenvolvidos para atender as demandas da população, sendo eles a atenção primária, secundária e terciária. A estrutura destes atendimentos do SUS se divide em dois blocos: um relativo à atenção básica ou primária

⁵ As instituições vinculadas aos SUS possuem respectivamente algumas atribuições. A Fiocruz é uma instituição de pesquisa e desenvolvimento, focando então no desenvolvimento de produtos e processos para a saúde, fabricação de medicamento, vacinas e outros produtos biológicos, assim como possui uma contribuição para a preservação do meio ambiente e da biodiversidade.

A Funasa financia a universalização de sistemas de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos urbanos, promove a saúde pública e a inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental.

A Anvisa possui como algumas atribuições regular, controlar e fiscalizar produtos e serviços como garantir a qualidade e segurança de alimentos, bebidas, águas, ingredientes, cosméticos, como protetores solares, maquiagem, medicamentos, agrotóxicos e também estabelece normas e padrões de qualidade.

A ANS tem como funções regular, normatizar e controlar o mercado de planos de saúde, garantir os direitos dos usuários, intermediando conflitos entre beneficiários e operadoras, entre outras funções.

A Hemobrás possui uma função de garantir que os pacientes do SUS tenham acesso aos medicamentos e hemoderivados, assim como promove a interação entre setor público, privados e instituições de ciência e tecnologia.

O Inca coordena a política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, prestando serviços médicos-assistenciais e promovendo a formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos. A Into é um órgão da administração direta do Ministério da Saúde, sendo referência no tratamento cirúrgico ortopédico.

- sob responsabilidade dos municípios e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – a cargo da união e estados.

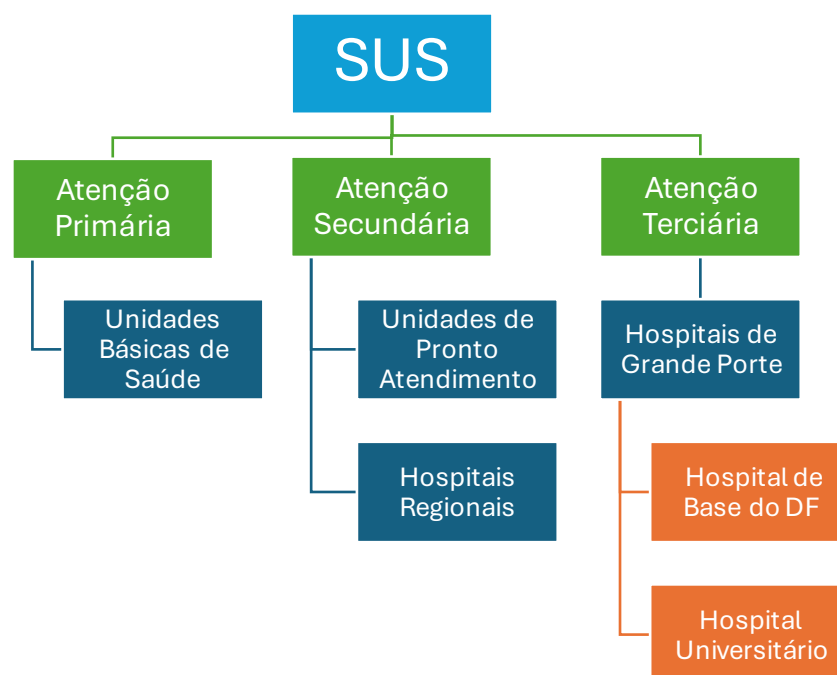


Figura 4 - Fluxograma dos atendimentos do SUS

Fonte: Autoria Própria

A atenção primária em saúde (APS) é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a porta de entrada, o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS. O objetivo é a promoção e a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, assim buscando resolver grande parte das necessidades. Aqui os atendimentos ocorrem em Unidades Básicas de Saúde, mais popularmente conhecidos como postinhos de saúde e possuem a iniciativa de saúde da família (ESF), onde leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio de Unidades de Saúde da Família (USF) como consultas, exames, vacinas, radiografias entre outros.

A atenção secundária possui como foco os serviços de média complexidade, como consultas especializadas, exames de diagnóstico e pequenos procedimentos cirúrgicos. Neste nível de atenção os atendimentos podem ocorrer em Unidades de Pronto Atendimento (Upas), hospitais regionais e centros especializados e, dando continuidade ao atendimento que já foi iniciado na atenção primária, atendendo casos com maior complexidade que exigem exames e tratamento especializados não encontrados em postos de saúde.

Já na atenção terciária se encontra casos de alta complexidade, são feitos tratamentos intensivos, cirurgias de grande porte, tratamentos de doenças raras e cuidados em Unidades de

Terapia Intensiva (UTI). Esses atendimentos são feitos por hospitais de grande porte, como o próprio Hospital de Base, Hospitais Universitários, entre outros.

O SUS possui como principal encargo garantir o acesso universal à saúde. Isto é, garantir que qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, classe social ou condição econômica, possuam o direito a atendimento médico gratuito e de qualidade.

Além da garantia do acesso, outros dos seus princípios é a Universalização, onde a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso a estes serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoas. Possui também o princípio da Equidade, onde o objetivo é diminuir as desigualdades, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.

E possui por último, mas não menos importante o princípio da Integralidade, onde considera as pessoas como um todo, atendendo todas as suas necessidades. É importante que tenha a integração dessas ações, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

1.2 – O HOSPITAL DE BASE (HB)

Durante a construção de Brasília, a transferência da capital do Brasil do Rio de Janeiro para o Planalto Central representou um dos maiores desafios logísticos e administrativos do país. A decisão de mudar a capital, impulsionada pelo então presidente Juscelino Kubitschek, visava promover o desenvolvimento do interior do Brasil e reforçar a soberania nacional sobre o território. No entanto, a transição não ocorreu de maneira imediata, e grande parte do funcionalismo público federal ainda residia no Rio de Janeiro nos primeiros anos após a inauguração de Brasília, deslocando-se gradualmente para a nova sede do governo.

Nesse contexto, a infraestrutura da cidade ainda estava em formação, e os serviços essenciais, como saúde e educação, eram extremamente limitados, e hospitais pouco equipados para atender à demanda crescente. A sua construção tornou-se, portanto, uma prioridade para atender à crescente demanda da população, que incluía não apenas os funcionários públicos em processo de transferência, mas também os milhares de trabalhadores responsáveis pela edificação da nova capital.

Os operários que ergueram Brasília, conhecidos como "candangos", vieram principalmente do Nordeste e de outras regiões do país em busca de trabalho e melhores condições de vida. No entanto, as condições enfrentadas por esses trabalhadores eram extremamente precárias. Muitos viviam em acampamentos improvisados, sem saneamento básico adequado e sem acesso regular a serviços de saúde. Com jornadas exaustivas e expostos a diversos riscos no trabalho, os candangos frequentemente necessitavam de atendimento médico, reforçando a importância de um hospital de grande porte na nova capital.

O HBDF foi inaugurado em 1965. Seu nome reflete a função de referência para a saúde pública no Distrito Federal e sua principal função é a de hospital geral, oferecendo atendimentos de urgência e emergência, além de outros serviços. Ele também foi pensado como um hospital universitário, com a finalidade de colaborar para a formação de profissionais da área de saúde.

Ao longo das décadas o hospital passou por outros processos de expansão e modernização, construindo novos prédios e unidades, para que assim, a capacidade de atendimento fosse aumentada, além de ampliar a gama de serviços que eram oferecidos.

Durante as décadas de 1970 e 1980, o hospital passou por diversas ampliações para atender à população que estava em crescimento e à busca por demandas médicas de maior complexidade. Com o seu crescimento o hospital passou a assumir um papel de referência nestes atendimentos de média e alta complexidade para toda a região do Distrito Federal, chegando até mesmo a ultrapassar as barreiras regionais, passando a ser referência para outras áreas do país, principalmente no setor cardiológico e no setor da fibrose cística.

