

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VIVIAN MARIA DE ARAÚJO CABRAL MACHADO

**OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL PÚBLICO
DE MACAÉ EM TEMPOS DE FERIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO SUS**

RIO DAS OSTRAS, 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VIVIAN MARIA DE ARAÚJO CABRAL MACHADO

**OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL
PÚBLICO DE MACAÉ EM TEMPOS DE FERIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO
SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Serviço Social pela Universidade
Federal Fluminense – Campus de Rio
das Ostras.

Orientadora: Prof^a. Lúcia Maria da Silva Soares

RIO DAS OSTRAS, 2014
VIVIAN MARIA DE ARAÚJO CABRAL MACHADO

**OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL
PÚBLICO DE MACAÉ EM TEMPOS DE FERIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO
SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense
– Campus de Rio das Ostras.

Monografia aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Lúcia Maria da Silva Soares
Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof. Matheus Tomaz da Silva
Examinador
Universidade Federal Fluminense

Prof. Diego Tabosa da Silva
Examinador
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

À Deus acima de tudo, pois Ele esteve ao meu lado o tempo todo em que me dediquei arduamente a essa produção, me fortalecendo, me guiando e me mostrando que era possível.

A minha querida e amável mãe Regina (*in memoriam*). Ela que não está perto fisicamente mas sinto sua presença tão fortemente quando preciso e isso que me fortaleceu a seguir nessa difícil batalha até o fim, cheia de empecilhos e dificuldades da vida. Ela que foi a primeira a me apoiar a entrar na Universidade e conhecer o lindo e desafiante mundo do Serviço Social. E ainda mais, me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos e não abandoná-los no meio do caminho.

Ao meu pai maravilhoso Pedro Paulo, grande amigo e incentivador, me apoiou o tempo todo, sempre insistindo que era possível e que eu era capaz; e realmente fui. Ajudou inclusive na escolha do tema, e com isso fez surgir uma luz no fim do túnel onde por um momento as coisas pareciam bastante improváveis de se concretizar. Obrigada pela paciência nesse período onde, com grande dor e saudade, fiquei mais distante. Mas como tínhamos certeza, isso seria uma fase somente.

Ao meu companheiro Flávio, que esteve ao meu lado todo o tempo, longe trabalhando ou em casa perto de mim. Você que só me deu palavras de incentivo nas vezes em que pensei em desistir porque estava difícil demais essa rotina pra mim. Obrigada por compreender a importância desse momento na minha vida e com isso sempre me apoiar. Seus pensamentos positivos e palavras de incentivo estarão sempre na minha mente. Você faz parte dessa história e conquista.

Aos meus queridos avós Nilda e Oldemar, que mesmo com a distância por morarem em outra cidade faziam contato comigo semanalmente para saber minha evolução no trabalho. Sei o quanto torceram por mim, dava pra sentir todo o carinho de vocês ao telefone comigo. Fiquei tanto tempo sem vê-los pessoalmente focada nesse trabalho, sem poder viajar, mas vocês foram lindamente compreensíveis. Faço questão da presença de vocês no dia da minha colação de grau. Também a minha avó Rita, pessoa maravilhosa que torce muito por mim também.

Aos familiares queridos, meu irmão Marcus Vinícius, minha cunhada Letícia e meu primo Rafael. Pessoas muito especiais que, perto ou longe, torcem por mim o tempo todo e comemoraram comigo cada etapa desse trabalho e se alegraram igualmente ao término dessa difícil tarefa. São pessoas que me incentivaram sempre, me mostrando que era possível.

Ao meu amigo especial Paulo Mariano, que sabendo das minhas dificuldades e do grande tempo que fiquei afastada da Universidade (por diversos motivos pessoais) me ajudou a ver que agora seria a hora de eu começar de novo e ir até o fim, sem desistir. Seu apoio e incentivo foram fundamentais.

À minha querida amiga Karine, que fez o curso junto comigo e hoje é uma admirável assistente social com seus próprios méritos de tanta dedicação. Mesmo na sua vida corrida, sempre achou um tempo para conversar comigo sobre esse trabalho, me deu dicas valiosas e ouviu meus lamentos quando por várias vezes eu pensei que não conseguiria e quis desistir.

Às minhas supervisoras de estágio no HPM Adriana e Verônica, que mesmo já tendo quase 2 anos que concluí sempre foram maravilhosas comigo durante minha incrível experiência lá.

E por último, e não menos importante, à minha orientadora Lúcia Soares, que me acompanhou nesses últimos 3 meses na dura missão de construir um trabalho de conclusão de curso de qualidade, diante de tantas barreiras e dificuldades do nosso dia a dia. Suas orientações, nossas conversas e trocas foram, sem dúvida, fundamentais durante o processo. Obrigada pelo comprometimento com o ensino e pela dedicação e seriedade nos nossos encontros. Mesmo com nossos dias bastante corridos, cheios de imprevistos, ainda assim conseguimos cumprir nossas datas e manter o foco e a disciplina o tempo todo para finalizar com louvor esse TCC.

RESUMO

Este trabalho trata sobre os desafios da atuação do Serviço Social na área da saúde e, especificamente, no Hospital Público de Macaé, considerando a conjuntura de ferimento aos princípios do Sistema Único de Saúde e as defesas do projeto ético-político da profissão. É possível ter uma compreensão acerca da importância do profissional Assistente Social que atua na área da saúde e os desafios que são encontrados diariamente na busca por garantir acesso aos direitos sociais dos usuários dos serviços prestados. Procura-se discutir a política de saúde, sua trajetória e momentos significativos, e as condições de acesso ao direito universal em uma unidade de saúde. O fato de que o Estado tende aos processos de privatização e ênfase em programas focais, em detrimento a efetivação das políticas públicas, é concebido dentro do cenário contemporâneo de enfoque às diretrizes do neoliberalismo. A experiência de estágio ocorrida no HPM durante o período de 2010 a 2012 traz contribuições relevantes para análise dos limites e das potencialidades profissionais do assistente social inserido em uma realidade perversa e desigual.

Palavras Chave: Serviço Social. Saúde. Direitos Sociais.

ABSTRACT

This work describes the challenges of performing the Social Service in health care and, specifically, in Macaé's Public Hospital, considering the injury situation of the Unified Health System principles and the defenses of the ethical-political project of the profession. It is possible to comprehend the importance of the Social Service professional who works in the health care and the challenges that are daily found in the search for ensuring access to social rights of users of those services. We will discuss health policy, its history and significant events, and conditions of access to universal rights in a health care facility. The fact that the state tends to processes of privatization and emphasis on focal programs, in detriment of public policies, is a conception within the contemporary scene of the neoliberalism guidelines focus. The experiences lived during the HPM phase from 2010 to 2012 bring outstanding contributions to analysis the limits and potential of the Social Service worker inserted in a perverse and unequal reality.

Keywords: Social Service. Health. Social Rights.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS FUNDAMENTOS	11
1.1 Evolução do conceito de saúde	12
1.2 A trajetória da política de saúde no Brasil	13
1.3 A Reforma Sanitária	21
1.4 A criação do Sistema Único de Saúde	24
1.4.1 Os princípios do Sistema Único de Saúde	27
1.5 Saúde pública hoje: privatização da saúde	29
2 PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM DEBATE SOBRE OS DIREITOS SOCIAIS NA CONTEMPORANEIDADE .	35
2.1 A Política de Saúde e o Serviço Social	35
2.2 O projeto ético-político e a contribuição do Serviço Social na área da saúde	41
2.3 Atribuições e competências do assistente social em hospitais de emergência	44
2.4 O Serviço Social e a defesa dos direitos	48
2.4.1 Os direitos sociais na sociedade contemporânea	52
3 OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ EM TEMPOS DE FERIMENTO AOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	56
3.1 O Hospital Público de Macaé e sua origem	56
3.2 A contribuição do Serviço Social na instituição	60
3.2.1 Os desafios do Serviço Social na intervenção	68
3.3 Condições de acesso ao direito universal em um unidade de saúde pública emergencial	73
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso pretende conhecer os desafios do Serviço Social no Hospital Público de Macaé – HPM, em tempos de ferimento aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS – considerando o Projeto ético-político da profissão.

Propõe-se discutir acerca das condições de acesso ao direito universal em uma unidade de saúde. Tal análise será enriquecida com os documentos elaborados durante o estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social que foi realizado, no período de 2010 a 2012, no HPM. Logo, serão apresentados relatos, análises e experiências vividas durante esse período que foram, sem dúvida, de grande valia para o desenvolvimento do presente trabalho.

A relevância desta pesquisa reside na sua contribuição a uma aproximação com o cotidiano interventivo do Serviço Social dentro de uma unidade hospitalar. Para tal estudo, foram utilizadas pesquisas bibliográfica e documental.

Inicialmente será apresentada a política de saúde pública no Brasil, sua trajetória e momentos importantes como: Reforma Sanitária, e em disputa com este o Projeto Privatista, Constituição Federal de 1988, Seguridade Social. O Sistema Único de Saúde, evidentemente, é visto como marco de grandes alterações no conceito de saúde até então, e é considerado como uma conquista da sociedade civil. Em contrapartida, os cenários econômico, social e político impõem diversos limites à concretização dos princípios do SUS, bem como das políticas sociais como um todo. Dessa forma, a população se depara com um Estado que defende o processo de privatização, tem restrições do financiamento público, contenção dos gastos, ênfase em programas focais, bem como a descentralização com transferência da sua responsabilidade para sociedade civil.

