

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF**

**CAMPUS DE RIO DAS OSTRAS**

**INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE**

**DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS**

RENATA OLIVEIRA DA MOTA

O Serviço Social na área da Saúde

Processo de Trabalho e Serviço Social  
no Pronto Socorro da Cidade de Rio das Ostras  
e suas contribuições para a promoção e atenção à Saúde



**RIO DAS OSTRAS  
2013**

**RENATA OLIVEIRA DA MOTA**

O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL NO PRONTO SOCORRO  
DA CIDADE DE RIO DAS OSTRAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A  
PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso e  
Serviço Social, a ser apresentado à  
banca examinadora composta por  
Ranieri Carli e Juan Retana, na  
Universidade Federal Fluminense

ORIENTADORA: Professora Dra. Katia Íris Marro

Rio das Ostras  
2013

## **RENATA OLIVEIRA DA MOTA**

O Serviço Social na área da Saúde

Processo de Trabalho e Serviço Social no Pronto Socorro da Cidade de Rio das Ostras e suas contribuições para a promoção e atenção à Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso e Serviço Social, a ser apresentado à banca examinadora composta por Ranieri Carli e Juan Retana, na Universidade Federal Fluminense

Data da Defesa: 17 de Janeiro de 2014

Resultado: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Professora Dra. Kátia Íris Marro  
UFF  
CAMPUS DE RIO DAS OSTRAS

---

Professor Dr. Ranieri Carli  
UFF  
CAMPUS DE RIO DAS OSTRAS

---

Professor Dr. Juan Retana  
UFF  
CAMPUS DE RIO DAS OSTRAS

## AGRADECIMENTOS

Para começar a destacar aqueles que junto comigo viveram momentos de muito suor e luta, tendo em vista as dificuldades ao longo da minha caminhada na academia, agradeço em primeiro lugar a Deus, pois foi apegada à minha fé Nele que cheguei até aqui, e Ele como sempre em tudo o que faço: é FIEL! Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas.

Dando continuidade, agradeço ao meu mais que esposo, amigo, companheiro de todas as horas que esteve do meu lado todo o tempo, demonstrando paciência nos momentos em que nos privávamos de passeios em família, pois precisava me debruçar nos textos. E não posso deixar de citar o quanto me impulsionou a chegar até aqui nos momentos em que pensava em desistir, e foram muitos.

À minha mãe Sônia que foi a primeira a sonhar com este momento não medindo esforços para me dar condições de estudar e ter uma vida digna. Aos meus irmãos e sobrinhas, agradeço o apoio e afeto.

Agradeço a minha querida professora e orientadora Katia Marro, que foi peça fundamental para que eu estivesse aqui hoje, bem como as minhas supervisoras de campo de estágio Ana Caroline e Bruna Alves e todos os professores que contribuíram para a minha formação.

Agradeço a todos os meus amigos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Enfim, a todos meu muitíssimo obrigada!

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo debater acerca do exercício profissional do assistente social na área da saúde, em especial no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, tendo como base o Serviço de emergência/urgência neste Município, a partir de experiência de estágio na instituição.

Está baseado, principalmente, em pesquisa bibliográfica, sobretudo o contexto histórico da Política de Saúde no Brasil, e dos contextos sociais, políticos e econômicos em que esta política está inserida. Conta também com contribuições de profissionais de Serviço Social inseridas no PSMRO. Além da experiência proporcionada pelo estágio supervisionado em Serviço Social.

Constata-se que tal precarização da Política de Saúde no contexto atual tem raízes nos processos históricos de mudanças dos padrões de regulação social e de acumulação, e que atinge diretamente as condições de saúde da população, assim como a qualidade das instituições de forma explícita.

A relevância deste trabalho está pautada nos impactos do contexto atual na precarização da política de saúde, assim como nas particularidades que essa realidade ganha no município de Rio das Ostras e na atuação do profissional de Serviço Social.

Finalmente, trazemos reflexões sobre os limites e desafios colocados ao profissional a partir desse contexto societário. Destacando as atuais configurações do mundo do trabalho e seus impactos na saúde, refletimos sobre os desafios da profissão na viabilização do acesso e a qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da afirmação dos direitos sociais.

Palavras-chave: Serviço Social, atuação profissional, saúde, emergência/urgência.

## Sumário

Introdução .....	6
1. Algumas tendências da política de saúde na realidade atual.....	8
1.1. Breve percurso histórico para entender o contexto contemporâneo.....	8
1.2. Os impactos e as contradições deste contexto histórico na área da saúde.....	11
1.3. A política de Saúde na atualidade.....	14
1.4. O contexto local e o PSMRO .....	16
2. Algumas reflexões sobre o exercício profissional do assistente social no âmbito da saúde.....	25
2.1. O Serviço Social e o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras.....	28
2.1.1. Atribuições do assistente social no âmbito de urgência/ emergência.....	28
2.1.2 Condições e relações de trabalho no PSMRO.....	31
2.1.3. Limites e desafios para um trabalho profissional qualificado no PSMRO.....	34
Considerações Finais.....	40
Bibliografia .....	43
Webgrafia.....	47
Anexos.....	48

## **Introdução**

Este trabalho pretende analisar as particularidades da atuação profissional do assistente social no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, bem como as possibilidades de atendimento às demandas colocadas pelos usuários, numa perspectiva de afirmação do direito à saúde.

Abordaremos também as principais características da política de saúde e as possibilidades de afirmação do SUS no contexto neoliberal. Para tanto, foi necessário pensar como acontece a política de saúde na cidade de Rio das Ostras, tendo em vista a forte tendência clientelista no município.

Em relação ao processo de trabalho do qual participa o assistente social, a pesquisa compreende as atribuições e competências destes profissionais no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, e ainda problematiza suas condições e relações de trabalho – carga horária, possibilidades de qualificação, funções designadas, salário, estabilidade no emprego, estrutura física e recursos disponíveis para o desenvolvimento do trabalho, relações de poder –, apontando como estes elementos incidem nas possibilidades de atendimento das demandas. Pesquisamos também a relação do profissional de Serviço Social com seu usuário e com outras categorias como, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos, etc.

Analisamos também a realidade na qual o profissional de Serviço Social pretende atuar, buscando respostas para o enfrentamento de desafios que se apresentam nos diversos campos de atuação e constituem um elemento central para uma intervenção qualificada.

A minha inserção no campo de estágio na área da saúde me trouxe inquietações a respeito da atuação profissional neste campo e as possibilidades de contribuir para um serviço de qualidade, abordando ainda como que a lógica capitalista com o advento do neoliberalismo, que se caracteriza pelo “mínimo social”, rebate na saúde que coloca o Estado ainda mais distante da garantia de direitos universais.

Nos últimos anos com a implantação das políticas sociais compensatórias de corte neoliberal e a Reforma do Estado o que se observa é a precarização dos serviços públicos de saúde.

Percebe-se que o sucateamento dos serviços públicos no Brasil, se apresenta também nos municípios da Baixada Litorânea e conseqüentemente em Rio das Ostras.

Os Assistentes Sociais inseridos especialmente no Pronto Atendimento do Município de Rio das Ostras vêm atuando para o enfrentamento destas demandas.

Com a busca destes elementos propostos na pesquisa, pretendo contribuir para a construção de debates a respeito das condições de trabalho de Assistentes Sociais no campo da saúde, bem como, sobre as Políticas Públicas voltadas para saúde.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: a) pesquisa bibliográfica sobre processo de trabalho no qual se insere o assistente social, espaços sócio-ocupacionais, neoliberalismo, políticas sociais, Serviço Social na saúde; b) pesquisa documental da Constituição Federal, Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Humanização e memorandos do Serviço Social do PSMRO; c) pesquisa de campo.

Na Pesquisa de Campo encontrei dificuldades nas entrevistas com as profissionais, entrevistando duas assistentes sociais. As dificuldades surgiram por conta das condições de trabalho durante os plantões. Com isso, essa ferramenta tão importante numa pesquisa, ficou reduzida a algumas falas ao longo do trabalho. No entanto, a minha experiência de estágio foi essencial para a construção de argumentos constantes nesta pesquisa.

O trabalho está dividido em dois capítulos cada qual organizado da seguinte forma: no capítulo um, a pesquisa aponta um panorama macro da saúde no Brasil na atualidade. O capítulo dois traz contribuições a respeito da atuação do profissional de Serviço Social na Saúde (emergência\urgência) sinalizando qual o significado deste profissional no referido campo, assim como no PSMRO, suas atribuições, condições e relações de trabalho e os limites e desafios deste profissional no campo da saúde.



# **CAPÍTULO I – ALGUMAS TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REALIDADE ATUAL**

## **1.1. Breve percurso histórico para entender o contexto contemporâneo**

Para falar sobre a política de saúde no Brasil no contexto contemporâneo é essencial trazer um breve panorama da trajetória dessa política. Partimos então da década de 70 que foi um período de grande crise econômica e o modelo econômico adotado pelo regime militar que passou a se esgotar no final desta década.

Neste período o mundo passou a experimentar mais uma crise do sistema de produção capitalista, as modificações socioeconômicas foram intensas.

Na busca por lucros, o capital passa a investir em tecnologia contribuindo desta maneira para o desenvolvimento das forças produtivas. A Revolução Tecnológica provoca uma intensificação na produção, porém, há uma redução da força de trabalho que foi substituída por máquinas e aumento na competitividade no mercado. Esta nova organização resulta em aumento de desemprego e miséria. As condições de vida, saúde e trabalho neste contexto se precarizam ainda mais, impactando de forma negativa na saúde, e no aumento da exploração da mão-de-obra.

Estas mudanças indicam o fim do modelo de acumulação “rígido” - o chamado padrão fordista-keynesiano - que se apresentava no auge nas décadas de 1950 e 1970. Antes da crise, conforme Netto e Braz (2007) o padrão fordista-Keynesiano aparentemente consolida o “capitalismo democrático” com produção em larga escala. Encontra um mercado em expansão infinita e a intervenção reguladora do Estado que controlava as crises na base do consenso.

Porém a expansão esgotou-se e o capital mais uma vez passou a apresentar sinais de crise, como por exemplo, a queda de lucro decorrente do excesso de produção, o esgotamento dos padrões adotados pelo capital para acelerar produção/acumulação, a desvalorização do dólar, a crise do Estado de Bem-Estar Social, a intensificação da organização da classe trabalhadora com

lutas sociais, como greves e manifestações em busca de direitos e a crise do petróleo que foi uma das importantes manifestações da crise.