O HBDF ocupa uma área extensa, localizado no Setor Hospitalar Sul, no centro de Brasília. A sua estrutura física foi projetada para atender uma ampla gama de serviços. O hospital conta com blocos e edifícios que abrigam diferentes setores de atendimento, como emergência, internação, UTIs, centro cirúrgico e serviços especializados. O hospital conta com 688 leitos distribuídos entre os diversos serviços. Podemos destacar destes serviços, a Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), que possuem somente nela, três (03) unidades específicas para adultos, pediatria e neonatologia.

Possui também um centro cirúrgico moderno e equipado, com salas que atendem as diferentes especialidades, sendo um dos pontos de referência do hospital. Já no ambulatório possui diversas especialidades desde acupuntura à urologia, possuindo seus horários e salas para consultas e exames.

O hospital conta também com uma unidade de emergência que recebe uma grande quantidade de pacientes diariamente, especialmente em situações de alta gravidade e conta com um centro de diagnóstico que possui uma série de laboratórios especializados para análises clínicas, patologia clínica, exames de imagem como radiografia, tomografia e ressonância magnética além de outros exames complementares para auxiliar os profissionais.

Já em sua estrutura organizacional, o HBDF é composto por uma complexa rede de setores e serviços que são coordenados para garantir um bom funcionamento e qualidade, sendo dividido em algumas diretorias e gerências. A diretoria geral é a instância máxima de comando, possuindo a responsabilidade de coordenar toda a instituição, realizando a gestão administrativa, financeira e estratégia. Esta diretoria deve se reportar à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), já que o HBDF integra a rede pública estadual de saúde.

Consta também a gerência médica possuindo também as suas respectivas responsabilidades de coordenar as atividades médicas e clínicas, fazendo a gestão das equipes e supervisionando as práticas e protocolos de atendimento e a gerência de enfermagem responsável pelos processos relacionados ao atendimento e cuidado dos pacientes, coordenando as atividades da equipe de enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, implementando todos os protocolos de segurança do paciente.

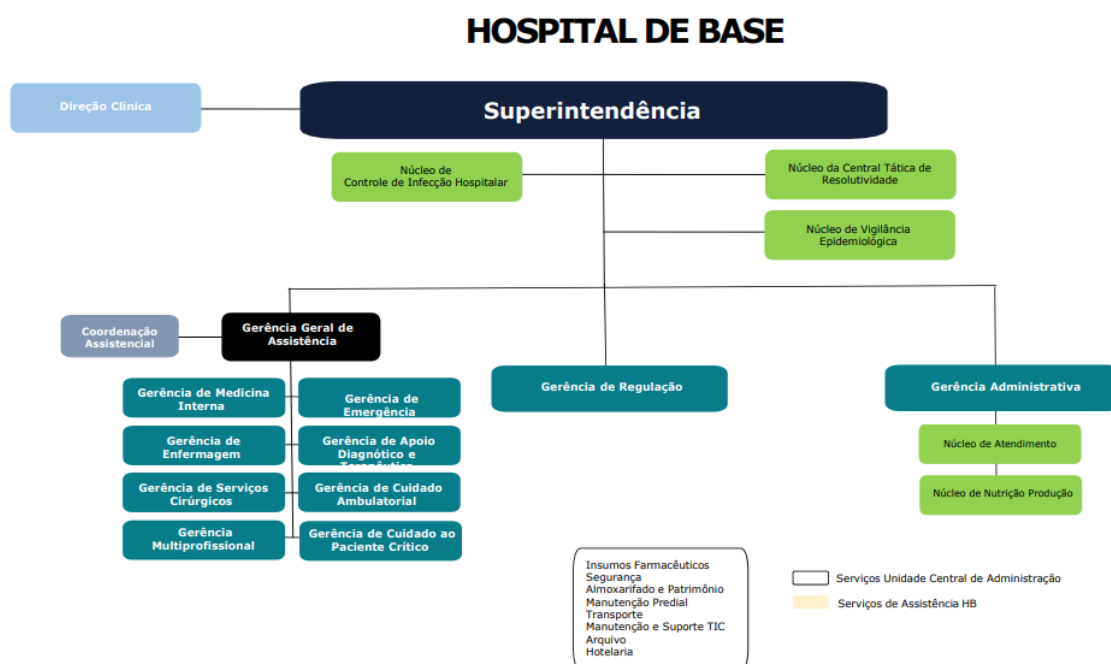


Figura 5 - Estrutura organizacional do HBDF

Fonte: Igesdf

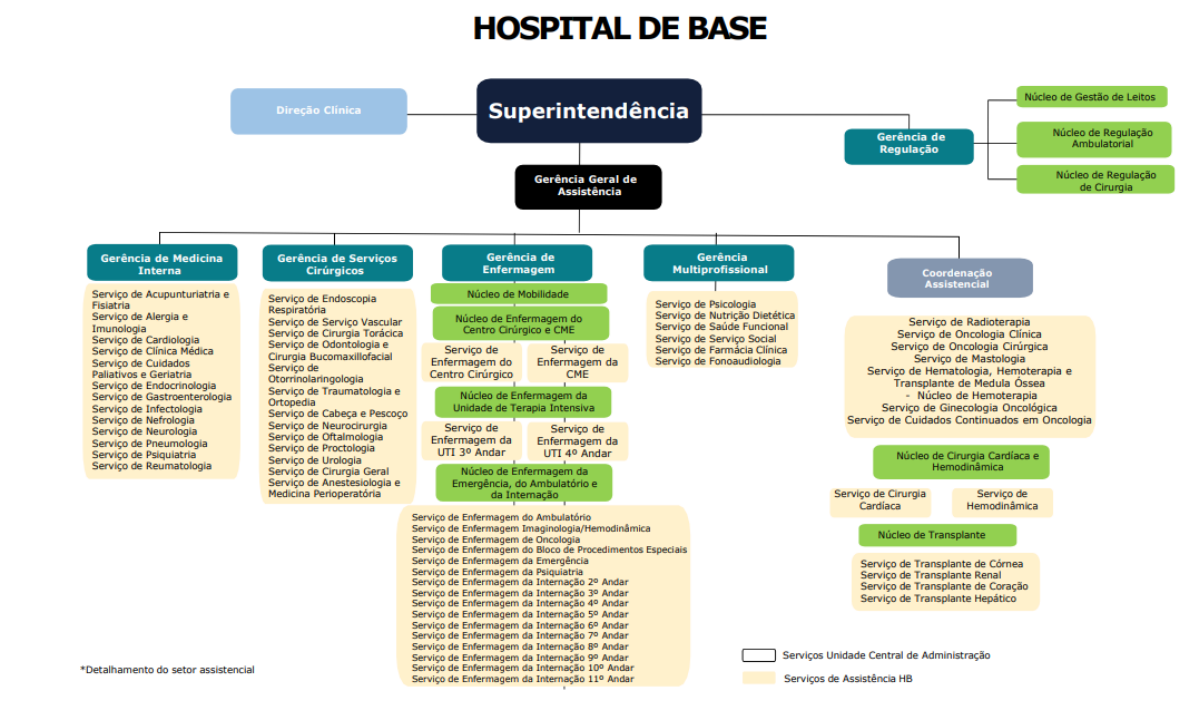


Figura 6 - Estrutura das Gerências do HBDF

Fonte: Igesdf

Hoje o HBDF possui por missão prestar assistência integral e humanizada em serviços de saúde de alta complexidade aliada à produção de conhecimento, sendo o hospital de referência para o atendimento terciária no Distrito Federal e para a rede de SUS para atendimento em politraumas, emergências cardiovasculares, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, atendimento oncohematológico e transplantes.