No segundo capítulo, serão apresentados aspectos da política de saúde no Brasil e o Serviço Social. O Serviço Social é analisado desde sua criação enquanto profissão até os dias atuais. Também será apresentado e debatido o projeto ético-político da profissão de um modo geral e, especificamente na área da saúde. O destaque está também nas atribuições e competências do assistente social em hospitais de emergência, importância do profissional em saber as Leis e parâmetros que necessita para atuação

cotidiana, inclusive o SUS. Procura-se discorrer, ainda, acerca da defesa dos direitos na sociedade contemporânea e quais seriam os mecanismos e estratégias para se aproximar cada vez mais da concretização dos mesmos, entendidos como dura conquista da população.

Em seguida, será apresentado o Hospital Público de Macaé, conhecido como HPM. O Hospital foi o local onde o estágio obrigatório do curso de Serviço Social foi realizado, nos períodos de 2010-1, 2010-2, 2011-1, 2011-2. Torna-se relevante ainda identificar as contribuições do assistente social nesse espaço institucional, os limites enfrentados no cotidiano durante suas intervenções. Também serão expostas, ao longo do capítulo, algumas das reflexões e vivências dentro do HPM, buscando o foco nas condições de exercício desse profissional, limites e potencialidades dentro da instituição. Tudo isso situado dentro da sociedade contemporânea, com influências das políticas neoliberais e, no caso, como isso rebate diretamente na vida dos usuários que necessitam usufruir das políticas públicas sociais.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS FUNDAMENTOS

No primeiro capítulo é apresentado a evolução no conceito de saúde, passando por várias etapas, desde quando a saúde ainda era enxergada como sendo causada por deuses, até o conceito mais amplo e atual, conforme sugere a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Será analisado também a trajetória da política de saúde no Brasil, percorrendo desde quando no país havia péssimas condições de trabalho e falta de qualquer aparato ao trabalhador, passando pela Lei Elói Chaves, Reforma Carlos Chagas, criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP`s), que após foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP`s), fase de privatizações dos serviços médicos, período da Ditadura Militar e os seus impactos, a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), até o período de transição da ditadura para democracia, marcado por lutas e negociações.

Será tratado o tema da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988. Houve avanços e conquistas por parte da população e uma resposta por parte do grande capital. E nesse momento, na década de 1990, dois grandes projetos entraram em disputa. Seriam esses: a Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

No momento seguinte, terá enfoque a Seguridade Social e a política social, com seu caráter contraditório. Surgimento do SUS, como direito de todos e dever do Estado.

Várias contradições são encontradas e vividas após o surgimento do SUS. O Estado possui grande parte dos recursos na rede de saúde, de forma privada. Nesse sentido, há de se questionar o SUS como sistema único de saúde.

Em um debate mais aprofundado da saúde pública na contemporaneidade, terão destaque a privatização e a valorização do capital. E, em seguida, uma breve análise dos governos Lula e Dilma, que mantiveram, ambos, ênfase nas políticas e programas focalizados.

1.1 Evolução do conceito de saúde

Conforme descreve Colasante (2013), saúde e doença não são estados estáveis, ao contrário, são condições vitais sujeitas a constante mudança. Os conceitos de saúde e doença refletem, portanto, a conjuntura social, política, econômica e cultural.

Na Antiguidade e Pré História, havia uma crença que as doenças eram causadas por deuses, como castigos por algum mal que haviam feito. Ou seja, nesse período está muito presente a ideia da religião ou da mágica, como se esses deuses trouxessem algum tipo de cura ou a doença para os homens. Inclusive na mitologia grega existiam vários deuses ligados à saúde.

Também Scliar (2007) afirma que o conceito de saúde dependerá da época, do lugar e da classe social. E que na Antiguidade e Pré História, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino.

Foi com Hipócrates que a Medicina começou a se libertar do misticismo e endeusamento. Ele foi o primeiro a dar uma interpretação natural ao binômio saúde / doença, trazendo então a causa física da enfermidade e libertando a ideia do sobrenatural. Para ele, o homem era como uma unidade organizada e a enfermidade vinha em decorrência da desorganização dessa unidade.

Na Idade Média, volta a concepção religiosa por força das influências cristãs, um exemplo seria Santo Agostinho que tinha por pensamento que a doença era resultado do pecado.

Já na Idade Moderna, temos Martinho Lutero, um protestante que afirmava que a doença era causada pelo maligno. Também Paracelsus, que pode ser considerado inclusive o pai da Farmacologia, teve seu papel em destaque e, através da alquimia, utilizou seus conhecimentos para desenvolver a arte dos medicamentos. “Dizia Paracelsus que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos.” (SCLIAR, 2007, p. 33) René Descartes, considerado como precursor do racionalismo, nasce em um período da história onde havia um grande interesse pelas ciências naturais e uma busca em se libertar das influências religiosas, para que a ciência pudesse crescer e avançar. Tempo de grandes descobertas na patologia e anatomia, ou seja, um avanço em todas práticas médicas na arte de curar.

Passando para Idade Contemporânea, no século XIX, há uma grande revolução através de Louis Pasteur, onde a Medicina então torna-se uma ciência experimental. Ele consegue pela primeira vez determinar agentes patogênicos que seriam causadores de doença específica, possibilitando a introdução de soros e vacinas. Uma grande evolução já que, pela primeira vez, “fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados, doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas.” (SCLIAR, 2007, p. 34) Nesse período, a Medicina passa a se materializar e não mais ter influências religiosas e místicas.

No século XX, até a 2ª Guerra Mundial, não havia uma definição propriamente de saúde. Foi a partir da Liga das Nações, após 2ª Guerra Mundial em 1946 com a Fundação da Organização das Nações Unidas, posteriormente da Organização Mundial de Saúde, que foi então escrito um documento fazendo definição do que era saúde, publicada em 07/04/1948, cuja definição prepondera até os dias de hoje na OMS: saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

Mais recentemente, na Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde se deu de forma muito mais ampla, que será abordado mais a frente.

1.2 A trajetória da política de saúde no Brasil

As primeiras tentativas de organização da saúde pública no Brasil datam do século XX, todavia se aprofundam mais especificamente nos anos de 1930. A saúde “emerge como ‘questão social’ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”. (BRAVO, 2009, p. 90)

No início do século XX, a economia brasileira era basicamente agro exportadora assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista, advinda do comércio exterior, tornou possível o início dos processos de industrialização do país que se deram, principalmente, no eixo Rio de Janeiro – São Paulo. Tais processos foram acompanhados da utilização de imigrantes, especialmente europeus, como mão de obra nas indústrias. Em

função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantia de direitos trabalhistas – como jornada mínima de trabalho, piso salarial, salário mínimo, condições de trabalho –, isso gerou, uma grande insatisfação por parte dos trabalhadores, levando o movimento operário a se organizar e a criar movimentos sindicais de trabalhadores, inclusive realizando duas greves gerais no país, sendo uma em 1917 e outra em 1919. Assim, alguns direitos sociais começaram a ser conquistados, como a Lei Elói Chaves¹ atesta no ano de 1923.

Ou seja, como estratégias desta primeira organização da saúde, destacam-se a Reforma Carlos Chagas, também de 1923, cuja intenção era de ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, bem como fomentar ações relevantes à organização dos trabalhadores para efetiva lucratividade na produção, por exemplo, questões de higiene e saúde dos trabalhadores (BRAVO, 2009).

Importante ressaltar que até esse momento, os trabalhadores, tanto formais quanto informais, não usufruíam de aposentadoria. Nesse sentido, os empregadores formais e também os empregados contribuía mensalmente com uma quantia para essas Caixas de Aposentadoria e Pensões, num financiamento bipartite. E à medida que ia se passando o tempo de contribuição, quando o empregado precisasse por uma questão de saúde, aposentaria ou pensão, aquele benefício seria retornado a ele.

Essa Lei foi dirigida somente ao operariado urbano e formal, e foi organizada por empresas, e não por categorias profissionais. Isso porque a criação de uma CAPS dependia de mobilização e organização dos trabalhadores em determinada empresa pra reivindicar sua criação.

A primeira CAP criada foi a do ferroviário, isso por conta da importância que esse setor desempenhava na economia do país naquela época e também pela capacidade de mobilização da categoria.

A partir de 1930, com o avanço da industrialização no país, e as consequentes alterações no plano econômico e político, se aprofundam as demandas da classe trabalhadora em seu processo de reprodução social. Em decorrência da dinâmica da acumulação, fez-se necessária resposta às

¹ A Lei Elói Chaves consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias.

situações agravantes de pobreza e exclusão social oriundas desta própria dinâmica, que “teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2009, p. 91).

Assim, a saúde se torna uma questão política e estava na pauta de discussão sobre este processo de ampliação do capital industrial. Segundo Bravo (2009), em resposta a essa demanda, eram previstas condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e mais restritamente para populações rurais. A ênfase era dada nas campanhas sanitárias e na criação de ações de combate a endemias. Amplia-se a cobertura da Medicina previdenciária, incluindo outras categorias de trabalhadores e criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP`s), a fim de abranger uma maior camada da massa trabalhadora e atender a essa demanda específica, de forma a conter o agrave da situação.

Ainda nos anos de 1930, Getúlio Vargas chega à presidência e cria o Ministério do Trabalho, o Ministério da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde. Em 1937, é promulgada a Nova Constituição e a Política do Estado pretendeu estender para todas as categorias do operariado urbano e organizado os benefícios da Previdência Social. Dessa forma, as antigas CAPS são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP`s), isso a partir de 1933.

Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e não mais por empresas. Outra mudança também considerável entre as antigas CAPS e agora IAPS é que nesse novo modelo a contribuição seria tripartite, ou seja, não contribuía somente o empregado e o empregador, mas também o Estado.

No período de 1945 a 1960, agravam-se as condições sociais no Brasil. Havia um aumento crescente do desemprego e as condições de saúde da maioria da população só piorava. Mas havia um empenho por parte dos movimentos sociais, que começavam a ganhar força no Brasil, e reivindicavam por reformas no setor de saúde e entre essas reformas, deve-se frisar a Reforma Sanitária.

Em 1953, teve a criação do Ministério da Saúde. Este foi criado a partir do Ministério da Educação. Até então, o setor de saúde no Brasil era

administrado pelo Ministério da Educação. E o Ministério da Educação promoveu duas conferências de saúde que ocorreram no Brasil, sendo o Ministério da Saúde criado na segunda dessas conferências.

Nesse momento os problemas sanitários brasileiros apareciam pela primeira vez e eram apontados e discutidos através dessas conferências. Então, já se discutiam propostas de um plano nacional de saúde que atingisse as três esferas de governo: Município, Estado e União.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que veio estabelecer a unificação do regime geral da Previdência, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT. Isso incluía os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquia e que tivessem regime próprio de previdência. Ou seja, essa lei unificou a Legislação referente aos IAPS com o objetivo de uniformizar os benefícios aos segurados. Já que nas IAPS a contribuição era por categorias profissionais, cada uma delas tinha uma base de benefícios para os seus assegurados. Então, com a LOPS, houve uma unificação de todas as IAPS para que essas pagassem o mesmo valor aos assegurados e beneficiados.

Após 1964, se evidenciam a privatização dos serviços médicos, com a compra e venda de consultas, procedimentos, entre outros serviços. No período da Ditadura Militar, os problemas estruturais foram aprofundados em função da crise internacional, a questão social era vista com o binômio repressão-assistência, “sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade” (BRAVO, 2009, p. 93).

O processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 1967 com a implantação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se sentiu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das Aposentadorias e Pensões. Um desses era o da assistência médica que já era oferecido pelo CAPS e IAPS, sendo que alguns desses já possuíam serviços e hospitais próprios. No INPS a contribuição continuava a ser tripartite, e somente os trabalhadores formais recebiam esses benefícios.

Ao aumentar o número de contribuintes e beneficiários, se tornou menos viável o sistema médico previdenciário atender a toda essa população,

já que este não aumentou na mesma proporção. Diante disso, o governo militar optou por direcionar os recursos para iniciativa privada com o objetivo de obter o apoio dos setores de importante influência dentro da sociedade e da economia.

O Brasil foi um dos países que recebeu incentivos internacionais de países que buscavam mercado para investimento de seus capitais. O crescimento econômico era o objetivo e para alcançar o mesmo, necessitavam de uma maior regulação sobre a sociedade. Como demonstra Bravo (2009, p. 93-94)

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor Saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu

Nesta época de modernização, a ênfase da saúde pública era na prática médica curativa e assistencialista, e o país realizava articulação com grandes capitais internacionais do mercado farmacêutico e de equipamentos hospitalar. Ou seja, uma prática médica voltada para criação de um complexo-médico industrial.

Diante da situação insustentável pela crise econômica internacional a partir da década de 1970, e por pressões populares e dos movimentos societários organizados, o país começa o processo de redemocratização. Este processo veio acompanhado da abertura para o capital financeiro e de medidas político-econômicas para tentativa de superação da crise. Desta forma, ocorreu o avanço da política neoliberal com o desmanche das políticas de seguridade social e transferência da responsabilidade sobre essa proteção para a sociedade civil.

Verifica-se que a “questão social” brasileira, no neoliberalismo, passa a ser tratada como um problema de “gestão” (da miséria, da fome, da educação, da barbárie e da criminalização) pelo Estado, como forma de “administrar” um crescente excedente de mão-de-obra “supérflua”, por meio de ações pontuais e de cunho meramente assistencialista. (CASTRO, 2013, p. 81)

Com esse avanço da política neoliberal foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da

estrutura do INPS, manter essa situação. O que acabou levando a criação, em 1977, de uma estrutura própria administrativa, chamado agora de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tendo responsabilidade em prestar assistência aos seus associados, trabalhadores formais com carteira assinada que contribuía.

A assistência a saúde que foi desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Ou seja, ele não tinha caráter universal. A Política de Saúde do regime militar priorizava a cura da doença e não era voltada para práticas de prevenção da saúde.

Nesse período, no que se refere à assistência de saúde dos brasileiros, pode-se dividir em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços e não precisavam contribuir com o INAMPS ou INPS, pessoas com muito dinheiro e que tinham seus próprios médicos de família e assistência totalmente particular; aquelas pessoas que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, ou seja, aquelas pessoas que contribuía, do mercado formal; e também aquelas pessoas que não tinham direito nenhum, já que não contribuía e / ou não eram do mercado formal.

Segundo Mansur (2001), vários programas criados a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo INAMPS, e também pelo Ministério da Saúde, permitiram que uma nova camada da população, que antes não era assistida pela Previdência Social, passasse a ter acesso aos serviços. A ação do Governo Federal em relação às políticas sociais foi tomando diferentes formas ao longo do período de governo militar do país. Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAC) que modificavam o desenvolvimento da Saúde.

Nesse momento, o Brasil vive o auge de um modelo conhecido como liberal privatista, também chamado de modelo médico assistencial privatista. Na verdade, esse modelo médico assistencial privatista já estava presente no Brasil: ele emergiu desde a década de 1920 com o surgimento da assistência médica previdenciária. Mas ele ficou mais evidente nessa época com o crescimento das cidades e com a tecnologia na área da saúde que começou a despontar. Esse modelo ligava-se então a necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos, industriais, onde a demanda era maior, e vai vigorar

até os anos 1980. Maiores características desse modelo: prática médica curativa, individual assistencialista e especializada; avanços tecnológicos, compras de equipamentos de última geração; maior eficácia no diagnóstico e terapêutica, hospitalocentrico², onde o lugar do doente era dentro do hospital, centrado na doença do paciente, sem conhecer seu histórico de saúde ou as causas que o levaram a adoecer; o crescimento do complexo médico industrial e hospitalar, voltado para geração de lucro. Existia o tripé que sustentava esse modelo assistencial privatista, que era o Estado, o setor privado nacional e o setor privado internacional. O Estado era o financiador e o prestador dos serviços da população. O setor privado era o prestador dos serviços de assistência médica. O setor privado internacional era o produtor de insumos.

Conclui-se que nesse modelo médico assistencial privatista não se trabalhava com prevenção, já que estava ligado a ideia curativa, privatista e concentrado na doença, na especialidade médica.

O período de 1968 a 1980, de uma forma geral, foi marcado pela transição da ditadura para a democracia. E esse período trouxe a tona um contexto de lutas, de negociações, de arranjos políticos, que culminaram na elaboração da atual Constituição Federal de 1988.

Na década de 1970, o Brasil ainda continuava com uma crise econômica, mas a população já estava mais urbanizada e mobilizada socialmente. Com isso, a população já era capaz de gerar questionamentos sobre os problemas da assistência a saúde e também ela já tinha um pensamento crítico em relação à política pública de saúde.

Também na década de 1970, o INPS passou a englobar também as categorias rurais, já que antes o INPS atingia apenas trabalhadores com carteira assinada da zona urbana.

Essa fase também foi importante porque definiu o campo de atuação do Ministério da Saúde em relação à execução de medidas de atendimento para o interesse coletivo. Houve uma implementação da Medicina comunitária. Começava-se, então, a se materializar alguns programas de

² Prática baseada nos cuidados de saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de se utilizar a forma de prevenção primária, sem a necessidade de ir ao hospital.

extensão para cobertura de ações básicas, direcionando agora para a população excluída do sistema previdenciário.

A Reforma Sanitária³ permitia uma discussão sobre essa Medicina comunitária voltada para cobertura das ações básicas e, a partir dessa época, foi-se falado pela primeira vez na atenção primária à saúde. Na intenção de suprir essa necessidade de atenção à saúde da população mais interiorizada e que não tinha como pagar a previdência, ganha força em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Essas experiências e programas aconteceram com os princípios da atenção primária a saúde. A finalidade do PIASS era implantar uma estrutura básica de política pública em comunidades de até vinte mil habitantes. Pode-se entender como uma interiorização da saúde, possibilitando a criação de hospitais, centros de saúde no interior e, com isso, ampliando a rede ambulatorial também.

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Essa criação se deu, devido a uma revisão nas formas de organização da assistência médica previdenciária que existia no Brasil, com o objetivo de conter as despesas da previdência social com a assistência médica, priorizar as ações da atenção primária na saúde e racionalização dos gastos. Isso por conta da crise financeira que existia até então no sistema previdenciário brasileiro.

O plano CONASP introduziu mecanismos de auditorias técnicas com o intuito de reduzir o superfaturamento resultante da multiplicação dos atos assistenciais que eram prestados. O plano também contemplou a descentralização da assistência, de forma que o Estado e os municípios passaram a ter maior autonomia no planejamento de assistência a saúde.

Com o CONASP surgiram as ações integradas em saúde, que buscavam a reorganização institucional em saúde com o objetivo principal de evitar ações paralelas entre as instituições sanitárias e conter gastos.