De acordo com estes autores a crise do capital impulsionou, nas décadas seguintes, muitas transformações que afetaram a estrutura social. Neste cenário o capital restabelece um novo padrão de acumulação, no sentido de recuperar seu ciclo de produção adotando uma acumulação “flexível” e insere o processo de reestruturação na produção.

Desta forma, este novo modelo de acumulação atingia também o mundo do trabalho. O que permaneceu do modelo da década anterior foi a produção em larga escala, ou seja, o modelo de produção estabelecido pelo capital com vistas ao acúmulo de riquezas caracterizava-se pela produção em massa, por ampliar o mercado de consumidores, com uma produção homogênea e verticalizada, obedecendo uma uniformidade e padronização, e uma desvalorização do trabalhador por não apresentar níveis de qualificação.

No final dos anos 70, o Brasil entrou em recessão, observando-se algumas tendências que provocam o descontentamento da população: aumento da inflação e de preços dos produtos alimentícios – e suas conseqüências na retração do consumo -, assim como crescimento do desemprego. Este processo atingia principalmente a classe trabalhadora que sofria com a desvalorização e com diminuição dos seus salários por conta da inflação.

No Brasil a crise da década de 70 teve sua particularidade com a abertura do mercado que teve início no Governo militar de General Ernesto Geisel (1974-1979), a qual se deu por alguns fatores como, o esgotamento do Milagre Econômico, ou seja, já não era mais possível sustentar o crescimento econômico de 10% ao ano e a crise do petróleo que contribuiu para a intensificação da recessão e o desgaste dos governos militares.

Enquanto isso a classe operária fazia greves que eram reprimidas com violência. As lutas dos trabalhadores se davam por questões salariais, direitos, alterações na lei trabalhista e sindical e participação democrática na sociedade. Segundo Sader (1999), as lutas do movimento operário corroeram as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas.

Para o seu funcionamento o capital precisa da sociedade e sua estrutura se movimentando a seu favor, quando a classe trabalhadora de forma

organizada se coloca contra as imposições do capitalismo ele precisa criar estratégias para se reconstruir.

Segundo Mota (2009), é somente a partir dos anos 80 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos, num contexto de lutas democráticas contra o regime militar.

A década de 80 foi uma década de intensificação do debate a respeito das políticas públicas no Brasil também em função do aumento da pobreza e da miséria, por conta da crise do capitalismo que abriu precedentes para as teses neoliberais, que passaram a ser efetivadas. A partir daí o ideário neoliberal passa a ganhar terreno na sociedade brasileira. Este novo ideário com vistas à restituição da acumulação capitalista consiste em redefinir o papel do Estado reduzindo a sua intervenção na esfera econômica, defendendo que o equilíbrio monetário seria prioritário e que para manter este equilíbrio é necessário cortar gastos sociais. Este cenário exigiu a Reforma do Estado, para que haja novas formas intelectuais e morais conduzidas pela burguesia, redefinindo a relação entre capital x trabalho e deles com o Estado.

Os avanços conquistados pela classe trabalhadora através das lutas na Constituição de 1988, como a redução da jornada de trabalho, licença paternidade, ampliação do direito a greve, entre outros, vêm retrocedendo com o advento da política neoliberal, tendo como marco a eleição presidencial de Fernando Henrique Cardoso em 1995. Mesmo tendo sua introdução a partir das eleições de 1989 de Fernando Collor de Melo, o Governo Itamar Franco (1992 - 1994) impossibilita a implantação efetiva deste ideário. O Plano Real veio para selar o neoliberalismo na sociedade brasileira.

O resultado das transformações ocorridas neste novo cenário rebatem na classe trabalhadora, pois acarretaram na precarização das formas de trabalho, como por exemplo a fragmentação no processo de trabalho que desvaloriza e desune a classe trabalhadora. A reorganização da produção, a chamada reestruturação produtiva, contribui segundo Behring e Boschetti (2008) com o processo de ampliação de desemprego. Isso desencadeou uma atitude defensiva por parte da classe trabalhadora que agora se desorganiza, pois cada um precisa garantir o seu posto de trabalho para a sua subsistência,

tornando-se individualista, o que torna mais difícil a organização enquanto classe.

Conforme destaca Mota (2009)

Amparada pela naturalização da mercantilização da vida, essa reforma social e moral busca, entre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão-consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social; e a classe trabalhadora em sócia dos grandes negócios. (Mota, 2009, pg.63)

## **1.2. Os impactos e as contradições deste contexto histórico na área da saúde**

Para Bravo (2000), a década de 80 constitui um período de grande intensificação nos debates sobre saúde pública no Brasil. O SUS tem sua raiz histórica nas lutas sociais dos anos 70 e 80, de um novo grupo de sujeitos sociais que marcaram este cenário com conquistas que são presentes ainda nos dias atuais.

No âmbito da saúde, neste contexto de lutas por direitos, existia a disputa entre dois projetos com diferentes ideais, o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

Conforme Bravo (2009), a proposta do projeto de reforma sanitária representado pelas camadas populares, que envolve intelectuais da saúde, movimentos sociais e estudantes é de mudanças com relação ao modelo vigente na época<sup>1</sup>, tendo como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde, visando a construção de um Estado democrático e de direitos, que é responsável pelas políticas sociais e então pela Saúde.

Vale ressaltar que uma das visões do projeto é de inserir novos sujeitos sociais na definição da política setorial por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, dando voz à participação popular, que consiste na maior interessada no desfecho desta política.

---

<sup>1</sup> Neste contexto a saúde era restrita aos que contribuíam com a previdência social, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social) ou assistência médico-hospitalar de poucas doenças aos que não contribuíam.

O fundamento deste projeto é a democratização do Estado com maior interesse público, democratização dos acessos, descentralização, melhor qualidade dos serviços, visando a integralidade e equidade das ações, na perspectiva da premissa básica do projeto sanitário: saúde como direito de todos e dever do Estado. Uma das diretrizes desta estratégia é a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais que foram marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, o qual se intensificou com a repressão (da participação e organização popular) e a limitação dos direitos civis durante a ditadura civil-militar.

Um dos marcos deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, sendo que as propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte criada em 1987. Grande parte das ideias defendidas foram incorporadas na Constituição de 1988, o que resultou na garantia de direito à saúde a todo cidadão, sendo um dever do Estado, por meio de um sistema de acesso universal e igualitário.

Por outro lado, observa-se nesta conjuntura a proposta do projeto privatista representado pelos grupos empresariais, que se norteia com a perspectiva de mercantilização. Conforme Bravo (2009) tem em sua base o Estado mínimo; sua premissa é estabelecer parcerias e privatizações e as tendências são: a crise financeira e sociais, burocratização do acesso, déficit Social, financiamento efetivo, dicotomia entre universalização e focalização, diminuição dos gastos sociais, déficit público.

A Constituição Federal de 1988, promulgada numa época de grandes lutas e mobilização da sociedade civil por democracia e direitos sociais, garante no artigo 194 a Seguridade Social aos cidadãos brasileiros. Segundo Araújo (2005), Seguridade Social diz respeito a políticas sociais que são de responsabilidade do Estado e que devem garantir o direito à saúde, à previdência e à assistência social. Com a promulgação da Constituição, a saúde passa a ser garantida no artigo 196 como dever do Estado e direito do cidadão. Para tanto, o Estado deve desenvolver “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

É fundamental trazer aqui o avanço que foi a conquista da Seguridade Social, que na teoria é a garantia de direitos na Saúde, Assistência e Previdência. A saúde foi uma das áreas da Seguridade que mais teve avanços, com a implantação do SUS, partindo do Projeto de Reforma Sanitária. Porém, para Bravo (2000), no contexto societário vigente este projeto está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS “para os pobres” e a segmentação do sistema, o que sustenta a afirmação que Vasconcelos (2007) vai colocar: *“Não é possível tratar igualmente os desiguais”*

Portanto os avanços da década de 80 acabam sendo reprimidos na década de 90 pelas estratégias de acumulação capitalista, que causam mudanças que rebatem diretamente na vida dos indivíduos. Cabe destacar algumas consequências da implementação da política neoliberal na transição da década de 80-90. O Brasil é um país em que o direcionamento político fortalece o capital em detrimento das políticas sociais. Segundo Iamamoto (2011) a Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, pois ainda conforme a autora desvincula 20% de seus recursos alimentando o mercado financeiro. Ou seja, o que se verifica é um mercado ainda mais voltado para o capital onde os recursos que deveriam ser aplicados em políticas sociais se voltam ao fortalecimento do capital. Ainda neste processo há uma redução do papel do Estado no enfrentamento das expressões da questão social que neste cenário se apresenta da seguinte forma: desemprego estrutural, instabilidade do trabalho, perda de direitos trabalhistas, aumento da pobreza, privatização dos serviços sociais, enfim, maiorias sociais em situação de extrema pobreza, exclusão e subalternidade.

Desta forma, há uma divisão dos que podem e os que não podem usufruir de determinados serviços oferecidos pelo grande mercado. Neste sentido constatamos um aumento de demandas por políticas sociais na mesma medida em que aumenta também a precarização dessas políticas.

### **1.3. A Política de Saúde na atualidade**

Nos últimos anos as políticas sociais têm vivido um processo de mercantilização, sob o discurso falacioso de que o mercado garante maior efetividade às ações que deveriam ser de responsabilidade do Estado. Mota (2009) vai ressaltar que o caminho assumido pela Seguridade Social brasileira ao criar condições para incluir alguns trabalhadores excluídos da previdência, também promoveu a abertura de mercado privado de serviços sociais considerados complementares, como planos de saúde e da previdência, o que fragmentou a proteção coletiva dos trabalhadores, com modelos de proteção social composto pelos serviços próprios das empresas, pelos seguros sociais privados, oferecidos por banco e serviços públicos. Com isso, os trabalhadores dirigiram suas reivindicações às empresas em acordos coletivos, com solicitações de garantias de saúde e previdência, enfraquecendo então, a luta por políticas públicas de proteção social.

Na saúde, com as parcerias do Estado com o setor privado o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido com intensos processos de privatização, seja via Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de interesse público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e mais recentemente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). São exemplos claros de desmonte da proposta constitucional do SUS porque fere o projeto construído ao longo da década de 80.

Por outro lado, esta política vem sofrendo com falta de recursos, e é algo que vemos claramente nas instituições de saúde, e mais a frente veremos esta realidade no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras. Já o mercado de serviços médicos privados cada vez mais conquista adeptos, inclusive entre as classes médias e até mesmo o operariado. Este processo torna a política de saúde ainda mais precária, pois na medida que a saúde se coloca a atender lucros, configura-se o benefício do privado em detrimento do serviço público.