Desde 2017 o Hospital de Base possui uma gestão coordenada pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF). Esta mudança fez parte de uma série de reformas que ocorreram no sistema de saúde, sob o argumento de melhorar a eficiência e a gestão dos serviços. A privatização da gestão de serviços públicos não significa necessariamente a retirada do Estado, mas sua submissão à lógica do mercado, transformando cidadãos em clientes e direitos em mercadorias.⁶

⁶ Pierre Dardot & Christian Laval (2016) – *A Nova Razão do Mundo: Ensaio sobre a Sociedade Neoliberal*

Esta mudança de gestão se deu devido a diversas tentativas do governo em implantar um modelo de gestão para o sistema público de saúde por meio de organizações sociais. Em 2017 o deputado Rollemberg propôs que o HB tornasse o Instituto Hospital de Base do DF – IHBDF, assim o hospital se tornar uma “pessoa jurídica” de direito privado e sem fins lucrativos, onde passaria a administrar a maior unidade da rede mais autonomia. A gestão terceirizada pode aumentar a eficiência em curto prazo, mas frequentemente resulta na precarização dos serviços, na fragmentação da assistência e no distanciamento entre a administração e os usuários do SUS.⁷

De acordo com o projeto proposto, o hospital permaneceria público e mantido pelo governo, mas seria gerido por um Conselho de Administração formado por alguns integrantes, como: o Conselho Regional de Medicina e uma rede de voluntários que prestam assistência aos pacientes do HBDF e presidiados pelo secretário de Saúde.

Do ponto de vista do Serviço Social, estas privatizações criam barreiras no atendimento da população vulnerável, pois pode tornar serviços que antes eram gratuitos em serviços gratuitos precarizados ou reduzir a oferta dos mesmos. Se nota então uma “crença” de muitos na sociedade de que privatizações podem trazer maiores lucros, sendo isto algo incompatível com os princípios do SUS, trazendo sempre maiores desigualdades sociais, afetando até mesmo os meios de contratação.

Antes o HBDF possuía um modelo de contratação onde se era necessário a realização de concursos e também deveria abrir licitações para compras de materiais, medicamentos entre outros. Após a mudança, as contratações passaram a ser via CLT e os processos de compra não possuem as mesmas exigências que a administração pública exige. Podemos entender que desejam descentralizar o dever do Estado em garantir o direito à saúde.

O Código de Ética da/o Assistente Social prevê que a profissão deve atuar na garantia de direitos e no fortalecimento das políticas públicas. No entanto, com a lógica das Parcerias Público-Privadas – PPPs, o acesso aos serviços sociais passa a depender cada vez mais da gestão privada, o que pode significar a exclusão de usuários que mais necessitam.

As empresas privadas que administram hospitais e serviços de saúde nem sempre seguem as mesmas regras de transparência e controle social aplicadas ao setor público, o que

⁷ Fiocruz (2019) – Estudo sobre Parcerias na Gestão da Saúde Pública

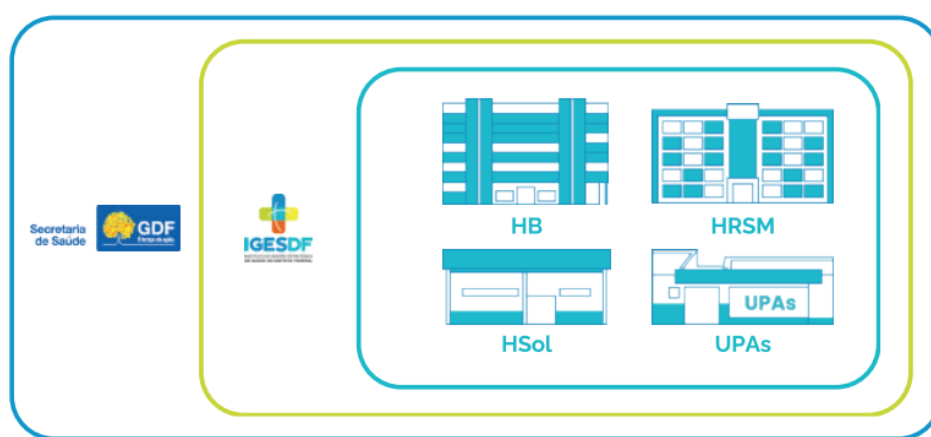
pode levar a desvios de verbas e à falta de prestação de contas à sociedade. Além disso, as PPPs geram impactos diretos na autonomia do assistente social, pois muitas vezes as políticas de atendimento são determinadas pelas organizações privadas que administram os hospitais, restringindo a capacidade de atuação dos profissionais segundo os princípios do Serviço Social.

Isto tem como efeito a produção de um sujeito capaz de aderir de maneira autônoma e satisfeita às necessidades do mercado, pois passa a crer que se expandir economicamente é sinônimo de liberdade e emancipação (Foucault, . 2008).

No HBDF podemos entender o funcionamento como sendo uma gestão compartilhada, uma parceria Público-Privada, isso é, o IGESDF faz a gestão do hospital e possui uma maior “autonomia” para certas questões operacionais, administrativas e financeiras, como onde será destinado o dinheiro público recebido pelo GDF. Contudo o acesso aos serviços do HBDF é regulado pelo SUS, por meio da Central de Regulação, que prioriza pacientes com maior necessidade e encaminhados de outras unidades de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou hospitais regionais.

O SUS também é responsável pelo fornecimento de medicamentos essenciais e insumos hospitalares necessários aos tratamentos oferecidos no HBDF. Esses insumos incluem desde medicamentos básicos até drogas de alto custo. Dessa maneira, todos os serviços prestados no hospital são gratuitos, alinhando-se aos princípios da universalidade e da integralidade que regem o SUS.

Figura 7 - Estrutura Hierarquia da Gestão do HB



Fonte: Igesdf

Atualmente, o HBDF é um dos maiores hospitais públicos do país, com foco em atendimentos de alta complexidade, incluindo oncologia, transplantes, neurocirurgias e emergências graves. Também é reconhecido pela atuação em pesquisas médicas e pela

formação de profissionais de saúde. Assim como também desempenha uma função de hospital-escola, sendo fundamental para que os diversos estudantes das mais diversas áreas possam ter um desenvolvimento no ambiente hospitalar, vivenciando a realidade de uma instituição de atendimento de alta complexidade, formando estes profissionais que serão os futuros trabalhadores. Dessa forma, estudantes de medicina e de outras áreas da saúde têm a oportunidade de participar de estágios e residências, promovendo formação prática e pesquisa científica em consonância com os princípios do SUS.

CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL

Com a intensificação do capitalismo no início do século XX, a situação econômica e social se tornou extremamente desfavorável para as classes subalternas. Essa conjuntura gerou um tensionamento entre a classe trabalhadora e o Estado, que representava os interesses da classe dominante, onde se viu pressionado a atuar nas diferentes manifestações da questão social para, então, buscar uma forma de conformar, controlar e disciplinar as classes subalternas.

A Igreja Católica foi uma instituição que fez um papel importante neste contexto, que aproveitou deste momento para resgatar parte do seu prestígio e influência na sociedade, neste mesmo período se surge no Brasil o Serviço Social vinculado a Ação Católica, conjunto de movimentos leigos cristãos vinculados à Igreja.

Neste contexto, a filantropia e a caridade eram ações utilizadas como uma resposta para as expressões da Questão Social, onde estas práticas eram incentivadas pela própria Igreja, inspiradas na moral e nos “bons costumes”. Yazbek (2009, p.5) destaca que:

É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à “questão social”. Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade da pessoa humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral.