O movimento das Diretas Já e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar gerando diversos movimentos sociais, inclusive na

³ O movimento surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o quadro do setor de saúde, que era caótico. Nasceu na luta contra a ditadura, estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços.

área de saúde, que culminaram na criação do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual consolidou as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

O SUDS foi o primeiro movimento na direção da descentralização e hierarquização, em 1987. Tinha o objetivo de contribuir para consolidação do desenvolvimento das ações integradas em saúde e as consequências foram a concentração do poder nas secretarias municipais e estaduais de saúde e o início do desmanche do INAMPS.

1.3 A Reforma Sanitária

No final dos anos 1970, a grande crise econômica do país e os primeiros movimentos da transição democrática afetam também o setor de saúde. Segundo Finkelman (2002), a crise econômica teve um duplo efeito: tanto agravou a distribuição de renda e a qualidade de vida da população aumentando as necessidades de atenção a saúde, como também diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais. Dessa forma, houve um impacto enorme sobre o volume de recursos destinados a saúde.

Nesse período de abertura política, movimentos sociais se manifestam na sociedade reivindicando várias coisas, inclusive serviços e ações na área de saúde, consolidando então o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram:

- 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços. (FINKELMAN, 2002, p. 246)

Como demonstra Bravo (2004), nesse cenário, observou-se um movimento considerável na saúde coletiva, onde passa a ocorrer mais debate

teórico visando a compreensão de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais. O movimento sanitário, que vinha sendo construído desde meados dos anos 1970, colocou em debate a prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade e avançou na elaboração de propostas de fortalecimento de setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

O ano de 1986 é marcado por um momento histórico e muito significativo especificamente na área de saúde. Ocorre neste ano a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Segundo Bravo (2009), essa conferência teve como pauta a saúde como um direito, a regulamentação do sistema nacional de saúde e o financiamento do sistema. Contou com diversos atores sociais, tanto representantes dos profissionais de saúde quanto representantes da sociedade, os usuários e os movimentos sociais.

Importante ressaltar, ainda sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que este foi o marco mais importante na trajetória da política pública de saúde no Brasil, pois ela também aprovou a proposta de Reforma Sanitária, que mais tarde serviu de base na reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 2004).

Os princípios, diretrizes e ações requeridas, e depois regulamentadas pelas Leis 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990, foram o direito universal a saúde e o dever do Estado, regulamentação, fiscalização e controle por parte do poder público sobre os serviços de saúde, constituição do Sistema Único de Saúde, regulamentação da participação do setor privado na saúde e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Estas conquistas representam um grande avanço nos termos da organização e estruturação do sistema de cuidado, porém diante dos ajustes econômicos para se manter nas relações com os grandes capitais, as políticas de proteção social tornaram-se foco de reforma e reestruturação em prol do capital. Como afirma Bravo (2009, p. 99), “apesar de o texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes”.

Identifica-se na política de saúde na década de 1990, dois grandes projetos políticos em disputa: o projeto de Reforma Sanitária (construído na

década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988) e o Projeto Privatista.

O primeiro, fundamentado no princípio da Saúde, como direito e dever do Estado, constituiu-se nos anos 1980 e é fruto de lutas e mobilização de profissionais de saúde, sua proposta consiste na:

democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo de assistência pautado na integralidade e equidade das ações. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 199)

Ainda sobre a Reforma Sanitária, sua principal proposta é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. “Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e trabalho”. (CFESS, 2010, p. 19)

O segundo está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: “a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção da responsabilidade do poder central e a focalização”. (BRAVO; MATOS, 2007, p. 200).

O texto da Constituição de 1988 inspirou-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, atendendo em grande parte, a reivindicação deste. Através da Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, instituiu-se o Sistema Único de Saúde, fruto de lutas e mobilizações dos profissionais da área de saúde, articulados ao movimento popular.

De acordo com Aciole (2006), em se tratando do setor de saúde, o povo brasileiro se deparou com transformações nas condições médico-sanitaristas a partir da emergência e consolidação do movimento de Reforma Sanitária, já que este propunha atender às necessidades de saúde da população, visando a atenção integral aos indivíduos que se apresentavam em condição de adoecimento.

1.4 A criação do Sistema Único de Saúde

Como defendido nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), a concepção de Seguridade Social representou um dos maiores avanços da Constituição de 1988. Isso no que se refere à proteção social e atendimento às demandas da classe trabalhadora. É composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Nessa direção, com novas modalidades de gestão democrática e descentralizada, há uma ênfase na participação social com destaque para os conselhos e conferências.

No que se refere às Políticas de Seguridade Social, importante ressaltar que as mesmas são firmadas dentro da ordem capitalista como o resultado de disputas políticas. Nesse cenário de conflitos, as políticas sociais assumem caráter contraditório, já que procuram atender as demandas do trabalhador contribuindo para melhorar as suas condições e qualidade de vida, porém isso não altera a estrutura do capitalismo.

Conforme sinaliza Behring (2000), a política social é o centro de um conflito de classe e não apenas um meio para diluí-lo ou desfazê-lo.

Ainda que seja desejável pelos segmentos democráticos que essa relação – política social/cidadania – se estabeleça plenamente, pode haver contradição entre a formulação/execução dos serviços sociais e a consecução de direitos. (BEHRING, 2000, p. 11)

Retornando ao tema da Seguridade Social,

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. (CFESS, 2010, p. 19)

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado no direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS como política não contributiva e de direito de todos, de acordo com as suas necessidades, é uma política inovadora que garante a todos o atendimento na rede de saúde pública, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social, diferentemente do que era praticado anteriormente, quando só eram atendidos os trabalhadores com carteira assinada.

Mas a efetivação do SUS, segundo Fireman (2007), apesar de vários avanços, tem algumas dificuldades, porque a saúde ainda não é considerada direito real. A população ainda não consegue ter acesso aos serviços e, quando tem acesso, tem pouca qualidade nos serviços prestados. É necessário fortalecer a participação popular, o controle social através dos Conselhos de Saúde, na tentativa de superar essa situação.

Baseado no seu ideário, O SUS deve ser eficaz e eficiente, oferecendo serviços de forma satisfatória, apresentando resultados afirmativos quando acessados pela população. Também é importante a qualidade no atendimento, mas não somente isso,

(...) é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde. (FIREMAN, 2007, p. 07)

Esses princípios, técnicas e necessidades, no entanto, não se concretizam na realidade. Isso por conta de algumas situações relevantes, como exemplos: o desmonte dos direitos sociais com a quebra da vinculação entre política social e esses direitos, incompatibilidade estrutural entre acumulação e equidade.

O significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desse processos na totalidade. Sem esse olhar, pode ficar prejudicada a luta política em torno das demandas concretas dos trabalhadores, frequentemente obstaculizadas, hoje pela alardeada “escassez de recursos”. (BEHRING, 2000, p. 24)

Com a implantação do SUS, não há o que se negar quanto a avanços na área da saúde, mas é real a necessidade de ainda se fazer muito na perspectiva de atender a todos com qualidade e com isso desmistificar um pouco o senso comum no pensamento de que “se depender do SUS, as pessoas morrem na fila”. Dessa forma, está sendo reafirmado o favorecimento à privatização dos serviços de saúde, e reforçando o processo de desmonte dos direitos sociais. De fato, a forma como o SUS se apresenta, acaba gerando um “estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores.” (CFESS, 2010, p. 21)

É importante citar, por outro lado, o SUS não se resume em filas de postos e unidades de saúde. Na verdade, o SUS também trabalha na prevenção das doenças, inclusive por meio da vigilância sanitária que garante a qualidade dos produtos nos supermercados, farmácias, lanchonetes, é coordenada pelo SUS. Esse é um serviço que ajuda a prevenir várias doenças.

Outra área de atuação do SUS é por meio do controle de epidemias, nas campanhas de vacinação. O SUS também faz o controle de pragas, insetos e animais nocivos ao ser humano. Promove a pesquisa de novos tratamentos, procedimentos e medicamentos. Também está em campanhas para doação de sangue, órgãos, campanha antitabagismo, transplantes. Porém, essa parte é pouco divulgada e, aliás, pouco efetiva também, já que passa pelas mesmas dificuldades de implementação que seus princípios.

É fato que houve uma expansão do caráter público e estatal da saúde no país com o SUS. Foi também onde se introduziu o conceito de “direito a saúde”, sendo garantido por um sistema de abrangência universal e atendimento gratuito. Também houve um aumento na atenção preventiva e clínica dos brasileiros.

Conforme indaga Campos (2008), na lógica capitalista que está inserido o SUS, este também tem assegurado a reprodução de grande parte do setor privado de prestação de serviços. O que aconteceu? Como o SUS pôde, ao mesmo tempo, estatizar e privatizar a atenção a saúde?

1.4.1 Os princípios do Sistema Único de Saúde

Conforme já citado anteriormente, em 1988 surge o SUS com o intuito de mudar os parâmetros da saúde pública no Brasil. Ele foi criado pela Constituição Federal para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Na Constituição de 1988 diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A regionalização é considerada pela legislação do SUS um eixo estruturante do SUS, pois envolve a acessibilidade. A rede do SUS, a rede de atendimento, a rede de atenção do SUS trabalha e é montada em função disso. Ou seja, precisa facilitar o acesso a todas as pessoas que procuram essa abrangência chamada SUS.