Fica claro um duplo processo onde de um lado vê-se um sistema público de saúde sucateado para atender à população pobre e planos privados para “os que podem pagar”. Conforme contribui Bravo (2006) a hegemonia do modelo neoliberal no Brasil leva a saúde a ficar vinculada ao mercado.

E ainda planos “pobres” para “pobres”. Este modelo está bem longe daquele conquistado na Constituição por meio das lutas sociais, que reivindicaram um sistema público, gratuito, estatal e universal.

Atualmente o SUS enfrenta problemas que afetam o acesso e a qualidade dos atendimentos, o que compromete a sua legitimidade com políticas públicas extremamente precarizadas com pouco investimento e nenhuma vontade política de melhorar os serviços oferecidos pelo Estado.

Segundo Bravo (2009) nos anos 90 a concepção da Reforma sanitária foi totalmente abandonada. Nos Governos Lula (2003 – 2010) e Dilma Rousseff (2011 – atual), ressurgiu a expectativa de que esta proposta fosse retomada, pois ensaiou-se uma reorganização, com a criação de secretarias, convocação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Criou-se uma expectativa de que este governo daria mais foco às políticas sociais e à participação social, com superação do modelo neoliberal.

Porém, a 12ª Conferência não teve a mesma importância da 8ª, pois em nada avançou nas propostas e no fortalecimento da Reforma Sanitária. Da-se então, um processo de continuidade com o modelo de saúde dos anos 90, por exemplo, a política focalizada, a precarização e a terceirização de mão-de-obra dos trabalhadores da saúde. A real situação da saúde pública brasileira que se constata nos dias atuais é de atendimentos precários, com grandes e intermináveis filas, com número de exames e consultas insuficientes para suprir a demanda da população e um distanciamento cada vez maior do Projeto de Reforma Sanitária que está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado.

Com base em tudo o que já foi exposto não posso deixar de fazer a seguinte pergunta: Quais são as reais intencionalidades e interessados em fortalecer o privado e permitir que o público se precarize?



#### 1.4. O contexto local e o PSMRO

Os impactos desta saúde precarizada, que vem padecendo com falta de recursos no município de Rio das Ostras não é diferente. Rio das Ostras foi emancipada político e administrativamente em 1992 e está localizado na baixada litorânea fluminense, apresenta extensão territorial de 231 Km<sup>2</sup>, com população estimada de 105.676 habitantes, com crescimento de 80.000 habitantes em 15 anos<sup>2</sup>.

Rio das Ostras é uma cidade turística conhecida nacionalmente por suas praias e natureza exuberantes. Nos últimos anos vem enfrentando um avanço econômico e populacional significativos ao ano. Tal crescimento se deve à expansão das empresas ligadas ao setor petrolífero da Bacia de Campos em Macaé, cidade vizinha, o que impulsiona a migração de muitas pessoas para a região em busca de emprego e melhoria na qualidade de vida.

É uma cidade cuja gestão atual tem o foco no turismo, portanto, toda estrutura da cidade é voltada ao turista. Ao cidadão riostrense resta o enfrentamento da falta de política pública da cidade.

A estrutura da cidade, ou seja, as políticas públicas não acompanham o crescimento populacional, o que se vê é um desordem no que diz respeito ao desenvolvimento enquanto município, o que vemos é migração populacional em massa, ou seja, cada vez mais pessoas chegando na cidade migradas das capitais e as políticas públicas estagnadas ou até mesmo regredindo. Por exemplo, não há saneamento básico em grande parte da cidade. Neste sentido a saúde da população fica vulnerável, pois são muitas vezes submetidos a esgoto a céu aberto.

O crescimento exacerbado traz rebatimentos para a administração pública e as várias políticas setoriais, dentre elas a saúde.

Segundo levantamento do livro de registro do Serviço Social feito ao longo do meu período de estágio, as demandas de saúde do município advêm principalmente da classe trabalhadora que migra para o município em busca de melhor oportunidade de emprego e acaba se submetendo a vínculos

---

<sup>2</sup> Acesso ao site do IBGE em Janeiro de 2013 – <http://www.ibge.gov.br>

precarizados de trabalho ao se deparar com uma realidade do mercado de trabalho contrária aquilo que é noticiado a respeito desta região.

De acordo com dados da Prefeitura, a saúde em Rio das Ostras se destaca pelo atendimento humanizado, eficiência na distribuição de medicamentos, realização de exames, 10 (dez) postos de saúde, dois Centros de Saúde, dois Centros de Reabilitação, Pronto-Socorro, farmácia municipal e Hospital Municipal, Unidade de Dor Torácica - UDT, Centro de Atenção Psicossocial – Caps. Como programas de saúde básica o município conta com o PSF (programa de saúde da família), PAD (programa de atendimento domiciliar), e ainda programas de prevenção voltados para saúde da mulher, crianças e adolescentes, DST/AIDS, dentre outros.<sup>3</sup>

Com tantos recursos dando suporte à saúde no município o que se espera é uma população com alto índice de atendimento às suas demandas.

Porém, a realidade é que não se expõe as questões dos inúmeros problemas que o município enfrenta na saúde, como por exemplo, as intermináveis filas nos postos de saúde com marcação de consultas para até três meses de espera.<sup>4</sup>

O Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras é a instituição na qual realizei o processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social entre 2010 e 2013. Portanto, todas as informações relatadas nesta pesquisa foram baseadas na vivência e nos instrumentos de registro do processo de estágio, colaboração de minhas supervisoras de campo e documentos elaborados pelos profissionais do Serviço Social<sup>5</sup>.

Destaco ainda que ao longo do meu tempo de estágio na instituição não foi possível obter nenhum documento formal da instituição pelos agentes administrativos, que sempre alegavam falta de documentação<sup>6</sup>. Durante esse

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://www.riodasostras.rj.gov.br> , acessado em 14 e 25 de Maio de 2013.

<sup>4</sup> Relato de pacientes que procuram o Pronto Socorro Municipal extraído do Diário de Campo.

<sup>5</sup> Documentos elaborados pelos assistentes sociais: Relatório de apresentação do Processo de Trabalho do Serviço Social do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras de 2009; Projeto de Sistematização das Ações e Atribuições do Serviço Social do PSMRO de 2007; Relatório de pontos positivos e negativos do Serviço Social de 2011.

<sup>6</sup> Devido a falta de material, algumas informações sobre a instituição foram colhidas de diversas formas, com base em conversas e troca de informações com a Assistente Social. Como estagiária eu tinha muito pouco acesso às informações institucionais, com isso cada produção de relatórios exigidos pela equipe de supervisão acadêmica se torna desafiante.

tempo busquei documentos como organograma, documentos sobre os recursos da instituição, sobre a área de administração, hierarquias, funcionamento dos setores. Não obtivemos êxito, pois o então Diretor e o seu sucessor, respondiam que não existia material documental. Vale ressaltar que esta é a realidade na qual o assistente social esbarra no seu cotidiano de atuação, são os limites institucionais que se configuram barreiras na intervenção. Dessa forma entramos na questão da autonomia relativa do profissional, visto que o assistente social é um trabalhador assalariado e inserido em instituições, ficando condicionado a limites institucionais.

O Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras foi inaugurado na década de 90, período em que Rio das Ostras se tornou município; é a única unidade de saúde pública de urgência e emergência do município funcionando 24 horas por dia todos os dias. Porém, a estrutura precarizada e o número de profissionais não atendem as demandas da população, o que acarreta superlotação, pois a capacidade da unidade de saúde é de 100 atendimentos/dia e recebe 450 usuários<sup>7</sup>. Sua equipe é formada por Médico Socorrista, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Neurologia e Nefrologia, atendimentos de urgência/emergência psiquiátrica, Administração de medicamentos prescritos após a consulta, Exames (laboratoriais, radiológicos e eletrocardiogramas) Imobilização ortopédica, Central de marcação de exames para pacientes graves e pacientes internos, Unidade de Dor Torácica (para urgências/emergências cardiológicas) e Equipe de Resgate (para urgência/emergência: acidentes domésticos, acidentes de trânsito, ocorrências em escolas e em vias públicas).

O mesmo tem um diretor geral, um diretor médico, a chefia de enfermagem, além da “figura” do supervisor administrativo, este profissional faz a triagem dos usuários, ou seja, os encaminha aos serviços disponíveis no interior do PSMRO. É composto por uma enfermaria feminina e uma masculina, sala de observação, duas salas de hipodermia, dois isolamentos, sala de traumatologia, dois consultórios médicos, um consultório de ortopedia, uma sala de oftalmologia, sala do serviço social, sala de raio-x, sala de psiquiatria,

---

Porém, penso ser um dos desafios do profissional de Serviço Social que precisa transpor estas barreiras institucionais para uma atuação de qualidade.

<sup>7</sup>

Dado concedido pelo Supervisor administrativo da unidade.

UDT – Unidade Dor Torácica, salas administrativas, sala de nutrição, refeitório, farmácia, sala do CECOVE (Central de Consultas, vagas hospitalares e exames), sala de espera e recepção.

É importante ressaltar que o CECOVE foi uma conquista do Serviço Social da unidade<sup>8</sup>, por conta das demandas de marcação de exames que eram encaminhadas erradamente ao Serviço Social.

O Pronto Socorro é uma unidade de saúde pública, municipal, que atende em regime emergencial na área de saúde. Além de prestar atendimento de urgência e emergência funciona como unidade de internação devido à falta de vagas no Hospital Municipal. Presta serviços, também ambulatorial, por conta da dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, sendo visível a precarização dos serviços públicos de saúde. Muitas das pessoas que chegam ao Pronto Socorro apresentam patologias que poderiam ser facilmente atendidas pela rede básica de saúde se funcionasse. Na verdade ocorre que o usuário das redes básicas de saúde não recebem o tratamento, atenção e atendimento adequados, e diante desta situação o usuário recorre ao serviço de urgência.