As primeiras escolas de Serviço Social no país eram vinculadas a Igreja Católica, norteadas por postulados neotomistas, onde a noção de dignidade humana, perfectibilidade humana e o bem comum o caracterizavam. O primeiro curso de Serviço Social foi dirigido pela professora da École Catholique de Service Social de Bruxelas, tendo por objetivo o “estudo e a difusão da doutrina social da Igreja e a ação social dentro da mesma diretriz” (Auiar, 2011, p.43).

O Serviço Social, em sua gênese, é caracterizado por receber uma influência franco-belga, devido a isto se notava um caráter conservador, vocacional, moralista, com diversas práticas conservadoras a partir do fazer profissional, que propunha uma educação voltada a

uma substituição de valores e comportamentos das classes subalternas. Este Serviço Social ficou popularmente conhecido como Serviço Social Tradicional.

Quadro 1 - Primeiras escolas do Serviço Social no Brasil

1936	Escola de Serviço Social de São Paulo
1937	Escola de Serviço Social do Instituto de Educação Familiar e Social do Rio de Janeiro
1940	Instituto de Serviço Social de São Paulo Escola de Serviço Social de Pernambuco, a primeira do Nordeste
1944	Escola de Serviço Social da Bahia
1945	Escola de Serviço Social do Paraná Escola de Serviço Social de Porto Alegre

Fonte: Portal Doss – História do Serviço Social no Brasil.

Durante os anos de 1940 a 1960, o Brasil passou por um período de urbanização e modernização, chamado de período desenvolvimentista, onde se gerou uma política de crescimento industrial, econômico e de infraestrutura. Não necessariamente este desenvolvimento significa ou reflete uma melhoria das condições de vida da classe trabalhadora.

Neste período o Serviço Social viu a necessidade de repensar sobre a profissão, uma profissão mais “moderna”, necessitando se adequar às novas exigências deste novo contexto social. Com isto a profissão se aproximou do Serviço Social norte americano, incorporando uma matriz filosófica de cunho positivistas, pautada em critérios técnicos e científicos.

Segundo Yazbek (2009), o conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social positivista. Aguiar (2011, p.80), afirma que “na segunda metade da década de 1940 e no início da de 1950, constatamos a presença da filosofia tomista aliada às técnicas norte-americanas”.

A profissão agrafa um desenvolvimento baseada em uma tríade metodológica, sendo o Serviço Social de Caso, podemos falar deste como sendo o caso individual, focado no

indivíduo, o Serviço Social de Grupo onde utiliza a abordagem grupal para identificar os aspectos significativos das situações sociais problemáticas e o Desenvolvimento de Comunidade, este sendo um método de trabalho que se baseia na doutrina da pessoa humana, da comunidade e do bem-comum.

A partir dos anos 60 se possui um grande registro de incongruências, onde de um lado se havia a continuidade de trabalhos de caráter acrítico, apolítico e aclassista e de outro se emerge e se difunde em movimento que concebem uma participação em uma perspectiva crítica.

A reconceituação da profissão no país se tornou um movimento que visava repensar o Serviço Social, se adequando o teórico metodológico a esta realidade latino-americana, onde até alguns anos anteriores se baseava a uma realidade norte americana, sendo completamente diferentes. Isto é, compreendendo a relação da teoria, método e história e a forma como estavam sendo aplicadas na prática da sociedade brasileira, apreendendo criticamente a realidade enquanto uma totalidade.

Quadro 2 - Tendências no Movimento de Reconceituação do Serviço Social

Modernização do Conservadorismo	Reatualização do Conservadorismo	Intenção de Ruptura
Matriz filosófica: positivismo/funcionalismo	Matriz filosófica: fenomenologia	Matriz filosófica: marxismo
Principais marcos: Seminário de Araxá (1967) e Seminário de Teresópolis (1970).	Principais marcos: Seminário de Sumaré (1978) e Seminário do Alto da Boa Vista (1984).	Principal Marco: Método de Belo Horizonte (conhecido como Método de BH – década de 1970).
Principal formulador: José Lucena Dantas	Principais formuladoras: Ana Augusta Almeida e Ana Maria Braz Pavão	Principal formuladora: Leila Lima Santos
Características: conservadorismo, adequação do Serviço Social às exigências da autocracia burguesa;	Características: conservadorismo, buscava resgatar o serviço social tradicional sob a égide da	Características: pretensão de romper com a herança teórico-metodológica

culpabilizava o indivíduo por sua condição social; discurso cristão; demonstração de uma neutralidade quanto às contradições existentes na sociedade; inseria o serviço social no arsenal de técnicas sociais voltadas ao desenvolvimento capitalista.	fenomenologia; centrava sua análise e intervenção na ajuda psicossocial (práticas psicologistas); subordinação a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional.	conservadora e seus paradigmas de intervenção social. Existência de uma distância entre a intenção de romper com o passado conservador do Serviço Social e os indicativos prático-profissionais para consumá-la.
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora à luz de Netto (2015).

Um grande marco histórico para o Serviço Social que trouxe novos rumos para a profissão foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido até os dias atuais como o “Congresso da Virada” representando uma ruptura da categoria profissional da sua herança conservadora.

Mota e Rodrigues (2020, p, 4) expõem a importância dos acontecimentos do III CBAS:

[...] o III CBAS deu uma decisiva contribuição para forjar uma nova cultura profissional que continha e contém uma direção social estratégica (PAULO NETTO, 1996) colidente com os interesses do grande capital, expressa na atuação política das entidades representativas da categoria profissional, nos parâmetros jurídico-políticos da formação e atuação dos assistentes sociais (Códigos de Ética, na lei de regulamentação da profissão, nas Diretrizes Curriculares) e na produção teórica mais relevante da área do Serviço Social.

Já nos anos 80 se incorpora na profissão um quadro referencial teórico marxista, expandindo a produção de conhecimento. Como Yamamoto (2015) aborda, o desenvolvimento do Serviço Social como instituição no Brasil, mantém uma conexão com o desenvolvimento das relações capitalistas na nossa formação social. Yamamoto (2009, p.5) descreve que:

O Serviço Social brasileiro contemporâneo apresenta uma feição acadêmico-profissional e social renovada, voltada à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso à terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, que reconheça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais.

Este período marcou profundamente o país o desenvolvimento da profissão por meio de momentos importantes de recusa e da crítica do conservadorismo profissional. O Serviço Social então se torna uma profissão crítica que detém a partir da década de 1990, um projeto ético político, possuindo um direcional que aponta um novo modelo de sociedade, com liberdade, cidadania, democracia, livre de desigualdade, preconceitos e qualquer tipo de injustiças sociais. Com a criação do Código de Ética de 1993, se traz para os profissionais um conjunto de princípios que norteiam a prática profissional.

No Código de Ética os instrumentos normativos são a materialização do Projeto Ético Político profissional, sendo o seio da categoria, formulados para dar sustentação legal ao exercício profissional dos/as assistentes sociais, mas não restringindo apenas a esta dimensão. Elas fortalecem e respaldam as ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora, articulando com os sujeitos sociais para construir uma sociedade anticapitalista.

Nos anos 2000, a conjuntura provocou novas disputas em torno da “Questão Social” e do papel a ser cumprido pelas políticas sociais. Assistimos à diversas formas de precarização da formação profissional, como parte do processo de precarização da educação brasileira. O número de cursos e de vagas para Serviço Social cresceram exponencialmente. A capacidade de mobilização em torno de projetos coletivos se reduz. Com isso, surgem novos desafios na luta pela consolidação dos direitos da população usuária dos serviços prestados por assistentes sociais (CFESS).