Outro conceito importante é a hierarquização, ou seja, a composição de várias unidades interligadas, várias esferas, cada uma com a sua tarefa a cumprir. Isso se faz claro quando o cidadão dá entrada pela esfera municipal e com isso “caminha” através do SUS graças a uma rede regionalizada e hierarquizada que proporciona ao cidadão e usuário do SUS essa integralidade na atenção.

Cabe ao SUS em seus múltiplos programas de promoção da saúde, garantir direitos básicos da população. Equipe de agentes de saúde, responsáveis pela mediação entre necessidade e tratamento, equipes de controle de endemias, campanhas de acompanhamento pré-natal, estratégia de saúde da família com atendimento personalizado e a domicílio a moradores de áreas de difícil acesso, implantação de farmácias populares com preços de remédios mais acessíveis, os genéricos.

As melhorias na saúde contaram com as tecnologias que auxiliam na Medicina. Mas ainda hoje são encontrados muitos problemas na saúde. A crise no sistema de saúde no Brasil está presente no dia a dia. Filas frequentes de pacientes em serviços de saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros,

materiais e humanos para atender os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência.

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira (TEIXEIRA, 2011).

Tratando a universalidade, esta deve ser considerada como um ideal a ser alcançado e que, portanto, torna-se necessário desencadear um processo de universalização, ou seja, um modo que a extensão dos serviços se tornem acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços. Quanto à barreira jurídica, esta foi eliminada com a Constituição Federal de 1988, momento em que se universalizou o direito a saúde. Do ponto de vista econômico, há uma parcela da população pobre e que vive em periferias da cidade e que por vezes não possuem condições mínimas de acesso aos serviços, inclusive por não conseguirem pagar o transporte para ir até uma unidade de saúde. E também, o Estado precisa ampliar recursos financeiros com construção e reforma nas unidades de saúde, compra de equipamentos e insumos, contratação de pessoal qualificado para trabalhar na produção de ações e serviços de saúde de distintas naturezas e graus de complexidade. E quanto à barreira sociocultural, a principal delas é a barreira da linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Conforme assinala Teixeira (2011), “Ainda quando chega aos serviços, grande parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais de trabalhadores de saúde”. (TEIXEIRA, 2011, p. 4)

Sobre a equidade, a ideia é alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Importante reconhecer a desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. No caso da saúde, essa desigualdade seria diante do adoecer e morrer. E ainda são grandes as disparidades regionais e sociais do Brasil. “ No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população.”

(BRASIL, 2000, p. 32). Com isso conclui-se que a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade.

A noção de integralidade contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Procura demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas. Ou seja, a cada qual de acordo com as suas necessidades, inclusive no que se refere aos níveis de complexidade diferenciados.

De acordo com Brasil (2000), é possível identificar conquistas do SUS. Tiveram avanços em todas as áreas de saúde por meio de uma paulatina consolidação dos princípios que dão base a esse Sistema, com perspectiva de efetivação da saúde como qualidade de vida e não como estado de ausência de doença.

1.5 Saúde pública hoje: privatização da saúde

A responsabilidade do Estado é garantir uma saúde pública de qualidade, e deve ser levada a sério tanto pelos Municípios quanto pelos Estados e pelo Governo Federal.

Fazendo uma análise da realidade do sistema público de saúde, o que se vê é: insuficiência de leitos, superlotação, carência de profissionais de saúde, desigualdade na distribuição de médicos, falta de medicamentos e insumos hospitalares, equipamentos antiquados ou inexistentes, instalações inadequadas e falta de recursos tecnológicos.

Pode-se considerar uma lentidão do Estado em reagir a um preceito constitucional que seria o direito a saúde a todos e dever do Estado. Alguns motivos para essa questão seriam: falta de investimento financeiro na saúde pública, crescimento do sistema privado de saúde que compete o tempo todo com o sistema público, quantidade de profissionais de saúde que não supre as reais necessidades da população, desigualdade na distribuição de equipamentos necessários para o trabalho.

Na contemporaneidade, a saúde pública encontra-se em conflito frente a privatização e valorização do capital. Diferente de uma política que se preocupa com o cuidado e se efetiva como direito, a saúde é um espaço

“dividido entre interesses próprios dos que pensam a saúde como uma fonte a mais de acumulação de capital e, portanto, deve ser ofertada de acordo com as normas de mercado”. (FRANCO E MERHY, 2004, p. 69) Nesse sentido, em relação ao SUS, “apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. (BRAVO, 2009, p. 100) Ou seja, a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

Isto se expressa claramente na década de 1990, em que há um crescimento das transferências de recursos do Estado para o setor privado. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelece que os recursos do setor privado sejam utilizados pelo SUS de forma complementar, porém experiências recentes têm comprovado uma prática distorcida. Com a grande parte de contratos e convênios, o Estado assume o papel de financiador e coordenador da rede de saúde, estando desta forma a maior parte dos recursos na rede privada, não suprimindo e consolidando assim a rede pública.

Vale ressaltar que diante da intensa presença desses prestadores privados dentro do SUS, questiona-se o SUS como um sistema único de saúde, sendo este somente no nome e na lei, já que na prática, “seus gestores compram serviços de entidades privadas, o que resulta em uma baixa capacidade para intervir nas prioridades de atendimento e mesmo no fluxo de pessoas”. (CAMPOS, 2008, p. 4) E ainda, existe a compra de serviços com preços arbitrários, isso porque:

(...) os prestadores privados tendem a selecionar casos e procedimentos rentáveis, recusando outros com menor lucratividade. É interessante perceber que esta dificuldade gerencial do SUS também é observada em relação aos hospitais públicos, que funcionam de maneira autárquica e com pequeno compromisso com a rede básica e de urgência. Resumindo, os hospitais brasileiros, em geral, ainda trabalham com a lógica de mercado. Seria uma privatização real da forma de funcionamento? (CAMPOS, 2008, p. 4)

Verifica-se nessa década a afirmação das contrarreformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais. O projeto do grande

capital tem como vetores privilegiados, a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor. “Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo”. (CFESS 2010, p. 20) A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público. Nessa lógica, há ênfase em programas focais, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família (PSF). Dessa forma, entende-se que todas essas medidas na verdade visam estimular o seguro privado de saúde, conforme já explicitado anteriormente.

O projeto da saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste⁴, quem tem como principais tendências:

(...) a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento”. (CFESS, 2010, p. 22)

Em contrapartida, em resistência ao processo de privatização da coisa pública, em 2010, surge a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Esta entidade se organiza por diversas outras entidades e organizações, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. Esta frente é organizada em prol de um novo projeto societário e por uma nova hegemonia. Assim, visa conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor da saúde vigente e pode ser considerada como uma estratégia para resistir aos interesses do capital. Nas palavras de Bravo & Correa (2012, p. 140)

A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível

⁴ Política de ajuste neoliberal que rebete na efetivação das políticas de Seguridade Social no Brasil, no chamado esgotamento do “Estado Desenvolvimentista” em que o principal elemento é a Crise Financeira do Estado.

nacional. Os fóruns também têm se posicionado em defesa da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Estes têm um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da Saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo ao seu uso como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos aparelhos privados de hegemonia

Esta Frente tem como aporte os princípios defendidos no Movimento de Reforma Sanitária e reconhece as conquistas adquiridas, por isto torna a luta legítima e centrada em dois eixos principais: recusa pela privatização e a favor da saúde pública, e a concepção da saúde compreendida pela determinação social do processo saúde-doença (BRAVO & CORREA, 2012).

Realizando este pequeno histórico é possível perceber que a saúde pública veio se engendrando a partir dos interesses do capital. Pode-se ilustrar este fenômeno ainda pelo grande investimento em medicamentos, procedimentos e posteriormente a venda dos planos de saúde. Diante deste contexto, pode-se analisar a atual organização da assistência a saúde, e o destaque que a atenção básica e a integralidade das ações veio ganhando nos últimos anos, pois “a assistência a saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, são um ponto de estrangulamento dos serviços de saúde” (FRANCO & MAGALHAES, 2007, p. 125).

Nesse sentido é possível compreender, diante de uma demanda que cresce perante uma sociedade fragilizada socialmente pela política neoliberal, a necessidade de criar respostas eficientes na tentativa de mudar esse cenário. Assim, vivencia-se a tendência de otimização de recursos e administração dos mínimos de proteção providos pelo Estado, a fim de abaixar custos elevados com procedimentos e outras complexidades. Desta forma, a atenção básica foi sendo considerada na agenda política como uma estratégia de reorganização da assistência aos usuários da saúde.

Segundo Bravo e Menezes (2013), será abordada a política de saúde nos governos Lula e Dilma, sendo que no caso de Dilma, apenas um balanço inicial. Um breve histórico, iniciando com o governo Lula, no seu primeiro mandato entre 2002 e 2006 onde há uma disputa entre os projetos de reforma sanitária e privatista, já citados anteriormente. Nesse caso, em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros,

o segundo. Embora houvesse, com vários programas existentes⁵, a tentativa de efetivação de uma política de saúde de qualidade para a população, diante dos estudos e análises de vários autores, questões centrais como: universalização das ações, financiamento efetivo, Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de medicamentos, não foram enfrentadas. Ao final do mandato, foi apresentado o Pacto pela Saúde (2006), com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação de seus princípios.