Existem postos de saúde em praticamente todos os bairros da cidade com médicos pediátricos, clínicos gerais e ginecologistas. Acontece que o número de profissionais ainda é insuficiente não dando conta da demanda. Estes profissionais são expostos a condições de trabalho precarizadas, visto que a saúde não é prioridade no modelo de sociedade atual. Marcar uma consulta é tão difícil que muitas pessoas precisam ir às filas quando o dia ainda sequer amanheceu e ainda assim esperam meses para serem consultados. Com essa falta de atendimento na rede as pessoas acabam procurando o Pronto Socorro superlotando-o. Segundo levantamento feito através do Livro de Registro do Serviço Social<sup>9</sup>, os usuários que chegam ao Serviço Social caracterizam-se por serem: pessoas de ambos os sexos (adolescentes, homens, mulheres e idosos); a maioria é de Rio das Ostras, porém aparecem pessoas de outros municípios e estados; geralmente são de bairros periféricos

---

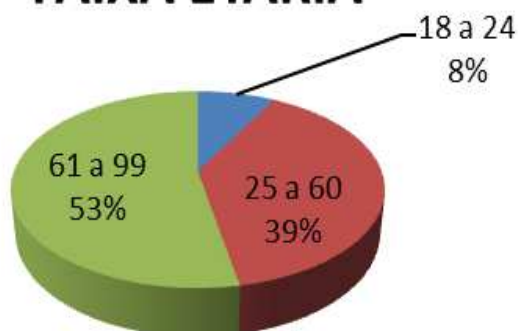
<sup>8</sup> O Serviço Social se manifestou por meio do Projeto de Sistematização das Ações e Atribuições do Serviço Social do PSMRO, onde constava uma solicitação para a criação do CECOVE.

<sup>9</sup> Livro de Registro do Serviço social: utilizado para registro de usuários que passam pelo Serviço social.

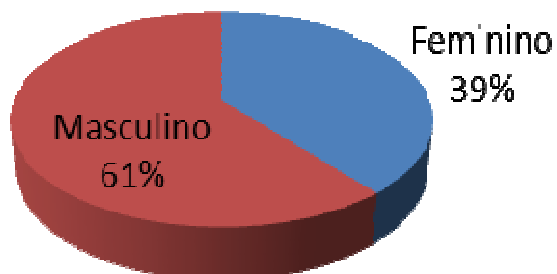
da cidade; a grande maioria trabalha na informalidade. São usuários que dão entrada no PS com doenças crônicas, agudas, acidentes de trabalho, acidente doméstico, acidente de trânsito, atropelamento, violência doméstica, violência sexual, agressão física, tentativa de suicídio, dependência química e transtornos mentais dentre outros; muitos ficam tempo considerável internados. Estes usuários precisam enfrentar a realidade precária do serviço de saúde do município.

De acordo com gráficos elaborados ao longo do ano de 2012 pela equipe de Serviço Social, constatamos que o PSMRO atende em média 450 usuários por dia entre homens, mulheres e adolescentes de idades variadas (12 à acima de 100 anos).

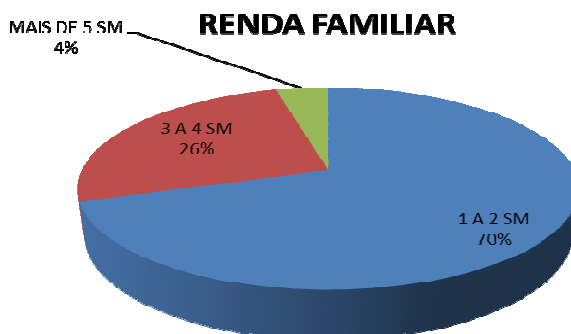
## FAIXA ETÁRIA



## GÊNERO



Fazendo uma análise sobre o perfil desses usuários, podemos afirmar que a renda familiar é de no máximo dois salários mínimos e os homens são os que mais procuram a unidade.



As demandas são variadas e normalmente necessitam de atendimento imediato. O Pronto Socorro Municipal é a principal porta de entrada da rede de saúde do município.

De acordo com Bravo e Matos (2006):

O Projeto Privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso Às unidades e aos serviços de saúde, atendimentos humanizados, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático Às informações e estímulo à participação cidadã. (p.206)

É importante destacar que foi a partir da Constituição Federal de 1988, que a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, entendida numa concepção ampla que ultrapassa a idéia de ausência de doença. Apresentando neste sentido, fatores determinantes e condicionantes, dentre 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. Isso expressa que a realidade social vivenciada pelos diversos sujeitos influencia diretamente nas condições de saúde dos mesmos.

Neste sentido, o serviço de emergência prestado por este pronto socorro apresenta diversos tipos de demandas nas quais pode se observar que não

houve prevenção, por exemplo, hipertensão, diabetes, cardíacos, todos no limite da doença. Também demandas sociais, que necessitam de atendimento/encaminhamento imediato por parte de toda equipe de saúde, desta unidade. A maioria da população não tem conhecimento sobre a finalidade do setor de urgência e emergência e procuram por atendimento acarretando uma lotação, porém a alta procura por atendimento no PSMRO se dá pela demora no agendamento de consultas nas redes básicas de saúde.

Embora a questão das redes básicas de saúde seja uma problemática para a realidade do município não existe um plano de melhoria para tratamento da questão. Indaguei em entrevista à uma das assistentes sociais do PSMRO e a mesma relatou que “não é de seu conhecimento que tal questão fora assunto em pauta de reuniões de equipe ou levado a encontros/conselhos de saúde”<sup>10</sup>.

Tal situação descreve a desumanização no atendimento do paciente, esta, difundida pela ideologia do individualismo exacerbado, presente no sistema neoliberal, que não percebe o indivíduo nas suas diferenças e que transfere a responsabilidade do Estado aos sujeitos. As condições de trabalho dos profissionais do PSMRO também impactam diretamente no atendimento às demandas, esses profissionais não dispõem de ferramentas suficientes para sua atuação, até as mais simples, como material de apoio administrativo.

Para Barroco (2012), o assistente social é um profissional que detém informações, e estas devem ser postas a serviço dos usuários, reforçando o seu poder reivindicatório junto às instituições responsáveis pelas políticas e programas. Porém, os limites dentro das instituições são intensos.

A falta de transparência nos processos é um limite que o profissional do Serviço Social enfrenta nas instituições. É imprescindível o profissional conhecer a realidade da instituição no qual atua. Existe ainda um limite na atuação pela falta de gestão democrática, pois embora a profissão se configure como liberal, o profissional está na condição de trabalhador assalariado, não tendo total autonomia de decisão. Enfim, os limites postos impactam diretamente na qualidade do serviço que este usuário irá acessar.

---

<sup>10</sup> Entrevista realizada com AS que trabalha no PSMRO, em agosto de 2013.

Algumas mudanças ocorreram nos últimos dois anos no PSMRO e julgo importante trazê-las aqui para entendermos a dinâmica e as condições de trabalho, bem como o modelo de gestão que prevalece.

A princípio, houve mudança na direção da gestão administrativa, antes tínhamos como Diretor da unidade que no ano de 2011 foi substituído. Com essa mudança, várias outras ocorreram. Vários cargos comissionados também passaram por substituições, pois eram indicações políticas. Com a entrada da nova Direção foram feitas mudanças até mesmo na estrutura física da unidade. O Serviço Social foi um dos impactados. O Novo diretor propôs que o Setor se instalasse no andar de cima do PSMRO, porém, as assistentes sociais se posicionaram, e baseadas no código de ética alegaram que a sala deveria estar em um espaço em que os usuários tivessem fácil acesso e no andar de cima não seria possível um cadeirante ou idoso acessar a sala. Então, o Serviço Social permaneceu em sala de fácil acesso dos usuários. A mudança mais atual é a da gestão do município que antes tinha como Gestor Carlos Augusto Baltazar (PMDB, período de 2005 a 2012) e hoje é gerido por Alcebíades Sabino que antecedeu Carlos Augusto como Prefeito da Cidade no período de 1996 a 2004 e já foi filiado a partidos como PSDB, PV e PSC. Com a mudança de gestão a carga horária das assistentes sociais do PSMRO passou a ser de 24 horas. Antes as profissionais que prestaram concurso com a carga horária de 24h, faziam seus plantões em 2 dias de 12hs, hoje com as mudanças elas cumprem 24h em seus plantões. Neste sentido penso ter sido um grande avanço, pois se tratando de uma unidade de saúde os usuários podem trazer demandas a qualquer hora.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080\90 é responsabilidade do município a garantia de qualificação para os profissionais da saúde, porém, o que se vê é um redirecionamento de prioridades que em nada tem haver com a qualidade dos serviços prestados na saúde. Como já citado anteriormente o advento do neoliberalismo que consiste em minimização do papel do Estado, que rebate diretamente nas políticas sociais e a saúde está entre elas, sendo submetida a consequências lamentáveis para a qualidade nos atendimentos em equipamentos de saúde que são direcionados ao mercado da saúde, possibilitando a entrada dos interesses privados em assuntos que dizem respeito às necessidades sociais.



Tendo em vista que o objeto desta pesquisa inclui o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras é essencial compreender as estratégias atuais do poder público para este setor. Em 2003 foi criada pelo Governo Federal a Política Nacional de Atenção às Emergências, que consiste em estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de atenção às urgências, afim de descentralizar o papel do Estado no que diz respeito à saúde. Porém cabe ressaltar alguns pontos favoráveis nesta forma de organização. De acordo com Souza (2001), os serviços de saúde são organizados de acordo com o nível de atenção, sendo os prontos-socorros o nível terciário que compreendem procedimentos de alta complexidade.

Como já dito anteriormente, o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras vem funcionando como a “Porta de entrada” dos usuários à rede de saúde do município, porém, tal papel nos remete aos limites da política de saúde do município, visto que, alguns casos atendidos não se constituem como urgência/emergência, sendo que deveriam ser atendidos na rede primária de saúde. Este fator muito contribui para o atendimento imediatista da unidade, simplesmente porque o número de profissionais que atuam é totalmente desproporcional ao intenso número de demandas.

Cabe ainda problematizar as condições do espaço que recebe os usuários. Há diversos pontos de infiltração na unidade, algumas salas sequer possuem refrigeração ou ventilação, não há leitos suficientes para comportar tamanho fluxo, não há cadeiras no interior da unidade para a espera de atendimento médico, não existe manutenção nos equipamentos que estão em estado de precariedade avançado, as salas de atendimento médico são compartilhadas, o que compromete a privacidade dos usuários e o sigilo profissional devido em face de determinadas situações.

É inevitável não relacionarmos tal situação com a diminuição dos recursos para as políticas públicas e a minimização do Estado, o que incide diretamente na qualidade da prestação do serviço e na ausência de atendimento das necessidades dos usuários da saúde. Este processo de precarização fica bem claro no PSMRO.