Afirma Guerra (2007, p.27) nesse contexto que:

(...) os valores e princípios do atual projeto profissional remetem a um novo modo de operar a profissão o que pressupõe a crítica sobre as condições e relações do seu exercício profissional [...] é claro ao profissional que não basta se indignar contra a moral burguesa, não basta o senso moral. É necessário que se desenvolva a consciência moral, que se aproprie da ética como reflexão crítica sobre a moral para se estabelecer quais as escolhas e ações tácitas e estratégicas que nos permitam organizar ações e sujeitos históricos para intervir no processo de democratização da sociedade, visando a uma sociedade justa e equitativa, o que passa pela defesa da vida humana.

Hoje o Serviço Social é uma expressão de diversos movimentos de lutas pela democratização da sociedade e do Estado. No contexto da ascensão dos movimentos das classes sociais, das lutas pela criação e aprovação da Constituição Federal de 1988 e da defesa do estado de direito.

Todo este cenário político reflete na profissão inclusive na sua dimensão técnico-operativa, uma vez que de acordo com Guerra (2000), a instrumentalidade pode ser entendida como uma categoria ontológica e reflexiva, ou seja, como um campo de mediações, no qual se processa o movimento entre os padrões de racionalidade que sustentam e guiam os meios necessários à efetivação das ações humanas.

A instrumentalidade no Serviço Social abarca um conjunto de recursos teóricos e práticos que visam garantir a intervenção do profissional de maneira eficaz. Os instrumentos de trabalho podem ser classificados em diversas categorias, como métodos de abordagem, estratégias de planejamento, formas de organização do trabalho, e técnicas específicas de intervenção. Entre os instrumentos mais utilizados, destacam-se as entrevistas, visitas domiciliares, diagnósticos sociais, relatórios, e até mesmo o uso de tecnologias para a gestão e acompanhamento de casos.

Esses instrumentos têm a função de aproximar o assistente social da realidade do sujeito ou da comunidade com a qual trabalha. Através deles, o profissional pode realizar uma avaliação crítica das necessidades e potencialidades de determinado grupo ou indivíduo, sempre a partir de uma visão que contemple os aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológicos. Dessa forma, a instrumentalidade do Serviço Social não é apenas um conjunto de técnicas a serem aplicadas mecanicamente, mas um processo dinâmico, que exige reflexão constante sobre as condições de vida e as transformações sociais que se almejam alcançar.

Para atuar então diretamente nas realidades sociais de cada indivíduo, o processo de qualificação profissional deve ser sempre contínuo para que se possa exercer plenamente na prática. O exercício profissional do assistente social demanda o uso de instrumentos que possibilitam a realização de análises, intervenções e acompanhamentos das demandas sociais de cada usuário que ali se encontra. Esses instrumentos são fundamentais para que ocorra uma boa atuação profissional assim como para intervir de uma forma mais eficaz nas demandas e atender às necessidades da população.

Dentre os principais instrumentos utilizados, podemos destacar:

- **Entrevista:** Utilizada para a coleta de informações e estabelecimento de um diálogo com os usuários, a entrevista permite identificar necessidades, expectativas e potencialidades. Esse instrumento é essencial tanto para a fase de diagnóstico quanto para o acompanhamento de casos, promovendo uma escuta qualificada do usuário.
- **Visita domiciliar:** Esse instrumento possibilita a observação direta do ambiente e das condições de vida do usuário, sendo fundamental para compreender as dinâmicas

familiares, identificar situações de vulnerabilidade e elaborar intervenções adequadas. Também, contribui para o fortalecimento do vínculo entre o/a profissional e a comunidade atendida, proporcionando um atendimento mais humanizado.

- **Relatórios e pareceres sociais:** Constituem registros documentais que subsidiam tomadas de decisão no âmbito institucional, judicial ou administrativo. O relatório social descreve detalhadamente a situação analisada, enquanto o parecer social apresenta considerações técnicas e recomendações sobre questões específicas, sendo essencial para orientar ações e políticas públicas.
- **Atendimento em grupo:** As atividades em grupo promovem a interação e o fortalecimento de laços comunitários. Esse instrumento permite que questões coletivas sejam trabalhadas de forma educativa e transformadora, favorecendo a troca de experiências e a criação de redes de apoio.
- **Pesquisa social:** Fundamental para compreender a realidade de grupos e comunidades, bem como para identificar demandas coletivas, a pesquisa social possibilita a avaliação de políticas públicas, a proposição de intervenções fundamentadas e o monitoramento dos impactos das ações realizadas. Além disso, contribui para a produção de conhecimento na área do Serviço Social, fortalecendo a prática profissional baseada em evidências.
- **Plano de intervenção:** Organiza as ações a serem desenvolvidas pelo assistente social para atender às demandas identificadas. Esse instrumento detalha objetivos, prazos, recursos necessários e estratégias, garantindo um acompanhamento sistemático e eficiente das intervenções realizadas.
- **Mediação e articulação em rede:** Esse instrumento permite a conexão entre os usuários e os recursos disponíveis na rede de serviços sociais. A mediação e a articulação envolvem a construção de parcerias e a promoção do acesso a políticas públicas, organizações não governamentais e outros agentes sociais, ampliando a garantia de direitos.

Independente da escolha do instrumento que o/a assistente social utilizará para realizar a intervenção com a/o usuária/o, a comunicação ou a linguagem, apontada por Yamamoto (2007) como um dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, perpassa a todos os instrumentos utilizados na profissão.

Dentro da sociedade a comunicação possui um papel fundamental, onde impacta de forma direta a vida da população. A comunicação de massa e a concentração dos meios de comunicação nas mãos de poucos, obedecem ao caráter de servir ao capital e a aqueles que demandam dos meios de produção, ditando regras e uma lógica de consumo. Podemos entender então que a comunicação não cumpre a sua finalidade de informar, mas de compartilhar uma notícia na sua essência, não instruindo as classes.

No contexto do Serviço Social, a profissão passa a discutir a importância da comunicação uma vez que se há uma hegemonia da mídia que auxilia uma exclusão social e política das classes subalternas.

A reflexão sobre a comunicação no exercício profissional do Assistente Social é um desafio. Trata de uma interface entre áreas que possuem uma relação dialética com a dinâmica da vida econômica, política e social do país e do mundo. (Figueiredo, 2009, p.327)

Se deve compreender a comunicação como um direito humano e este se faz em relação com a Questão Social, trazendo debates em torno não apenas do reconhecimento além da comunicação como ferramenta de trabalho, mas como um espaço fundamental para uma atuação política.

Podemos entender a comunicação se é uma ferramenta fundamental para a construção de relações profissionais e sociais, sendo um dos instrumentos mais importantes de intervenção social dentro da profissão. A comunicação não é apenas o ato de transmitir informações, mas envolve um processo complexo de interação, escuta ativa e construção de um diálogo construtivo entre o assistente social e os sujeitos com quem trabalha. Para o conjunto CFESS/CRESS:

a comunicação tem papel estratégico no fortalecimento dos usuários e usuárias dos serviços e políticas sociais, na disputa pela função e 6 CFESS: Conselho Federal de Serviço Social / CRESS: Conselho Regional de Serviço Social 7 Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social imagem social da profissão e na construção de um poder popular com vistas à transformação das relações sociais. (CFESS/CRESS, Política de Comunicação, 2016, p. 8).

A comunicação dialógica permite ao profissional compreender as necessidades, expectativas e sofrimento das pessoas ou grupos, garantindo que a intervenção seja adequada à realidade apresentada. Além disso, a comunicação é essencial para a sensibilização, orientação e mobilização das comunidades, na busca por direitos, políticas públicas e participação cidadã. É também por meio da comunicação que o assistente social exerce seu

papel de mediador, orientando e articulando diversas esferas da sociedade, como a família, escolas, organizações sociais, e governos.