Já no segundo mandato entre 2007 e 2010, mais uma vez não houve compromisso com a Reforma Sanitária. No entanto, é escolhido para ministro da Saúde um sujeito político que participou da formulação deste projeto. Logo no discurso de posse, o ministro Jose Gomes Temporão, afirma que “há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado (...)” (BRAVO & MENEZES, 2013, p. 30) Não houve novamente, no entanto, enfrentamento a algumas questões centrais ao ideário reformista. Porém, a proposição mais preocupante foi a criação das fundações estatais que pretendem atingir todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado, como saúde entre outras.

Após análise dos dois mandatos do governo Lula, conclui-se que não houve vontade política e financiamento para viabilizar as propostas da Reforma Sanitária. Continua-se com as políticas focais e falta de democratização do acesso.

No governo Dilma e um balanço inicial, a partir de 2011, Bravo e Menezes (2013) sinalizam que Dilma, já em seu discurso inicial coloca como prioridade do seu governo a consolidação do SUS e que irá utilizar a força do governo federal para acompanhar a qualidade dos serviços prestados e o respeito ao usuário. No entanto, novamente com relação a saúde, o governo continua com ênfase nas políticas e programas focalizados, parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

⁵ Programas como: Programa Saúde da Família (PSF), Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências, criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Programas especiais como os de combate ao Tabagismo e à AIDS, entre outros.

**2 PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM
DEBATE SOBRE OS DIREITOS SOCIAIS NA CONTEMPORANEIDADE**

Pretende-se realizar no presente capítulo um breve histórico da política de Saúde no Brasil e o Serviço Social, perpassando desde quando o Serviço Social surgiu no país enquanto profissão até a atualidade. Serão abordadas também as condições de trabalho deste profissional.

No momento seguinte a ênfase será no projeto ético-político e sua contribuição para o Serviço Social na área de saúde, a dimensão investigativa no cotidiano.

Em seguida, serão analisadas as atribuições e competências do assistente social em hospitais de emergência com foco na defesa dos direitos na sociedade contemporânea.

2.1 A Política de Saúde e o Serviço Social

A partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida numa concepção ampla que vai além da ideia de ausência de doença. É importante ressaltar que o assistente social possui um papel relevante no sentido de contribuir para a concretização do conceito ampliado de saúde, o qual considera como elementos determinantes no processo saúde / doença as condições de alimentação, renda, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, esporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Segundo Bravo (2009), cabe lembrar que o Serviço Social surgiu no País na década de 1930, sob influência da Igreja Católica. O período era de intensificação do processo de industrialização no País, crescimento da urbanização e ampliação da massa de trabalhadores com condições de saúde e habitação precárias. Isso fez com que a classe operária começasse então a se organizar, reivindicando assim, melhores condições de vida e trabalho.

A organização dos trabalhadores nessa época era incipiente. E, embora o Serviço Social tivesse a intenção de atuar junto às classes menos favorecidas, a institucionalização profissional não foi uma resposta às reivindicações do operariado; já que o Serviço Social é fruto de uma estratégia do bloco dominante.

A emergência do Serviço Social como profissão reconhecida na divisão social do trabalho está vinculada à criação das grandes instituições assistenciais, especialmente na década de 1940, quando o Estado Novo vai buscar na classe operaria sua legitimidade e, por isso, incorpora parte das reivindicações desta. A profissão se gesta e desenvolve como profissão nesse contexto tendo por “pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes”(IAMAMOTO, 2005, p. 77). O surgimento dessas instituições já tinha o objetivo, em uma perspectiva embrionária, de uma assistência preventiva onde buscava minimizar sequelas do desenvolvimento capitalista.

As instituições assistenciais que surgem nesse momento tratam de obras que envolvem de forma mais direta e ampla os nomes das famílias que integram parte da burguesia. Sendo assim, observa-se um aporte de recursos e potencial de contatos em termos de Estado “que lhes possibilita o planejamento de obras assistenciais de maior envergadura e eficiência técnica”. (IAMAMOTO, 2005, p. 166)

Ainda conforme lamamoto,

A vinculação institucional altera, ao mesmo tempo, a chamada “clientela” do Serviço Social: de uma parcela insignificante da população pobre em geral, atingida pelas ações dispersas das obras sociais, seu público concentrar-se-á, agora, nos grandes setores do proletariado, alvo principal das políticas assistenciais desenvolvidas pelas instituições. (IAMAMOTO, 2004, p. 94)

Pode-se dizer que para o Serviço Social, nessa época, seu objeto de trabalho é colocado como uma situação problema. É a partir da década de 1960, com o Movimento de Reconceituação, que o Serviço Social passa a rever seu objeto de intervenção, compreendido hoje como a questão social.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p. 27)

Vale lembrar que um dos grandes desafios do assistente social é compreender e decifrar as múltiplas expressões da questão social, inclusive com as novas características que esta assume na contemporaneidade.

A área de saúde na década de 1940 foi o setor que mais empregou os assistentes sociais. Houve a ampliação dessa ação profissional em função do novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948,⁶ e também pelo agravamento das condições de saúde da população. Dessa forma, o assistente social foi requisitado para trabalhar desenvolvendo uma

prática educativa com intervenção normativa do modo de vida da 'clientela', com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações na política de saúde. BRAVO, 2004, p. 29)

Ainda conforme sinaliza Bravo (2004), outra justificativa para esse aumento na demanda de assistentes sociais na área de saúde, foi a necessidade da sua ação profissional dentro de hospitais, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, orientações, encaminhamentos, entre outros.

Atravessando para década de 1990, (CFESS, 2010), pode-se afirmar que os avanços conquistados pela profissão, no campo da saúde, ainda são insuficientes e também com insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde. Importante ressaltar, porém, que os anos 1990 foram um período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no País e que, dessa forma, as demandas para o Serviço Social vinham justamente dos dois projetos políticos em disputa na área da saúde, sendo estes o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária. Esses projetos já foram citados no capítulo I do presente trabalho, porém agora com ênfase no fazer profissional do assistente social em cada um deles.

⁶ A OMS (Organização Mundial de Saúde) é uma agência especializada das Nações Unidas, destinada às questões relativas a saúde. Foi fundada em 07 de abril de 1948. Tem como objetivo garantir o grau mais alto de Saúde para todos os seres humanos. A OMS tem o entendimento de Saúde como um estado de completo bem-estar psicológico, físico, mental e social. Material disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/o-que-e-a-oms.html>, acessado em 15/11/2014.

O projeto privatista requisita ao assistente social demandas como: “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”. (CFESS, 2010, p. 26)

O projeto da Reforma Sanitária, por sua vez, requisita demandas como: acesso democrático às informações e estímulo a participação popular, ênfase nas abordagens grupais, trabalho interdisciplinar, entre outras.

O fato é que os dois projetos políticos existentes permanecem em disputa na saúde, e com o governo atual assim como com os anteriores, a ênfase maior é no projeto privatista. Essa tensão também é sofrida pelo Serviço Social que tem, na década de 1990, hegemonia da tendência à intenção de ruptura, que tem relação com a corrente profissional do Movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro.

Retomando ao tema do Movimento de Reconceituação, o mesmo trouxe para os assistentes sociais a identificação política e ideológica, dando início ao debate coletivo de dimensão política da profissão, e constituindo assim uma ruptura com o Serviço Social tradicional e conservador e a possibilidade de uma nova identidade profissional, com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora. Nesse momento, era atribuído ao assistente social um perfil de repressão ao lidar com as demandas do operariado. Ocorreu um resgate das teorias marxistas. Coloca-se as instituições como espaço das lutas de classes procurando se fortalecer na prática do Serviço Social aliada aos movimentos populares.

Assim como as outras correntes cuja emersão e confronto animam a renovação do Serviço Social no Brasil, a perspectiva da intenção de ruptura não é um puro resultado da vontade subjetiva dos seus protagonistas: ela expressa, no processo de laicização e diferenciação da profissão, tendências e forças que percorrem a estrutura da sociedade brasileira no período de que nos ocupamos. (NETTO, 2005, p. 255-256)

A nova configuração da política de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, vai impactar o trabalho do assistente social, seja nas suas condições de trabalho ou formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e com os demais profissionais. Dessa forma, “amplia-

se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida”. (CFESS, 2010, p. 23)

Diante desse cenário, cabe ao Serviço Social articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais na defesa do projeto de Reforma Sanitária. Entendia-se que a tentativa por uma possível transformação estrutural nas políticas sociais, e na saúde em particular, somente seria viável no caso de um amplo movimento de massas, lutando pela ampliação da democracia nas esferas da economia, política e cultura.

Conforme sinaliza Vidal (2013), em se tratando das condições e relações de trabalho em que os assistentes sociais estão inseridos, estas “são inseparáveis da reforma do Estado, que altera profundamente as relações entre Estado e sociedade e atinge as políticas e / ou ações voltadas à questão social”.

Baseado nessa afirmação, e considerando o assistente social como trabalhador assalariado, importante compreender que é nesse contexto que a demanda de trabalho do assistente é alterada e também o seu mercado de trabalho, já que as relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas.

Estando o assistente social inserido no mercado de trabalho neste contexto, as suas possibilidades de intervenção também acabam sendo reflexo das profundas alterações nas formas de produção e de gestão do trabalho mediante as exigências do capital. No Brasil, com a reestruturação produtiva, tem-se um resultado de altos índices de desemprego, precarização das condições de trabalho e uma política de focalização. Há um sucateamento das políticas públicas e um enxugamento da máquina estatal, avanço grandioso do neoliberalismo e privatização das políticas públicas, inclusive de saúde.