## **CAPÍTULO 2 – ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE**

Para abordar o Serviço Social inserido em uma instituição pública de saúde nos dias atuais, faz-se necessário compreender que o Serviço Social é uma profissão que se coloca nas relações entre Estado e Sociedade Civil, no bojo de uma sociedade de classes, pois ao mesmo tempo em que atende as necessidades e demandas dos que vivem do trabalho, participa do processo de reprodução dos interesses do capital. Nessa tensão capital x trabalho, o Serviço Social dá respostas às classes cujos interesses se contrapõem, pois tanto participa dos mecanismos de dominação e exploração como dá respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, o que Iamamoto (2004) vai chamar de dimensão contraditória das demandas e requisições sociais que se apresentam à profissão.

Sabemos que para viver, algumas necessidades são básicas, como beber, comer, ter moradia, vestir-se, enfim, para suprir estas necessidades os sujeitos se submetem a condições de exploração “impostas” pelo capital. O processo de produção e reprodução da vida para Marx constitui “*a principal atividade humana, o fundamento do materialismo histórico, enquanto método de análise da vida econômica, social, política e intelectual*”, ou seja, para Marx a forma pela qual o indivíduo produz seus meios de subsistência, vai determinar suas relações sociais (MARX, 1978).

O assistente social realiza atividades que incidem sobre as visões de mundo e os comportamentos da população usuária, tendo na linguagem seu principal instrumento privilegiado de ação. Isso lhe permite trabalhar nas expressões concretas das relações sociais, no cotidiano da vida dos sujeitos e faz com que disponha de relativa autonomia na condução do exercício de suas funções institucionais (IAMAMOTO, 2007).

Neste sentido, o Serviço Social tem um papel essencial no que diz respeito à reprodução material e espiritual na vida dos sujeitos, visto que, sua intervenção vai passar por essas duas dimensões, ou seja, ao assistente social cabe garantir que a classe trabalhadora estará em condições de vender sua

força de trabalho ao capitalista, e ao mesmo tempo, especificamente em relação aos serviços de saúde, este profissional também vai trabalhar na dimensão dos valores, da sua sociabilidade.

O Serviço Social brasileiro apresenta um projeto profissional construído pelo debate da categoria, contemplando a pluralidade como um elemento fundamental tanto da sociedade quanto do exercício profissional para sua consolidação. O projeto profissional reconhece a liberdade como valor central, daí o compromisso com a autonomia dos sujeitos (NETTO, 1999). A direção que caracteriza o projeto profissional sinaliza o compromisso com as necessidades e interesses da classe trabalhadora brasileira, e nesse sentido, se identifica com as lutas desses sujeitos para a superação desta ordem societária. Para Netto (1999) o projeto profissional do assistente social é antagônico ao projeto defensor do neoliberalismo que promove a redução dos direitos sociais, a privatização do Estado, a precarização dos serviços públicos, a diminuição do papel do Estado, a redução das políticas sociais.

Alguns compromissos do projeto ético-político do Serviço Social, também concretizados no Código de Ética profissional de 1993, permitem estabelecermos relações com o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Para Bravo e Matos (2004) são projetos que norteiam princípios e diretrizes para a construção de práticas democráticas, baseado na liberdade e participação da sociedade civil, com foco no desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, e rompimento com práticas centralizadoras e assistencialistas na perspectiva de outro projeto societário.

A atuação do profissional de Serviço Social em qualquer espaço sócio-ocupacional deve apontar para os interesses e necessidades da classe trabalhadora, conforme o projeto profissional. Neste espaço o assistente social irá trabalhar junto às mais diversas manifestações da questão social, onde encontrará desafios e tensões expressadas pelas desigualdades sociais da sociedade capitalista.

O campo da saúde representa um dos maiores empregadores de assistentes sociais, estes profissionais estão inseridos nesta área na perspectiva de garantir aos usuários deste serviço o acesso de forma humanizada. Portanto, faz-se necessário discutir a atuação profissional neste espaço para que o caminho seja na direção do projeto ético-político e do

enfrentamento das manifestações da questão social que estão presentes ao longo dos corredores dos serviços de saúde.

Para falar da inserção do assistente social na área da saúde é necessário situar o reconhecimento deste profissional como integrante da equipe de saúde através da inserção nestas políticas desde o seu surgimento, apresentando-se, hoje, amplamente inserido nos serviços e programas da área.

Para o assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez esta seja uma das políticas sociais que mais manifestem uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida. Tomar a análise de Yamamoto (2007) representa repensar as ferramentas de trabalho, seu objeto, mas principalmente repensar como o trabalho do assistente social rebate na vida dos usuários das políticas sociais.

Ao profissional de Serviço Social, faz-se necessário buscar estratégias para o enfrentamento destas questões e a sua intervenção pode contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, garantia dos direitos sociais, fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como, para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142, ambas datadas de 1990.

Apresentadas estas coordenadas gerais para compreender o Serviço Social, como se reorienta nossa profissão à luz das grandes transformações societárias desenhadas no primeiro capítulo?

As mudanças no mundo do trabalho e a introdução das orientações próprias da política neoliberal, ambas causadas pelas tentativas de recomposição da crise capitalista das últimas décadas trouxeram para o Serviço Social novas demandas, advindas tanto do processo de precarização mais intensa do mundo do trabalho (terceirização, subcontratação, trabalho informal, desemprego estrutural), quanto da própria precarização e reorientação do perfil das políticas sociais, inclusive de saúde.

Vale ressaltar que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho e, portanto vendedor da sua força de trabalho que tem que dar conta de responder às demandas do campo no qual atua, que

coincidem, muitas vezes, com sua própria realidade como trabalhador. Ou seja, o profissional que lida no seu cotidiano com as expressões da questão social também sofre as consequências causadas por ela.

Então qual o significado do Serviço Social no âmbito da saúde na atualidade?

Identifica-se que, a partir do exposto no item anterior a respeito dos projetos de Reforma Sanitária e Privatista, ambos têm apresentado diferentes propostas, entre as quais se disputa o exercício profissional do assistente social na saúde.

Bravo (2000) vai dizer que o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. O cunho solidário que fundamentou a concepção de Seguridade Social da Constituição de 1988, está sendo substituído pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para a camada pobre da sociedade.

Ao profissional de Serviço Social fica o desafio de lidar com as profundas desigualdades existentes no campo da saúde, levantando a bandeira do Projeto de Reforma Sanitária.

No próximo tópico analisaremos a atuação profissional em unidade de emergência\urgência, o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras.

## **2.1- O Serviço Social e o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras**

### **2.1.1. Atribuições do Assistente Social no âmbito de urgência/emergência**

O assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde (CFESS, 1999), qualificando o profissional para atuar com competência nas diferentes expressões da questão social no âmbito das políticas sociais. Neste ponto é importante refletir sobre o papel do assistente social em unidade de saúde, bem como conhecer a realidade e a legislação que envolve esta área de atuação, para que o profissional não se submeta às armadilhas postas no cotidiano da emergência.

O Serviço Social vem ampliando seu espaço de atuação, tendo em vista o reconhecimento legal da profissão, e ainda o seu conhecimento quanto às condições de vida e de trabalho nos processos sócio-culturais que permeiam a

vida em sociedade e impactam na saúde dos seus usuários. Nesta perspectiva o que se observa é que o processo saúde/doença tem determinações sociais, o que significa dizer que a saúde é determinada pelas condições de vida e trabalho.

A delimitação das atribuições constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e a busca de alternativas efetivas visando o atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Estão pautadas no conceito de saúde descrito na Constituição, na formação profissional generalista e no compromisso ético-político anunciado no Código de Ética da profissão, que reafirma o seu posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso relativo às ações e serviços, bem como sua gestão democrática.

No atendimento que o assistente social proporciona aos usuários podemos observar o acolhimento, a escuta diferenciada, a divulgação de informação sobre ações e serviços de saúde numa perspectiva de afirmação dos direitos. Outro aspecto a considerar é quando o profissional na identificação da demanda tem a capacidade de extrair delas as reais necessidades sociais e de saúde, direcionando suas respostas em apontamento de projetos e programas, tidos como direitos sociais de cidadania.

Cabe ao Assistente Social fazer uma leitura da realidade através da pesquisa qualificada com o intuito de fortalecer a ação profissional rompendo com ações imediatistas e se comprometendo com as competências profissionais.

Iamamoto (2004) analisando os desafios postos ao Serviço Social apontam três dimensões que devem ser do domínio do Assistente Social em qualquer que seja o campo de atuação, são elas: competência ético-política, competência teórico-metodológica e competência técnico-operativa. Ressaltando que não é possível pensar essas três dimensões separadamente, os autores apontam as armadilhas da fragmentação e da despolitização, tão presentes no passado histórico do Serviço Social. Essas competências devem fazer parte do cotidiano de atuação profissional.

Não existe receita pronta para uma atuação qualificada. Porém, para um fazer profissional competente conforme CFESS (2010) é fundamental para o profissional de Serviço Social:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;

Este item chama atenção para aquilo que é essencial para a atuação do profissional de Serviço Social, pois diz respeito à lutas da classe trabalhadora que consistem também nas lutas do assistente social, tendo em vista que a atuação deste profissional está totalmente ligada à garantia de efetivação dos direitos de seus usuários. Fica uma pergunta a este respeito, trazendo a questão para a particularidade dos serviços de urgência na saúde:

É possível articular questões ligadas às lutas dos trabalhadores em um espaço de atuação com uma dinâmica de trabalho tão rotativa? Pois bem, no município de rio das ostras, fundamentalmente na saúde a qual se destina esta pesquisa, esta é uma questão que muito me inquietou. O profissional é posto no espaço de atuação e a ele são colocadas exigências que partem de um plano macro-societário – como as políticas neoliberais, inclusive respaldadas pelo próprio Estado – e que rebatem no plano local, na realidade da saúde em rio das ostras, sendo que as respostas se limitam ao plantão de 24 horas; situação que, muitas vezes, não é favorável à construção de respostas qualificadas.

É importante ressaltar os tipos de procura pelo Serviço Social no PSMRO: procura espontânea, que são usuários que buscam espontaneamente o plantão para serem orientados; encaminhamentos internos, são os encaminhamentos feitos pelos profissionais que trabalham na unidade e identificam a demanda como sendo do Serviço Social; encaminhamentos externos, que são as demandas que vem de outros serviços externos à unidade. Para todas estas demandas o profissional realiza basicamente orientações (previdenciárias, programas assistenciais, acidente de trabalho); encaminhamentos (para recursos internos inserção de programas, agilização de exames, para recursos institucionais). Estas ações normalmente não tem continuidade interna nem externa à unidade.

Fazendo uma leitura das atribuições do assistente social na saúde inclui-se a perspectiva interdisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações

intersectoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional (SARRETA, 2008).