Paulo Freire, educador e filósofo brasileiro, destaca a importância da comunicação na construção do conhecimento e na transformação da realidade. Segundo Freire (1970), a comunicação deve ser dialógica, ou seja, deve estabelecer um processo de troca mútua entre o educador e o educando, onde ambos aprendem e se transformam ao longo da relação. Essa perspectiva é fundamental para o Serviço Social, pois, assim como na educação, o assistente social deve buscar um entendimento mais profundo das realidades sociais com as quais lida, em vez de simplesmente transmitir soluções prontas ou respostas impositivas.

Freire (1970) também enfatiza a importância da escuta ativa e da empatia, elementos que devem estar presentes no trabalho do assistente social ao se comunicar com as pessoas em situação de vulnerabilidade social. A escuta não é um ato passivo, mas sim um processo ativo e reflexivo que envolve o reconhecimento das experiências e subjetividades dos sujeitos.

O domínio de habilidades comunicativas permite ao assistente social não apenas mediar conflitos e facilitar o acesso a direitos, mas também promover o empoderamento dos sujeitos, contribuindo para a transformação social. Assim, a comunicação torna-se uma ferramenta estratégica para a construção de uma prática ética, democrática e humanizada. O CFESS comenta na Política Nacional de Comunicação, que a linguagem é um aspecto fundamental dentro do processo da comunicação plural, inclusiva e democrática.

No cenário atual, onde a sociedade necessita de um melhor esclarecimento das informações que perpassam os direitos de cidadania, cabe aos assistentes sociais identificar a importância da comunicação no fazer profissional. É fundamental ter um sentido que possa desencadear maiores construções acerca do papel do assistente social como um potente educador político social, conforme destacado por Figueiredo (2009), relacionando-se de forma natural com seu papel interventivo, garantindo através de políticas públicas, a informação como um bem social e de direito – segundo preceito estabelecido pelo artigo 5º da Constituição Federal que versa sobre a comunicação social⁸ (Cogoy; Prez; Dutra; Berger; Lodoviski, 2018, p. 9).

A comunicação no Serviço Social continua sendo na atualidade um dos instrumentos mais poderosos para a realização da intervenção. Com o aumento das desigualdades e das condições de vulnerabilidade social, o assistente social precisa estar ainda mais preparado para

⁸ A Constituição Federal de 88 traz um capítulo destinado à comunicação social. O Capítulo 5 do Título VIII da Constituição intitulado “Da comunicação Social” está dividido em 05 artigos: 220; 221; 222; 223 e 224.

se comunicar de maneira eficiente e sensível com os atendidos, considerando as especificidades de cada sujeito ou grupo, seja no campo da saúde, educação, assistência social, ou em outras áreas de atuação. A prática comunicacional no Serviço Social é, portanto, um meio essencial para alcançar a transformação social e a promoção da justiça e dos direitos humanos.

2.1 – O SERVIÇO SOCIAL DENTRO DO HB

Durante o período de estágio no Hospital de Base durante o ano de 2023 tive a oportunidade de refletir sobre o espaço sócio-ocupacional em que o/a assistente social está inserido, assim como suas atribuições e competências profissionais, além da inserção da equipe multidisciplinar dentro do hospital.

Inicialmente notei que o/a assistente social dentro do contexto hospitalar é de grande importância e a sua atuação em um campo de grande complexidade ajuda a garantir os direitos daqueles que estão em situações de vulnerabilidade, mas juntamente com essas observações foi possível notar a dificuldade de atender as diversas manifestações da Questão Social presentes na vida do paciente, especialmente das pessoas que residem em outros estados. Notei também que se existe uma grande demanda dos(as) assistentes sociais dentro do HBDF, em ajudar os pacientes a terem alta hospitalar, Notei também que há uma grande demanda para que os(as) assistentes sociais do HBDF auxiliem os pacientes na obtenção da alta hospitalar, ou como abordado dentro do Serviço Social, sua alta social, sendo indispensável lidar com situações delicadas, havendo em alguns casos a necessidade de oferecer um apoio para cada paciente e seus acompanhantes, além das diversas questões de acesso a serviços e direitos sociais que variam, como falado anteriormente, a cada paciente.

O Serviço Social integra a divisão trazendo uma abordagem centrada nas dimensões sociais, atuando em conjunto com a equipe multidisciplinar, como os médicos, enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas entre outros, com o objetivo de fornecer um cuidado abrangente para estes pacientes.

Dentro deste contexto do HB, o Serviço Social desempenha um papel com um foco muito mais estratégico, pois é a profissão que busca compreender melhor os aspectos sociais dos pacientes, em com isso toda essa intervenção social realizada pelos assistentes sociais, trazem demandas que, quando necessário, em casos de vulnerabilidade, realiza-se encaminhamentos para serviços externos ao hospital, além de realizar mediações com e para o paciente nos diversos serviços que ultrapassam as barreiras da saúde.

Toda a busca realizada pelo serviço social, ao repassar informações ao restante da equipe multidisciplinar, faz com que toda a equipe possua uma compreensão da situação em particular daquele usuário, levando-os a interpretar as dificuldades para realizar a alta ou o que poderia ocorrer com o mesmo caso ocorra uma alta “incorreta”, onde não se foi “estudado” corretamente aquele caso.

Contudo, para qualquer atuação dos/as assistentes sociais dentro do Hospital de Base é necessário seguir um documento, este possuindo claro algumas diferenças a cada setor, chamado popularmente dentro da instituição como o POP (Procedimento Operacional Padrão), desenvolvido por uma assistente social no ano de 2022, revisado e aprovado pelo chefe da equipe daquele ano. Este POP tem como objetivo orientar os profissionais daquele respectivo setor sobre por exemplo, a atuação, recursos para a atuação, condutas responsáveis, atividades desenvolvidas. Dentro do hospital, todas as profissões possuem o seu POP, que tem validade de 02 anos.

Através dele podemos entender sobre os objetivos, onde será aplicado, pois em cada setor do hospital se possui um POP, traz algumas siglas importantes como PNH - Política Nacional de Humanização, Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD) entre outros, se contêm sobre os recursos necessários para que a/o assistente social possa realizar suas atividades, sobre as condutas responsáveis do profissional, as atividades desenvolvidas, o que realizar caso ocorra algumas situações no hospital.

Tudo isso demonstra a natureza do trabalho de um assistente social dentro de um hospital, que é principalmente intervir nas expressões da questão social que impactam no processo saúde-doença, trabalhar com os pacientes e/ou familiares, visando contribuir para garantir o exercício de sua cidadania enquanto sujeitos na relação saúde/doença; atuar em consonância com os dispositivos legais e técnicos da profissão e legislações correspondentes aos direitos sociais, elencados na Constituição Federal de 1988 (CF/88); ater-se às contribuições e competências profissionais de Serviço Social, constadas no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993), norteadas pelo Parâmetro para atuação das/dos assistentes sociais na Política de Saúde, elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS (2012).

A/o assistente social possui a habilidade de trabalhar com o planejamento de uma alta hospitalar médica e social segura, sempre pensando nas condições de moradia, suporte familiar

e os recursos que serão necessários para o mesmo dar continuidade do tratamento após a saída do hospital. Não apenas se trabalha com o paciente, mas com as redes de apoio, como serviços comunitários e até serviços de outros setores que muitas vezes se notam necessárias em alguns casos. E devemos sempre lembrar que existe o trabalho de encaminhamento destes pacientes e casos para entidades necessárias.

Dentro de toda instituição existem conflitos e limitações da gestão e os profissionais e dentro do hospital de base não se é diferente. Enquanto a gestão muitas vezes se concentra seus esforços para uma visão capitalista, os assistentes sociais buscam trazer para aqueles usuários uma melhora na condição de vida. Algo que podemos abordar é sobre um fator que notei durante os meus dois semestres de estágio, que foi a necessidade de desocupação de leitos, para assim existir uma maior rotatividade de pacientes, e isto pode refletir uma eficiência operacional e uma redução de custos, já que no momento que um mesmo paciente permanece naquele leito por um período longo, se acaba gerando uma necessidade de gastos com um mesmo usuário que para a gestão não se necessita existir, ou não deseja. Com isso, os/as assistentes sociais acabam se encontrando em uma posição na qual precisam concentrar esforços para ao mesmo tempo, trazer uma melhora na vida do mesmo, mas também necessita priorizar as necessidades daquela instituição.