“No que se refere a política de saúde, esta vem sofrendo mais diretamente com esse processo de privatização dos serviços públicos por causa dos denominados “novos modelos de gestão””. (VIDAL, 2013, p. 126) Isso porque o que ocorre é um repasse do fundo público para o setor privado, flexibilização da gestão e dos direitos sociais e trabalhistas, ou seja, uma privatização do que é público.

É notório que nesse contexto de reorganização da política de saúde, os interesses privados estejam mais presentes. A lógica da mudança vem também imbuída de concepções extremamente conservadoras, nas quais as modificações podem, em muitos momentos, significar a ampliação da cobertura de atendimentos, sem ampliação de recursos financeiros e humanos, ações centradas no *controle*, na *flexibilidade*, na *polivalência*, dentre inúmeros outros fatores. (VIDAL, 2013, p. 127)

Com a descentralização das políticas sociais, a demanda do assistente social passou a ser também em níveis de planejamento e gestão de programas e projetos. No caso da saúde especificamente, houve uma inserção desse profissional em processos de auditoria, avaliação de serviços prestados e ainda monitoramento de programas e projetos.

Na década de 1990, o Serviço Social na saúde, passou por um momento de crítica ao projeto hegemônico da profissão (CFESS, 2010), que passa por uma reatualização do discurso da cisão entre a teoria e a prática e uma descrença nas políticas públicas.

Diante do fato de os profissionais de Serviço Social acabarem exercendo outras atividades, que não as de sua competência, embora conforme é sabido isso não é exclusividade do Serviço Social no contexto capitalista, estes acabam sendo alvo de demandas conservadoras de suas atribuições e, com isso, gerando dúvidas aos usuários das reais competências desse profissional.

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário... (CFESS, 2010, p. 29)

Reforça-se o fato de que, na saúde, a tentativa de mudança, seria a implementação da Reforma Sanitária, construída em meados dos anos 1970, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Claro que isso não é tarefa fácil dentro das perspectivas

neoliberais para a saúde, que acabam passando a frente de direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

2.2 O projeto ético-político e a contribuição do Serviço Social na área da saúde

O projeto ético-político foi construído coletivamente pela categoria e tem como seus pilares básicos o Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais / Resolução CFESS n. 273/93 de março de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão / Lei n. 662/9, de junho de 1993 e as Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social, de 1996 e revistas pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura) em 2002.

O projeto ocorreu em um período de redemocratização brasileira, onde o processo era de recusa ao conservadorismo profissional. E na década de 1990 tiveram destaque as profundas transformações societárias, afetando todos os âmbitos, como: a economia, produção, Estado, política, trabalho e cultura, marcados pelo neoliberalismo.

Com o objetivo de desenvolver e aprofundar o projeto ético-político, deve-se atentar às condições políticas, aos espaços legitimados na academia e debates sobre a formação profissional. Tem-se como estrutura básica do projeto ético-político do Serviço Social um núcleo dividido em: reconhecimento da liberdade como valor central e compromisso com a autonomia e emancipação dos indivíduos sociais, além de uma dimensão política, e do ponto de vista profissional e dos usuários. Vale ainda mencionar a importância da articulação com segmentos de outras categorias profissionais que contenham propostas similares, e também com os movimentos em prol dos trabalhadores.

A década de 1990 foi marcada também por dois processos interrelacionados. A saber, a continuidade do processo de consolidação do projeto ético-político e as ameaças sofridas diante das políticas neoliberais que repercutem no meio da categoria. Isso impõe ao assistente social um desafio de encarar a defesa da democracia e das políticas públicas neste cenário desfavorável com perspectivas, para a saúde e para as políticas

sociais como um todo, de ferimento aos direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

Conforme define Netto (1999), o projeto articula em si mesmo os seguintes elementos constitutivos: “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas práticas, etc.”. (NETTO, 1999, p. 98)

A afirmação de um projeto ético-político depende de vários fatores econômicos, sociais e políticos, e não apenas da vontade da categoria. É importante, para o assistente social, se fortalecer teoricamente e permanecer no viés crítico no que envolve as relações sociais e o sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão de Serviço Social opera e, com isso, se utilizar de ações éticas que possam evitar posturas e comportamentos incompatíveis com a democracia e os direitos sociais.

Conforme citado anteriormente, o projeto ético-político do Serviço Social vai ao encontro dos princípios defendidos pelo Projeto de Reforma Sanitária. Isso demanda desse profissional que se posicione com clareza e comprometimento na atual conjuntura, onde os princípios e perspectivas são opostos em grandes aspectos a eles.

Com isso, o profissional tem grandes desafios a serem encarados, como: trabalhar pela melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, e ainda, “pela democratização das informações; pela transparência na utilização de recursos públicos; pelo fortalecimento da política pública de saúde na perspectiva do direito universal”. (PAULA, 2013, p. 86) Diante dessa realidade, como os assistentes sociais tem constituído seu exercício profissional, especialmente no âmbito da saúde pública? Para esse debate é importante analisar dois movimentos articulados: a formação sócio-histórica da política de saúde no Brasil e a reflexão dos próprios elementos constitutivos da intervenção profissional no Serviço Social.

Sobre a formação sócio-histórica da política de saúde no Brasil, conforme Paula, entende-se que há uma vinculação da saúde ao mercado, num processo de privatização que transforma o direito em mercadoria e que o Estado não se apresenta com responsabilidades sobre às políticas sociais. Políticas essas que, emergem no Estado capitalista com a funcionalidade de preservação e controle da força de trabalho.

E sobre o Serviço Social e seus elementos constitutivos, a autora destaca como principais elementos do exercício profissional do assistente social as suas formas de expressão, ou seja, as diversas maneiras com que esse profissional se mostra; também os seus componentes centrais, ou seja, o material-assistencial e ídeo-político; e as suas três dimensões que são a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa. Essas dimensões se articulam e constituem uma unidade que se expressa no momento da intervenção profissional. Porém, o elemento que merece destaque é a dimensão investigativa do exercício profissional, já que trata-se de um componente capaz de vislumbrar qualidade diferenciada ao fazer profissional.

Baseado no projeto ético-político da profissão, o Serviço Social, principalmente na sua dimensão investigativa, consegue contribuir no sentido de ruptura com a atuação de somente apaziguar os conflitos dentro da ordem burguesa. O exercício profissional do assistente social com uma postura investigativa acaba por levar a reflexões mais elaboradas, por meio de atividades de pesquisa, por exemplo. A busca constante pela pesquisa é essencial nesse aspecto.

Pois é nessa perspectiva que tratamos aqui a pesquisa como uma dimensão investigativa integrante da atuação profissional, visto ser ela condição fundamental para se elaborar propostas capazes de impulsionar a formulação de propostas profissionais qualificadas. (PAULA, 2013, p. 93)

Essa dimensão investigativa é essencial no exercício profissional, pois permite a esse profissional enxergar além do que se vê e com isso, compreender que se trata de uma realidade que é dinâmica e em constante movimento. Para isso, é fundamental uma visão atenta à realidade.

Conforme sinaliza Bravo e Matos (2009) na realidade do final dos anos 1990, o Serviço Social vem buscando produzir conhecimento e estratégias sobre a área de saúde e três dimensões da profissão serão consideradas: a acadêmica, a política e o trabalho profissional nas instituições.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas vezes, não explicitamente. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 37)

No entanto, houve uma dificuldade em executar um trabalho com reflexões acerca do cotidiano e norteado pelo projeto ético-político e o da Reforma Sanitária.

Vale destacar que é um grande desafio real do assistente social a efetivação do projeto ético-político, principalmente com a perspectiva de análise dos determinantes e condicionantes políticos, econômicos e sociais, incluindo assim em totalidade a compreensão dos fenômenos e situações em que a saúde pública e privada se deparam na contemporaneidade.

É importante também considerar que poderá trazer ao Serviço Social uma visibilidade maior, e ser uma estratégia para a profissão colocar-se diante dessas questões, fazendo-se presente na política de saúde e imprimindo sua contribuição, lutando assim pela defesa de um projeto profissional condizente com os princípios da equidade, justiça social e defesa pela garantia de direitos.

2.3 Atribuições e competências do assistente social em hospitais de emergência

O Hospital é a mais complexa das organizações de saúde. O serviço prestado por uma Instituição de urgência / emergência apresenta diversos tipos de demandas, inclusive sociais, que necessitam de atendimento e encaminhamento imediato por parte de toda a equipe de saúde, e em especial, dos assistentes sociais, que possuem como objeto de trabalho as várias expressões da questão social. Este busca identificar aspectos Sociais que incidem na saúde do usuário e procura viabilizar recursos individuais e coletivos para o enfrentamento a essas questões.

É de suma importância que, em uma Instituição de Saúde (urgência / emergência), o assistente social conheça certos parâmetros, como: a Lei Orgânica de Saúde, que versa sobre a organização do SUS e seu financiamento (LOS - Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90); as competências e atribuições expressas na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social (artigos 4 e 5 da Lei 8.662/93) e no Código de Ética profissional e os princípios fundamentais da profissão, destacando-se a ampliação e consolidação da cidadania, compromisso com a qualidade dos serviços

prestados, defesa do aprofundamento da cidadania, posicionamento em favor da coletividade, entre outros; todos os demais direitos sociais do cidadão brasileiro e a necessária articulação com as políticas setoriais em todas as esferas do governo, como a educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção a maternidade e a infância, assistência aos desempregados (Constituição Federal 1988, artigo 6º); que a criança e o adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, artigo 7º); em casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, artigo 13º); o artigo 15 do Estatuto do Idoso impede a discriminação em razão da idade. O idoso internado ou em observação tem direito a acompanhante.