O desenvolvimento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país. Ao valorizar a perspectiva interdisciplinar e intersectorial nas relações de trabalho, a fim de garantir a atenção às necessidades da população, na mediação de seus interesses e a prestação de serviços e, ao desenvolver atividades profissionais específicas – plantão, entrevista, avaliação sócio-econômica, assistência material, trabalho com grupos, visitas domiciliares entre outras. (SILVA; SARRETA; BERTANI, 2007).

A saúde é um campo de atuação onde múltiplas categorias profissionais atuam, cada uma com sua especificidade. Porém, é necessário que as atuações sejam feitas articuladamente, visando bons resultados.

Para lamamoto:

O Assistente Social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementam as ações institucionais/empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. (CEFESS, 2005)

### **2.1.2. Condições e relações de trabalho no PSMRO**

Percebe-se que na cidade de Rio das Ostras a realidade não é diferente daquela que retratamos no primeiro capítulo: a universalidade pregada nos princípios do SUS ficou na teoria. Há falta de unidades hospitalares, de profissionais, de medicamentos e de equipamentos para atendimento da população, e a mesma fica a mercê de um serviço precarizado inclusive no que seria básico.

De acordo com CFESS (2010), essa nova configuração da política de saúde impacta diretamente o trabalho do assistente social em várias dimensões, sendo elas: condições de trabalho, ampliação de demandas, relação com demais profissionais inseridos na área da saúde, dentre outras. No PSMRO as profissionais enfrentam em seu cotidiano de atuação todas as questões citadas, pois o número de profissionais é bem reduzido para o



número de demandas que chegam à unidade, pois como já foi dito o PSMRO é atualmente a única unidade de emergência/urgência da cidade.

É necessário ressaltar que as condições de trabalho são as mais precárias, a começar pela forma de contratação da maioria das profissionais, que são contratadas temporariamente e submetidas à organização hierárquica da instituição, com alta rotatividade de profissionais que muitas vezes não tem autonomia. Essa organização do trabalho impacta diretamente nos direcionamentos que são dados às demandas que chegam ao Serviço Social; assim é neste espaço tensionado entre interesses institucionais e necessidades dos usuários, que o profissional precisa proporcionar aquilo que é direito na perspectiva de concretizar a democracia.

O profissional deve também facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa, não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS, ou seja, aquela contida no projeto de Reforma Sanitária;

Por outro lado, para tratar sobre as condições de trabalho das assistentes sociais do PSMRO é importante ressaltar o número elevado de demandas que as mesmas recebem e o número reduzido de profissionais existente, o que implica em resultados não satisfatórios do ponto de vista da qualidade do atendimento. Até o ano de 2012, o regime de trabalho das assistentes sociais do PSMRO era fragmentado, de plantões de 20 horas semanais, o que contribuiu para que a prática profissional das assistentes sociais seja burocratizada, focalizada e sem um tratamento contínuo nas questões colocadas pelos usuários. Isso implicava em respostas pontuais, sem estratégias coletivas para o enfrentamento das diferentes manifestações da questão social que surgem na área da saúde.

No PSMRO as profissionais atuam em regime de plantões. O plantão se caracteriza por ser atividade receptora de qualquer demanda da unidade ou dos usuários, funciona em local precário, onde as assistente sociais aguardam ser procuradas espontaneamente ou são encaminhados por funcionários da unidade ao Serviço Social. Neste espaço o usuário é ouvido, orientado e encaminhado para o recurso/serviço que irá lhe atender sua necessidade, seja interna ou externamente.

Levando em conta a particularidade do trabalho das profissionais atuantes no PMRO, esta realidade é praticamente um convite a uma atuação imediatista, pois o profissional é submetido a uma carga horária de 24h de trabalho, sendo necessário dar conta das respostas às demandas dentro destas horas, para que a profissional do próximo plantão não tenha que dar conta dos casos da colega que atuou no dia anterior.

As profissionais de Serviço Social dentro da instituição também são submetidas a uma hierarquia que é verticalizada; muitas vezes as ordens vêm de cima, o que tende a reduzir a autonomia profissional que nas palavras de Iamamoto seria relativa (IAMAMOTO, 1992), implicando diretamente na qualidade das respostas às demandas. Se o profissional deixa a sua autonomia que já é relativa ser reduzida, ele passa a reproduzir as respostas impostas pela instituição. Porém, há possibilidades de potencializar a autonomia, visto que, a profissão possui características presentes nas profissões liberais, como o Código de Ética, a ausência de rotina, as possibilidades de apresentar propostas de intervenção, e principalmente por ser uma profissão regulamentada pela Lei 8662/93. No Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, apesar de ser um serviço de emergência/urgência, todos os parâmetros destacados nos parágrafos anteriores nem sempre são colocados em prática com ações de natureza educativa e incentivo à participação da comunidade para atender necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

Contudo, é cada vez maior o número de profissionais de Serviço Social na área da saúde. Penso que, isso se deve à competência teórico-metodológica e técnico-operativa do assistente social nestes espaços.

O PSMRO traz ao profissional de Serviço Social alguns desafios que permeiam a atuação na área da saúde e mais particularmente na emergência/urgência, o qual abordarei no próximo tópico.

### **2.1.3. Limites e desafios para um trabalho profissional qualificado no PSMRO**

O assistente social insere-se neste processo de trabalho atuando na construção de estratégias que buscam criar experiências e aproximar as ações desenvolvidas no SUS com as demais políticas sociais.

De acordo com minha vivência no PSMRO, nas situações em que a assistente social possibilita a compreensão dos usuários de que a saúde é um direito e uma questão de cidadania, os resultados são notáveis.

Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, é que o assistente social se vê como profissional que intervém no processo saúde-doença e atua numa perspectiva de mudança. E mais, a saúde é financiada com fundo público e portanto, faz parte da riqueza produzida socialmente.

A profissão vai construindo respostas a partir da realidade e das condições apresentadas pela população, que acabam influenciando as demandas institucionais e dando norte ao projeto profissional na superação da situação atual (IAMAMOTO, 2006).

Trabalhar qualificando as atribuições profissionais pode ser uma via para o assistente social desenvolver seu potencial criativo e sua capacidade de direcionar o trabalho para um caminho de superação da imediatividade. Experimentar novos caminhos para a autonomia no exercício profissional pode dimensionar também o trabalho do assistente social em qualquer campo de atuação, ao adotar atitudes no cotidiano para exercitar a prática contínua de planejamento em equipe, visando o desenvolvimento de ações e programas para a inclusão social dos usuários.

No PSMRO, existem muitas limitações quanto à atuação profissional, porém, a superação das mesmas são parte dos desafios postos ao profissional. Nesse sentido é fundamental que o assistente social esteja munido de estudo e elaboração do instrumental e procedimentos adequados à realidade e local de trabalho, assim como investir na ampliação da participação e atuação em conselhos de direitos, que são espaços legítimos para sugerir mudanças na Política de Saúde.

Muitos usuários que procuram o Serviço Social do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras visualizam o serviço de saúde de forma

clientelista. Embora não seja comum nesta instituição a elaboração de projetos voltados para práticas educativas na saúde, esta poderia ser uma estratégia para viabilizar o direito de acessar os serviços, enfrentando essa perspectiva clientelista e “de favor”.

Outro impasse enfrentado pela população é a falta de articulação entre os municípios vizinhos, causando transtornos ainda maiores aos usuários que necessitam de determinados serviços que o município de origem não oferece. Com essa impossibilidade os profissionais de saúde são obrigados a encaminharem os usuários para a capital. No PSMRO, são poucos os encaminhamento a municípios vizinhos.

São tantos os desafios postos ao profissional, tendo em vista a grande quantidade de demandas, que muitas vezes cai-se na armadilha da resposta pelo aparente. Sem uma escuta qualificada para dar o direcionamento ou colher outras demandas na fala do usuário, não há possibilidade de superar a resposta imediata ou superficial (Cf. NETTO, 1996). O autor vai dizer que é nesta armadilha do cotidiano com a qual nos deparamos, com práticas que respondemos ativamente em uma reação direta de pensamento e ação, sem percebermos ou compararmos os casos, o que nos leva a dar as mesmas respostas. Sem levar em conta que cada indivíduo ou situação abordada tem sua particularidade.

Para Fraga (2010), o Serviço Social é uma profissão investigativa e interventiva. Portanto, as análises e os estudos precisam ser realizados a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa.

Adotar uma postura investigativa do fazer profissional na saúde é fundamental para a construção de respostas qualificadas, respostas que devem ser construídas dentro do coletivo. Para o profissional do PSMRO a adoção desta postura investigativa torna-se um desafio, visto que, a dinâmica de um campo que demanda respostas rápidas dificulta a possibilidade de um fazer profissional pautado no caráter investigativo. Muitas vezes, a profissional que me supervisionou durante o meu período de estágio no PSMRO, necessitava dar mais de três respostas ao mesmo tempo; enquanto tratava uma demanda haviam mais cinco a sua espera.

Ao imprimir uma postura investigativa no trabalho, o assistente social fortalece a atividade profissional determinada e influenciada pela realidade social. E, ao dar a devida importância à pesquisa (GUERRA, 2009), gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais, à implementação das políticas sociais. A consolidação de dados pelas experiências desenvolvidas e socializadas podem contribuir e muito na elaboração de projetos mais direcionados às necessidades sociais e reivindicações dos usuários. Nesse sentido, alguns levantamentos das demandas que chegam ao Serviço Social são feitos pelas profissionais inseridas no PSMRO, porém, alguns dados ficam perdidos em meio às prioridades estabelecidas por elas: a todo tempo tem novas demandas batendo à porta.

Os encaminhamentos feitos pelas profissionais têm um acompanhamento superficial; dificilmente se articulam propostas de respostas coletivas ou elaboração de projetos, até pelas poucas oportunidades de reuniões de trabalho. As profissionais encontram muita dificuldade de se reunir, pelo fato de boa parte da equipe residir em outro município e possuir outro vínculo empregatício. Cabe reforçar que estas dificuldades se relacionam também com as consequências das políticas neoliberais para o conjunto dos trabalhadores, e as dificuldades destes se organizarem enquanto classe. Nesta realidade é muito difícil que as profissionais consigam discutir as demandas trazidas pelos usuários ou se articular enquanto equipe.

Existem ainda as dificuldades de articulação com outras políticas do município que poderiam atender a demanda do usuário. É interessante que o assistente social faça contato com outras instituições, pois desta forma pode estabelecer novas redes que além de facilitar e aprofundar o trabalho, pode criar condições para que o usuário seja melhor esclarecido do processo, e não encaminhamentos que não trarão respostas aos usuários, ou que são tratados como “fim do processo”.