Não apenas a necessidade de liberação de leitos, mas existe uma cobrança com um aumento de atendimentos, e isto está ligado a desocupação de leitos, o que deixa o assistente social em um ambiente desafiador, que se depara com essas metas institucionais que buscam pelo aumento de rotatividade e de atendimentos, o que gera também uma limitação na atuação do profissional. Além disso, importante considerar que o assistente social não necessita atuar apenas com a gestão interna, não se restringindo apenas ao contexto hospitalar, mas também existe uma necessidade de articulação com os demais setores do próprio hospital e também instituições externas ao hospital.

E claro dentro destas questões existe o fator comunicação dentro da instituição, algo que notei ser realizado muito mais através do aplicativo whatsapp, principalmente se for grupos entre profissionais do mesmo setor. Sem a comunicação não existe uma efetividade de atendimento e trabalho não apenas dos assistentes sociais, mas de outros profissionais ali dentro, e se existe uma necessidade em que outros setores interajam entre si. Acredito que pelo que foi visto durante o Estágio Obrigatório 1 e 2 existe sim uma comunicação com o Serviço Social, contudo em alguns andares/setores se foi notado uma falta da mesma, precisando a equipe desenvolver com os assistentes sociais uma conversa sobre os casos.

Com a comunicação, foi trazido um debate muito importante sobre a hierarquia dentro da instituição. Por ser um ambiente de saúde, os primeiros profissionais que vêm à mente são médicos e enfermeiros, pois são os mais visíveis e requisitados na área. E dentro de um hospital foi possível notar que muitos ali não entendem a real necessidade de um/a assistente social, ocorrendo também muitas vezes uma dificuldade de o mesmo entender que não necessariamente todos os pacientes ali serem casos de vulnerabilidade social e pensam que temos o poder de “dar” a todos os pacientes ali algum tipo de benefício ou de apenas transferir ele para uma casa de apoio. A forma que também muitos nos veem como apenas pessoas que apenas fazem alguns relatórios ou até mesmo que somente realizamos algumas perguntas como o IBGE (devido ao fato de serem perguntas sobre renda, familiares, filhos, residência, entre outras).

A escassez de recursos profissionais do Serviço Social no Hospital de Base tem se tornado um obstáculo significativo. O número reduzido de assistentes sociais disponíveis para a demanda crescente de atendimento compromete a capacidade de realizar um trabalho efetivo e integral com os pacientes. Muitas vezes, os profissionais têm que lidar com um volume de casos superior ao que seria ideal, o que compromete a qualidade das intervenções e o atendimento a todos os pacientes de maneira adequada.

É possível também notar a priorização de algumas áreas e setores em relação a outros. Um dos recursos materiais que são limitados ao serviço social é uma sala própria para debate e discussão com pacientes e familiares, como falado anteriormente, no 9º andar – Internação de Nefrologia (local estagiado no 2º semestre de 2023) é um dos muitos locais que se compartilha a sala de trabalho. E isto dificulta a liberdade de alguns usuários de esclarecerem dúvidas e falarem sobre algumas situações que podem estar ocorrendo.

A falta de recursos afeta não apenas as/os assistentes sociais, mas toda a equipe profissional. No entanto, algo que foi possível notar com essa escassez, foi a maior interação da equipe multiprofissional. Apesar da necessidade de dividir os equipamentos eletrônicos (computador) na sala, o uso compartilhado se tornou essencial para a leitura de prontuários eletrônicos para o prévio conhecimento e atualização dos casos do setor, o registro dos atendimentos, o registro de aberturas via SEI (Sistema Eletrônico de Informações) para os encaminhamentos necessários para o caso, se acaba desenvolvendo uma maior comunicação entre a equipe sobre os pacientes do andar.

É evidente que os desafios enfrentados pelos assistentes sociais não se limitam apenas à problemas internos da instituição, mas há também se existem externos a ele, ligado a questões

podendo ou não ser governamentais, como os processos via SEI, onde são desenvolvidos os relatórios destinados ao CRAS; CREAS; além de lidar com pedidos de PTNED; NRAD, e de identificação de pacientes ou pedidos de 2ª via de identidades para a Polícia Civil, até mesmo o próprio sigilo profissional.

Sendo uma profissão onde se é necessária uma comunicação com o/a paciente, a falta de sigilo profissional se torna um grande empecilho para que essa comunicação ocorra de forma fluida e sem “bloqueios” por parte desses usuários. Em alguns setores da internação se era notável a falta de uma sala destinada para o/a assistente social realizar o seu atendimento de forma tranquila, no setor da cardiologia se possuía uma pequena sala onde os pacientes se sentiam extremamente a vontade para ir até os/as profissionais e “desabafar” sobre os acontecimentos que levou o paciente até o hospital e até mesmo de situações de vulnerabilidade que o mesmo sofre, explicando motivos da falta de rede de apoio, a falta da presença dentro do hospital desta rede também que muitas vezes era cobrada pela equipe multiprofissional, gerando um embate sobre a necessidade paciente possuir uma presença ali o acompanhando.

Já em outros setores como a nefrologia, o/a assistente social necessitava dividir a sala com toda a equipe multi, então não se possuía um local destinado especificamente para realizar atendimentos de forma mais sigilosa, todos ali poderiam ouvir tudo o que o/a paciente ou seu acompanhante estava nos informando.

Em relação às diferenças de projetos profissionais é possível notar sobre a forma que o profissional do Serviço Social realiza a abordagem, uma vez que nós possuímos referenciais teóricos totalmente diferente em relação a outros profissionais, podendo gerar essa dificuldade de compreensão sobre nossas abordagens. Além disso, se vê a necessidade de assegurar o compromisso ético de defesa dos direitos da classe trabalhadora que se apresenta com maior eloquência que de outros profissionais, pois não estamos lidando apenas com o fator renda dos usuários, mas todo um contexto familiar que sempre é carregado junto, e com isso precisamos saber a forma correta de falar sobre o caso para outros profissionais para que o mesmo não fique sendo falado de qualquer forma e com isso podemos notar a diferença da percepção sobre estes.

A falta de conhecimento sobre a profissão foi percebida muito mais a partir dos usuários, pois muitos confundem sobre qual é nossa real atuação dentro daquele local, sendo necessária uma explicação rápida sobre a necessidade do/a assistente social não apenas na saúde e que estamos ali para garantir que eles possam ter seus direitos e benefícios assegurados,

demonstrando que não somos “voluntários”, algo que ocorre diariamente também dentro do hospital.

Com base na comunicação dialógica abordada por Paulo Freire, esta pode ajudar a superar estes desafios por meio de estratégias como a explicação humanizada de procedimento, onde em vez de fornecer aos pacientes uma lista de documentos para um benefício social, o assistente social necessita dialogar e explicar a importância dos itens ali para a realização dos procedimentos assim como onde se pode buscar caso ele não possua acesso a algum documento.

Também é possível realizar uma mediação e articulação com toda equipe multiprofissional, para garantir que a comunicação entre os mesmos seja clara e transparente, evitando que ocorra algo que possa comprometer o atendimento profissional assim como realizar uma promoção da autonomia destes pacientes, incentivando que os mesmos questionem e participem de decisões sobre o seu tratamento e compreendam os seus direitos.

A abordagem dialógica de Freire é essencial para que os assistentes sociais fortaleçam sua comunicação com os pacientes e com a equipe multiprofissional, garantindo um atendimento mais inclusivo, humanizado e eficaz. No contexto hospitalar, essa prática não apenas melhora a qualidade do serviço prestado, mas também reforça o papel do Serviço Social como agente transformador da realidade social.