Para alcançar as competências profissionais é imprescindível a pesquisa, pois é através dela que se dá face ao serviço desejado que o profissional vai levar ao usuário a resposta do recurso que pode atendê-lo. As profissionais do PSMRO não vivem esta realidade, pois as reais condições de trabalho não favorecem a pesquisa. A atuação das profissionais pautam-se “na medida do

possível”, porém, muitas vezes são alcançados resultados que não condizem com suas condições de trabalho, ou seja, as profissionais superam os limites e alcançam respostas para a demanda posta. Como por exemplo, encaminhamentos qualificados dando ao usuário subsídios para que o mesmo acesse algum serviço e seja atendido na sua necessidade.

O plantão não é planejado, sistematizado e nem avaliado nos resultados. Há quantificação dos atendimentos, porém, não existe perspectiva do que se fazer com os dados além de apresentá-los ao diretor administrativo. Entendo que as ações nos plantões têm o fim em si mesma, pois não são articuladas a programas ou projetos que possam ser contínuos à necessidade do usuário.

Na saúde a diversidade de categorias é bem ampla. Para o profissional de Serviço Social atuante no pronto socorro de rio das ostras esta é uma realidade cotidiana, pois são muitos profissionais envolvidos e estes profissionais atuam numa perspectiva individualista. Existe pouca troca, ou seja, contatos entre as categorias, o que implica diretamente na qualidade do serviço prestado. Muitas vezes, a assistente social na tentativa de estabelecer esta articulação entre as outras áreas é mal entendida, por exemplo, como se estivesse se “intrometendo” na “área do outro”. Porém, para que as respostas qualificadas alcancem aos usuários é necessário a articulação entre as áreas, pois é nesta troca das áreas ou de saberes que os profissionais se aproximam da realidade de seus usuários, qualificando a sua intervenção e rompendo com o que Vasconcelos (2001) vai chamar de ciclo vicioso de encaminhamentos internos/externos. Vale ressaltar que a partir de práticas multidisciplinares é possível também construir projetos que possam reforçar os direitos sociais à saúde. Cada área com sua especificidade pode contribuir para que os usuários da saúde tenham seus direitos concretizados.

O Assistente Social na área da saúde faz parte de equipe multidisciplinar onde estão inseridos outros profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos. É necessário que o profissional de Serviço Social dê visibilidade às suas atribuições e competências dentro desta equipe, é fundamental que outros profissionais tenham clareza de qual é o papel do Assistente Social no campo de atuação, para que não haja armadilhas que

levem o profissional a exercer atividades que não são pertinentes as suas atribuições e competências, conforme a Lei de Regulamentação da profissão.

Esta realidade no PSMRO se dá de forma complexa, são várias categorias profissionais que atuam numa perspectiva individual, o que não favorece um processo de trabalho integrado. Entendo como sendo tão grave este tipo de comportamento profissional que percebemos no PSMRO uma recorrência de usuários que acessam o mesmo serviço quase cotidiano. Este é um desafio para o profissional de Serviço Social, pois este precisa romper com alguns estigmas postos pelas outras categorias a respeito da profissão, como por exemplo, que o assistente social é aquele que dá a notícia de morte ou faz ligações para os familiares dos usuários. Enfim, poderia citar aqui diversos outros exemplos.

Iamamoto (2002) nos traz contribuições a este respeito:

é necessário desmistificar a ideia de que a equipe ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais (IAMAMOTO, 2002, pag. 41 ).

Na verdade cada profissão com sua especificidade é que compõe a unidade dentro da equipe multidisciplinar. Articular conhecimentos específicos de cada área representa a possibilidade de construção coletiva de mudanças. Atuar em “conjunto” com outras categorias é abrir o repertório de respostas às demandas dos usuários.

Este assunto foi posto no roteiro de entrevista desta pesquisa e acho interessante relatar neste espaço a fala de uma das assistentes sociais entrevistadas:

Trabalhar em equipe, seja multidisciplinar ou não, ou seja, com profissionais da mesma categoria, é muito difícil, pois assim como em equipe inter ou multidisciplinar existem pessoas com pontos de vista muito particular, que diz respeito também a própria visão de mundo. Porém, em unidade de saúde essa questão se intensifica por conta das relações de poder, tendo em vista que a figura representativa da saúde como poder máximo é o médico, como se todas as questões de saúde pudessem ser trabalhadas apenas do ponto de vista médico e é o que mais me incomoda, pois sabe-se que o processo saúde\doença passa por diversos outros fatores como o social. Porém, desde que eu chegue aqui no PSMRO tenho percebido grandes avanços para o Serviço Social, pois vejo profissionais esclarecendo qual o real papel do serviço social neste espaço. Porém, algumas dificuldades ainda existem e precisam ser desconstruídas com o tempo, pois as mudanças não

se dão do dia para a noite, cabe portanto ir trabalhando com a equipe”.<sup>11</sup>

O relato da profissional me fez refletir sobre os desafios postos para o profissional de Serviço Social no campo da saúde, tendo em vista essa cultura do médico como figura hegemônica. Neste sentido, somente o assistente social articulado às suas atribuições e competências pode desconstruir essa cultura e conquistar o espaço que lhe é devido.

A mesma assistente social citou o exemplo de um médico que a solicitou para atender um usuário psiquiátrico que passou pelo consultório médico e foi encaminhado para o psiquiatra, porém o psiquiatra não estava na unidade naquele momento.

O Diretor Médico encaminhou uma enfermeira até o Serviço Social com a solicitação de que ligasse para o psiquiatra. A assistente social abordou o médico e o informou que esta não era uma atribuição dela e encaminhou o caso até o setor administrativo da unidade.

Ou seja, cabe ao assistente social ter clareza do seu papel seja qual for seu espaço de atuação para que em situação semelhante à citada possamos nos posicionar e conquistar o espaço que é do Serviço Social na saúde.

---

<sup>11</sup> Entrevista com assistente social que trabalha no PSMRO, em agosto de 2013.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa vimos que com a promulgação da Constituição de 1988 a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, o que representa grande avanço na Seguridade Social e na saúde. Neste cenário regulamenta-se o Sistema Único de Saúde, resultado de muitas lutas e reivindicações.

Contudo, é a partir da década de 90 – com o advento da política neoliberal no Brasil – que os avanços conquistados na Constituição de 88 vem até os dias atuais sendo desconstruídos. Este modelo provoca o desmonte da Seguridade Social e precariza as políticas sociais.

Analisamos que a Política de Saúde sob a lógica neoliberal tem sofrido os processos de precarização, focalização e privatização. Observa-se uma mercantilização da saúde. A partir deste contexto abordamos o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, instituição onde vivenciamos a experiência de estágio supervisionado que levantou algumas inquietações, analisadas ao longo deste trabalho.

Neste estudo observamos a necessidade de construir estratégias coletivas que ampliem a luta pela defesa dos direitos sociais, sendo essencial o papel do profissional de Serviço Social neste campo.

Assim, o direcionamento do trabalho do assistente social deve possibilitar uma atuação profissional que supere o atendimento imediato e o desinteresse pelas necessidades dos usuários que acessam a unidade de emergência. Destaco a importância de um referencial teórico e metodológico que seja comprometido com as necessidades sociais e os interesses coletivos, para ampliar a perspectiva de garantia de direitos contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

Diante do exposto até aqui se observa que muitas vezes a atuação profissional não está de acordo com os valores propostos no projeto ético-político profissional, restringindo-se aos limites institucionais ou políticos que acabam por reduzir as escolhas feitas ao dar as respostas às suas demandas. Se por um lado a prática profissional tem funcionado como espaço de acolhimento e recepção das demandas dos usuários, por outro lado essa

prática não reforça nem contribui com um espaço de mobilização, organização e informações necessárias para que acessem seus direitos.

O fazer profissional baseado na direção apresentada, de direitos e interesses coletivos, resulta em criação de alternativas pra contribuir com o fortalecimento da democratização dos serviços públicos.

Este trabalho nos trouxe clareza quanto à estrutura e realidade da cidade de Rio das Ostras e chegamos à conclusão que é uma cidade no qual as políticas públicas não acompanham o crescimento populacional, grande migração populacional em massa por conta das promessas de grande oferta de emprego vindos da exploração de petróleo na região, ou seja, cada vez mais pessoas chegando na cidade migradas das capitais e as políticas públicas estagnadas ou até mesmo regredindo. Neste sentido, a saúde não atende as demandas que também crescem. De acordo com a pesquisa as demandas de saúde do município advêm principalmente da classe trabalhadora que migra para o município em busca de melhor oportunidade de emprego e acaba se submetendo a vínculos precarizados de trabalho.

É frente à realidade aparentemente desarticulada e fragmentada na qual as assistentes sociais do PSMRO se inserem, que se faz necessário realizar uma prática articulada aos interesses e necessidades da classe trabalhadora.

Cabe aos profissionais compreenderem essas possibilidades e transformá-las em projetos de trabalho, ou seja, criar estratégias que vão atingir positivamente os usuários dos serviços de saúde. A atuação profissional visando fortalecer práticas educativas pode ser um caminho promissor; afinal seu acúmulo de experiências lhe possibilita compartilhar de ambientes coletivos, de grupos, que podem fortalecer o processo democrático dentro dos serviços de saúde, e o próprio exercício da cidadania. Pode também facilitar que os sujeitos possam compartilhar suas experiências e conhecimentos, buscando nesta interação respostas para aquilo que provoca obstáculos para o acesso aos serviços de saúde.

A atuação profissional no PSMRO está permeada de limites e desafios relacionados à precariedade das condições e meios de trabalho, a instabilidade da equipe, a grande rotatividade de profissionais e o grande número de

demandas; sem contar que se trata de um serviço de emergência/urgência que supõe uma dinâmica de respostas extremamente intensa.

Neste sentido é notável que por mais que o assistente social se esforce no seu cotidiano, existem barreiras colocadas ao profissional, ou seja, limites e possibilidades que se colocam em meio às tentativas de desenvolver estratégias de ação para dar respostas às demandas postas que, na maioria das vezes, superam a tentativa de contribuir com o fortalecimento dos direitos sociais.

Enfim, é preciso acreditar que uma atuação crítica, que supere o aparente e as concepções imediatas cotidianas, fortalece as possibilidades de levar os sujeitos sociais a avançarem em sua reflexão, encontrando respostas para problemas que rebatem na saúde e na qualidade de vida desses usuários.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEIDA, N.L.T. de. **Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et al., (Orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 399 - 408.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. SP, Cortez / Unicamp, 1995.