E com isso também se vem a modernização dos atendimentos, com a crescente digitalização, se é possível notar novos desafios e oportunidades para a comunicação do Serviço Social na área da saúde. O avanço das automações dos sistemas eletrônicos de prontuários, as plataformas de teleatendimento e as redes sociais são ferramentas que podem facilitar o acesso à informação, mas também ajuda a reforçar as desigualdades caso não sejam implementadas de forma correta e inclusiva.

Ferramentas que poderiam se tornar algo que otimize o tempo e amplie o alcance do atendimento, também pode se tornar uma falta de sigilo entre profissional e paciente, a baixa qualidade do atendimento humanizado, trazendo uma maior distanciação no momento do atendimento.

A comunicação no Serviço Social é profundamente impactada pela precarização da saúde pública e pela introdução de novas tecnologias. Para garantir um atendimento eficaz, inclusivo e humanizado, é essencial equilibrar o uso de ferramentas digitais com a valorização do contato direto entre profissionais e usuários.

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou analisar como os instrumentos de trabalho do Serviço Social impactam a comunicação com os usuários do Hospital de Base no Distrito Federal. A partir das discussões apresentadas ficou evidente que a atuação do assistente social dentro do contexto hospitalar é essencial para garantir o acesso às políticas públicas e para facilitar a integração entre pacientes, famílias e serviços de saúde.

O estudo também apontou desafios, como a falta de reconhecimento da profissão por parte de outros setores da saúde, as dificuldades na comunicação interprofissional e a carência de recursos para uma atuação mais eficaz. No entanto, destaca-se que a comunicação eficaz e o uso adequado dos instrumentos de trabalho são essenciais para fortalecer a garantia de direitos dos usuários e para tornar o atendimento mais humanizado e eficiente.

Em suma, a instrumentalidade e a comunicação são elementos centrais para a prática do Serviço Social, uma vez que possibilitam a intervenção social e a promoção da cidadania. A comunicação, enquanto instrumento de trabalho, não se limita a um simples fluxo de informações, mas é um processo dinâmico e dialógico que visa a transformação social, com base no respeito e no entendimento das subjetividades. A obra de Paulo Freire, ao propugnar pela educação libertadora e pela prática dialogada, oferece uma base teórica sólida para a atuação do assistente social, sempre comprometido com a emancipação dos sujeitos e com a promoção da justiça social.

Contudo para que a comunicação no hospital seja eficaz, é fundamental que haja um reconhecimento da importância do Serviço Social, com investimentos na ampliação das equipes, no desenvolvimento de estratégias para otimizar a comunicação e na valorização do/da profissional assistente social.

Assim, conclui-se que investir na comunicação dentro do Hospital de Base, por meio da ampliação das equipes de Serviço Social e da implementação de estratégias que favoreçam a interação entre os diversos profissionais da saúde, pode contribuir significativamente para a melhoria do atendimento e para a redução das desigualdades sociais no acesso à saúde. Além disso, espera-se que este trabalho contribua para futuras pesquisas e debates sobre o papel da comunicação no Serviço Social hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABREU, Thinally Ribeiro. **AS POLÍTICAS SOCIAIS NO NEOLIBERALISMO: expressões da luta de classes.** Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/aspoliticassociaisnoneoliberalismoexpressoesdalutadeclases.pdf>. Acesso em 08 fev. 2025.

ARAÚJO, Inês L. de. A comunicação na saúde. In: PINTO, I. C. (Org.). **Comunicação e saúde: dimensões e abordagens.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático sobre os Direitos dos Usuários do SUS.**

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política Social e desenvolvimento no Brasil.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/RQb5YRq9hpV5RDkjbNL69zr/>. Acesso em 08 fev. 2025.

CFESS. **A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO NEOLIBERALISMO: um debate sobre a desresponsabilização do Estado brasileiro.** Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000149.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2025.

CFESS. **MANIFESTO DO FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO EM DEFESA DO SUS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO.** Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Manifesto_Forum_de_Saude_em_Defesa_do_SUS.pdf. Acesso em 08 fev. 2025.

CFESS. **Política Nacional de Comunicação CFESS-CRESS.** Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2023-4edPoliticaNacionalComunicacao-CfessCress.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

COGOY, Eliana Mourgues; PEREZ, Suyane Campos; DUTRA, Sidimar Ferreira; BERGER, Patrícia de Oliveira; LODOVSKI, Ricardo. **COMUNICAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE A COMUNICAÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.** Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23550>. Acesso em 09 fev. 2025.

CRESS-MT. **Trajetória do Serviço Social.** Disponível em: <https://www.cressmt.org.br/assuntos/servico-social/trajetoria-do-servico-social/>. Acesso em: 08 fev. 2025.

DRAUZIO. **Antes do SUS.** Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/#:~:text=Na%20época%20do%20Inamps%2C%20antes,promoção%2C%20proteção%20e%20recuperação>". Acessado em 07 fev. 2025

DOSS. **História do Serviço Social no Brasil.** Disponível em: <https://portaldoss.com.br/historia-do-servico-social-no-brasil/>. Acesso em: 08 fev. 2025.

FECHINE, Ana Karine Ferreira da Silva. ROCHA, Márcia Maria de Sá; CUNHA, Thanúsia Hensel da. **O NEOLIBERALISMO E A FORMATAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.** Disponível em: https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/11/Socializando_20142_4.pdf. Acesso em 08 fev. 2025.

FIGUEIREDO, Kênia Augusta. **Comunicação Pública: Um Direito Humano Em Conexão Com O Serviço Social.** Artigo Temporalis, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/21506>. Acesso em 18 dez. 2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria da ação comunicativa.** São Paulo: Martins Fontes, 1987.

IAMAMOTO, Y. **O Serviço Social na contemporaneidade.** São Paulo: Cortez, 2007.

IGESDF. **Sobre o Igesdf.** Disponível em: <https://igesdf.org.br/institucional/sobre-o-igesdf/>. Acesso em 07 fev. 2025.

INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF). **Hospital de Base do Distrito Federal.** Disponível em: <https://igesdf.org.br/unidades/hospital-de-base/>. Acesso em: 02 dez. 2024.

INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF). **Sobre o IGESDF.** Disponível em: <https://igesdf.org.br/institucional/sobre-o-igesdf/>. Acesso em: 02 dez. 2024.

INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF). **Cartilha Serviço Social.** Disponível em: <https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Cartilha-Servico-Social.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2024.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwvjTB/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MOREIRA, Marcelo Sevyabricker; SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. **Cidadania Regulada e Era Vargas: A interpretação da Wanderley Guilherme dos Santos e sua fortuna crítica.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/YC5NhQNKLyLL4dB9tJmw5wL/#:~:text=Por%20cidadania%20>

0regulada%20entendo%20o,é%20definido%20por%20norma%20legal. Acesso em: 18 fev. 2025.

OLIVEIRA, Jussara Fernandes. **AVANÇO NEOLIBERAL E OS DESAFIOS À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_890_890612993a2b70e6.pdf. Acesso em 08 fev. 2025.

PIANA, Maria Cristina. **O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas**. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2025.

PORTAL DO SERVIÇO SOCIAL. **As dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política do Serviço Social**. Disponível em: <https://portaldoss.com.br/as-dimensoes-tecnico-operativa-teorico-metodologica-e-etico-politica-do-servico-social/>. Acesso em 08 fev. 2025.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Segurança do paciente: comunicação efetiva**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Segurança+do+paciente+comunicação+efetiva.pdf/ca225b6f-7758-7067-4935-62ea715d12ed?t=1648647952152>. Acesso em: 02 fev 2025.