Assistentes Sociais do PSMRO. **Relatório de apresentação do Processo de Trabalho do Serviço Social do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras**. Rio das Ostras: PSMRO, 2009.

Assistentes Sociais do PSMRO. **Projeto de Sistematização das Ações e Atribuições do Serviço Social do PSMRO**. Rio das Ostras: PSMRO, 2007.

Assistentes Sociais do PSMRO. **Relatório de pontos positivos e negativos do Serviço Social**. Rio das Ostras: PSMRO, 2011

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. 2ª edição. São Paulo, Cortez, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social. Serviço Social e Saúde Formação e trabalho Profissional**. Cortez. São Paulo, 2009.

BERTANI, I. F., SARRETA, F. de O., LOURENÇO, E. A. de S. Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: UNESP, 2008.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, 2001.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, M. C. de. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, Raul; IAMAMOTO, Marilda. **Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. Ed. São Paulo: Cortez, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS, 2010.

Dias, Hélio. **A responsabilidade pela saúde: Aspectos Jurídicos**. Rio de Janeiro, 1995.

FILHO, Amâncio &, MOREIRA, Cecília. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro, 1997.

FREIRE, Silene & MOURA, Tássya. **Direitos Humanos, desigualdade social e democracia no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro, 2005.

GUERRA, Y. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília, 2009.

IAMAMOTO, M. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. **Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo: Cortez, 2004.

Krügue, Tânia. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS.** 2010.

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** Serviço Social e Saúde Formação e trabalho Profissional. Cortez. São Paulo, 2009.

NASCIMENTO, Janaína Lopes. **ONG's e Políticas Sociais Públicas.** Revista Libertas. Minas Gerais, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro & MIOTO, Célia Regina Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde. **Serviço Social e Saúde Formação e trabalho Profissional.** Cortez. São Paulo, 2009.

NETTO, José Paulo & BRAZ, Marcelo. **O Capitalismo contemporâneo. Economia Política.** São Paulo, 2007.

NETTO, J.P. **A construção do projeto ético-político.** Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 1999.

NETTO, José Paulo & CARVALHO, M.C. Brant. **Cotidiano, Conhecimento e Crítica.** São Paulo: Cortez, 1996.

PEREIRA, Larissa. **A gestão da força de trabalho em saúde na década de 1990**. Rio de Janeiro, 2005.

RAMOS, Deriscléia Rodrigues. **A Seguridade Social Brasileira: caminhos percorridos e a desbravar**. 2005.

SADER, E & GENTILI, P. **Balanço do Neoliberalismo**. 1999.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o Campo da Saúde**. Para além de plantões e encaminhamentos. São Paulo, 2010

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Modelo assistencial no Sistema Único de Saúde. Capacitação para conselheiros de Saúde** – textos de apoio. Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. Cortez. São Paulo, 2007

## **WEBGRAFIA**

<http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: Maio/2013

<http://www.riodasostras.rj.gov.br/>. Acesso em Junho/2013

<http://www.scielo.br/scielo.revistaservicosocial/>. Acesso entre Maio e Setembro/2013.

<http://www.ufjf.br/revistalibertas/>. Acesso entre Maio e Setembro/2013



## **Anexos**

**Anexo A** – Roteiro de entrevista realizadas com as assistentes sociais do PSMRO sobre o exercício profissional no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras

1. Você considera o regime de plantão das profissionais de Serviço Social inseridas no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras faz com que a prática profissional seja pontual e imediatista? Porque?
2. Tendo em vista que a real situação da saúde pública brasileira que se constata nos dias atuais é de precariedade. Como você considera as suas condições e meios de trabalho no PSMRO?
3. O objetivo do Serviço Social na área da saúde passa pelos aspectos sociais, econômicos, culturais que vão interferir no processo saúde/doença com intervenção de natureza educativa. Existe alguma situação concreta que tenha ocorrido no PSMRO que resultou em mudanças na vida de usuários?
4. Sabe-se que na saúde o assistente social faz parte de equipe multidisciplinar onde estão inseridos outros profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos. Como se dá a relação do assistente social com os outros profissionais? Existe alguma situação que queira relatar?
5. Com a hierarquia verticalizada do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, como fica a autonomia profissional na sua intervenção?

## **Anexo B – Termo de consentimento**

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa sobre o exercício profissional do Assistente Social no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras (PSMRO). Esta pesquisa é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso, que será apresentado para o Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, Pólo Universitário de Rio das Ostras, como um dos requisitos para a conclusão da graduação.

Esta pesquisa será realizada por mim, Renata Oliveira da Mota, sob orientação da Professora Katia Marro, que está a disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário: [katiamarro@gmail.com](mailto:katiamarro@gmail.com), telefone: 9994-8179.

Sua participação consciente, voluntária e livre é fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao aceitar participar você será convidado a fornecer informações sobre alguns aspectos do trabalho profissional do assistente social e/ou da política municipal de saúde, através de uma entrevista que será gravada. A utilização do gravador tem por objetivo garantir a fidelidade das informações fornecidas por você. No entanto, caso queira interromper a gravação isso poderá ser feito a qualquer tempo durante a entrevista.

As informações fornecidas por você serão tratadas teoricamente, por isso, todos os dados, informações e opiniões colhidas durante a entrevista serão utilizadas em consonância com os princípios éticos que norteiam a pesquisa e a produção de conhecimento, sem qualquer prejuízo, constrangimento ou exposição dos sujeitos da pesquisa.

Ao aceitar participar, você deve assinar este termo de consentimento, juntamente com o entrevistador, termo do qual você terá uma cópia.

Obs.: Quando o Trabalho de Conclusão de Curso for apresentado, você será convidado a participar da exposição (instância pública e aberta).

Agradeço pela atenção.

Eu, ....., declaro que li/ouvi as considerações feitas no Termo de Consentimento e concordo em fornecer as informações solicitadas através de uma entrevista que será gravada.

Rio das Ostras, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Entrevistado/a

\_\_\_\_\_  
Entrevistadora

Anexo C

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL  
SERVIÇO SOCIAL

**RELATÓRIO  
SERVIÇO SOCIAL  
2011**

DEZEMBRO  
2011

**Direção do Pronto Socorro**  
Paulo Sá

**Diretor Administrativo**  
Paulo Sá

**Diretor Médico**  
Paulo Jóia

**Equipe de Serviço Social**  
Bruna Dias Alves  
Maria Clara Almeida  
Sarah Cristina Pires  
Shirley Soares S. M. do Patrocínio

**Equipe de Estagiários do Serviço Social**  
Diana Alves  
Gabriela Rangel  
Laís Busquet Soares  
Renata Mota  
Ronald Gonçalves

Este relatório foi elaborado considerando as observações da equipe de assistentes sociais e estagiários de Serviço Social do Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, a respeito dos pontos positivos e negativos no cotidiano de trabalho.

Isso se deve ao fato de que durante o ano de 2011, não houve nesse setor, um instrumento que contribuísse para a quantificação dos tipos de atividades desenvolvidas, de atendimentos realizados, bem como os encaminhamentos dos usuários do SUS aos diversos serviços do sistema de políticas públicas municipais. Assim, tanto a análise quantitativa quanto a qualitativa ficaram prejudicadas nessa elaboração, uma vez que se faz necessário um instrumento que potencialize essa sistematização e contribua no repensar as práticas desenvolvidas pelo Serviço Social.

Desse modo, a seguir, são descritas essas percepções dos atores envolvidos nesse setor durante o ano de 2011 a fim de registrar e contribuir para análises qualitativas futuras sobre o papel do assistente social nesse Pronto Socorro.

### **Pontos Positivos**

- Apesar da necessidade de mudança da sala, solicitada pela Direção Administrativa do PSMRO, a equipe conseguiu manter o espaço físico/material necessário ao funcionamento do setor;
- Abertura/diálogo com profissionais de saúde das outras categorias para providências/discussão das situações de saúde da população usuária;
- Realização de duas reuniões de equipe do setor para discussão/organização das demandas internas;

- Legitimação de reunião de equipe bimensal junto à Direção Administrativa do PSMRO, com as devidas liberações de carga horária aos profissionais não-plantonistas do dia;
- Revisão/renovação das Rotinas de Trabalho do Serviço Social;
- Revisão do folder para orientação de Rotinas de Visitantes/Acompanhantes;
- Revisão/implantação da Ficha de Acompanhamento Social dos Usuários internados nas enfermarias, isolamento e UDT;
- Participação de representatividade do Serviço Social nos Fóruns de Estágio do PURO/UFF.

### **PONTOS NEGATIVOS**

- Distanciamento/desconhecimento das atividades do CECOVE por parte do Serviço Social;
- Funcionamento do setor diferenciado do funcionamento institucional, configurando-o como não urgência/emergência;
- Ausência da equipe de Saúde Mental na forma urgência/emergência, o que traz prejuízos no atendimento às necessidades de saúde da população;
- Ramal telefônico sem acesso/liberação às ligações DDD e celular;
- Não disponibilidade de utilização de computador com acesso à internet e impressora;

- Solicitação de arquivo com chave não viabilizada;
- Dificuldade de entendimento por parte da equipe de saúde sobre o Direito ao Acompanhante (idoso e deficiente);
- Ausência de fluxograma/rotina para os casos de óbito com a participação do Serviço Social;
- Não participação/presença da equipe de Serviço Social do PSMRO nas reuniões da equipe de Saúde Mental do CAPS/CRM;
- Ausência/não convocação do Serviço Social do PSMRO nas reuniões administrativas/técnicas realizadas;
- Desconhecimento/inexistência de protocolos/fluxos de atendimento do PSMRO em que conste a atuação do Serviço Social;
- Resistência por parte da equipe multiprofissional em acatar a permanência de usuários no PSMRO por motivos sociais (Alta Social);
- Decisões administrativas/organizacionais sobre o setor do Serviço Social sem participação da equipe;
- Inexistência de plano para Estágio em Serviço Social do PSMRO;
- Ausência/descumprimento por parte da equipe multiprofissional de fluxograma/rotina para os casos de violência com a participação do Serviço Social;
- Não participação/atuação do Serviço Social nas altas médicas com orientações/encaminhamentos necessários;

- Ausência de metas/objetivos anual da equipe de Serviço Social;
- Evasões rotineiras no PSMRO, bem como entrada e saída de usuários sem organização e controle (visitantes e acompanhantes);
- Falta de organização do trabalho realizado por grupos religiosos no PSMRO.