Quanto a execução de todas as políticas de saúde expressas acima, são possíveis dentro de uma realidade social que, determinada pelas condições sócio históricas e correlação de forças sociais existentes, condiciona e interfere na dinâmica do serviço de emergência / urgência prestado pela Instituição e, conseqüentemente, nos limites e possibilidades de ação dos profissionais de saúde, ao que se inclui o assistente social. Nesse sentido, o assistente social se encontra sempre entre garantir os direitos dos usuários e os limites concretos existentes na Instituição. Esses parâmetros entre outros são necessários para a sistematização das ações e atribuições do assistente social na Instituição.

A proteção social tem sua relevância, porém o que se observa na prática é um descumprimento quanto a essa lei, até por compreender a sociedade a qual está inserido, a saber, sociedade capitalista. Logo, isso interfere diretamente nas classes mais subalternizadas e fragilizadas, público alvo do Serviço Social. Essa população vem enfrentando situações de falta de acesso a saúde pública de qualidade, atendimentos precarizados e discriminados muitas vezes com discursos meramente burocráticos e mecanicistas. Isso revela um grande desafio do assistente social que seria

fazer em cada atendimento o máximo possível baseado naquilo que prevê suas diretrizes profissionais.

Dessa forma, entende-se que o cotidiano de um assistente social que exerce sua profissão dentro de uma unidade hospitalar é marcado por uma tensão constante entre as diversas demandas dos usuários e da instituição e pela idealização dos projetos profissionais sobre suas ações. É importante que o assistente social realmente se empenhe na viabilização dos direitos sociais dos usuários, citados acima, tendo o entendimento de que a transformação da realidade é um processo que também exige participação da população.

De acordo com Olivar e Vidal (2007), os serviços de emergência na contemporaneidade contem uma especificidade que os distinguem de quaisquer outros serviços de saúde. Isso porque se trata de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada.

No modelo assistencial do SUS, os hospitais se inserem no terceiro nível de atenção, ou também chamado de terciário. Importante sinalizar que, diante de uma realidade de exclusão social a qual o assistente social se depara, o Estado aparece omissos frente as políticas sociais e uma das consequências disso é a transferência da responsabilidade das expressões da questão social para a sociedade civil, bem como outras demandas sociais, onde a atenção ficou voltada para ótica da solidariedade e da focalização, com ênfase em práticas clientelistas e de ajuda. O Estado busca, na verdade, implementar políticas globalizantes que favoreçam o capital em detrimento da questão social. Dessa forma, há uma tendência ao retorno do que Yazbek *apud* Olivar e Vidal (2007) chama de refilantropização da assistência social. Nesse cenário, “o assistente social tem sido chamado a gerenciar a exclusão social, pois está diante de uma realidade que complexifica seu objeto e reduz seus meios de trabalho”. (OLIVAR & VIDAL, 2007, p. 148) Torna-se cada vez mais complexo conseguir recursos e implementar projetos já que o Estado não investe financeiramente em políticas sociais.

Dentro das instituições de saúde, o assistente social é chamado a administrar a correlação de forças existente entre as demandas dos usuários e os recursos que são insuficientes para prestação dos serviços requeridos. Com isso, uma das principais atividades seriam os atendimentos individuais,

sendo priorizados os aconselhamentos e encaminhamentos e esquecendo-se da questão social que é coletiva.

As demandas sociais nos hospitais de emergência são inúmeras, como atendimento de situações de violência intrafamiliar (violência contra a mulher, a criança, adolescentes e idosos), informações sobre direitos da família em decorrência do óbito, direitos do trabalhador acidentado, demanda reprimida quanto a vagas para internação em unidades de terapia intensiva, usuários com intercorrências clínicas (devido ao não-acompanhamento por falta de vagas na média complexidade), entre outras. Ou seja, socialização de informações aos usuários quanto aos direitos sociais e a participação social, sem contar as demandas encaminhadas por outros profissionais que não são de competência/atribuição do Serviço Social. (OLIVAR & VIDAL, p. 150)

De acordo com o CFESS (2010), são fundamentais para a atuação do assistente social na saúde alguns conceitos como: a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e a participação social. Juntamente com esses conceitos, é importante ressaltar que o projeto ético-político está pautado na perspectiva da totalidade social e que tem na questão social a base de sua fundamentação.

A saúde do trabalhador se apresenta como uma área de atuação do assistente social, já que ao defender essa concepção de saúde, o movimento da Reforma Sanitária julgou importante a determinação social e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença. Outro impacto grande na saúde do trabalhador são as suas próprias condições de trabalho, onde existe grande precarização, restrição de direitos, aumento do trabalho informal. Esse é outro grande desafio, de lidar também com saúde do trabalhador, enfrentado pelo assistente social é, porém, encarado como campo privilegiado, já que acaba contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeito históricos nesse processo.

Segundo CFESS (2010), pode-se definir quatro eixos de atuação do assistente social na saúde, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

A realidade se apresenta muito severa, quando as desigualdades aparecem de forma concreta no cotidiano do trabalho do assistente social, ameaçando os direitos sociais, inclusive o direito à vida.

Para construção de um projeto democrático não deve haver somente participação de uma categoria profissional como o assistente social, mas sim de todas que partilhem de projetos profissionais similares. No entanto, é fato que é um grande desafio para o assistente social, questionar as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que direitos e conquistas da população estão sendo perdidos cotidianamente e sem que outros sejam adquiridos ou ampliados aos já existentes.

2.4 O Serviço Social e a defesa dos direitos

A atuação do Serviço Social tem sido marcada pela disputa entre a aplicação de medidas universais na política social, muitas vezes previstas em lei e regulamentos, e o atendimento ou prestação de serviços. Nesses dois casos, o exercício profissional possui autonomia relativa, mas tem a força do direito na defesa do usuário, podendo, no entanto e com frequência, se cristalizar na burocracia e na administração de medidas gerais.

O próprio perfil do assistente social constitui o maior desafio: este deverá ser mais propositivo do que executivo, capaz de reforçar e ampliar sua competência crítica, aquele que pesquisa, pensa, analisa, decifra e desvenda a realidade objetivamente posta. Alimentado por uma atitude investigativa para múltiplos saberes, o exercício profissional cotidiano tem ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho neste momento de profundas alterações na vida em sociedade.

Para se manter com um discurso coerente e atitudes propositivas diante de um cenário nada favorável às políticas sociais e de cunho neoliberal, é fundamental o assistente social estar disposto e firme na defesa das proposições conquistadas na Constituição de 1988, nas Leis 8.090/90 e 8.142/90⁷. Logo,

⁷ Ambas as Leis relacionadas a Lei Orgânica da Saúde.

a perspectiva do profissional deve ser a de enfrentamento das transformações propostas pela política de ajuste, assumindo um compromisso ético-profissional com a defesa das políticas públicas de qualidade. (VIDAL, 2013, p. 128)

É fundamental que o assistente social, ao exercer sua profissão, permaneça seguindo na defesa de um projeto de sociedade justo e igualitário, pois desta forma estará defendendo ainda as políticas sociais públicas, o controle democrático, a universalização dos direitos sociais e os interesses comuns da população usuária. No entanto, tornar esse projeto efetivo esbarra nas condições e relações de trabalho em que se inscreve o assistente social. Isso porque “não há uma identidade imediata entre a intencionalidade do projeto profissional e resultados derivados de sua efetivação”. (CFESS, 2012)

Como uma estratégia de enfrentamento à questão social e suas expressões, “os direitos sociais enquanto resultado de movimentos e lutas sociais, objetivam a visualização e compreensão por parte do Estado, das demandas e necessidades produzidas socialmente(...)” (LONARDONI & OLIVEIRA, 2007, p. 2). Trata-se de uma estratégia de enfrentamento à questão social e suas expressões.

As demandas populares são reconhecidas e legitimadas pelo Estado no momento em que há uma compreensão dos direitos sociais sob o ponto de vista da conquista da população. Isso ocorre em um momento de forte mobilização e lutas sociais, visando garantir mínimas condições de vida à população, pensando sobre a desigualdade de acesso aos bens produzidos socialmente. Ou seja, os direitos sociais podem ser considerados como aquilo que permite aos cidadãos uma participação, ainda que mínima, na riqueza material e espiritual criada pela coletividade. E são fruto de ações de sujeitos organizados que reivindicam suas demandas.

Vale mencionar que apenas reconhecer que seja algo justo, bom e desejável, não valida direitos. Isso só ocorre por meio de medidas tais como as políticas de proteção concretas. Isso porque os direitos são uma conquista e não uma dádiva; são dinâmicos e não imutáveis; são inacabados e históricos e não definitivos. Dessa forma, torna essencial que os mesmos sejam conquistados e reconquistados paulatinamente.

O Serviço Social se insere nesse contexto de lutas e construções coletivas, como profissão interventiva e também comprometida com os interesses das classes populares. O projeto ético-político da profissão contribuiu no sentido de ter uma proposta protagonista e hegemônica que fundamenta e percorre uma determinada visão e imagem de profissão que se encontra vinculada em forma explícita às forças sociais progressistas, ainda que em um período fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade.

Nosso projeto profissional nos possibilita uma clara intenção de estabelecer uma direção social progressista e democrática sobre as condições histórico-sociais, as quais na sociedade capitalista vigente são contraditórias, dada a lógica da reprodução das relações sociais dominantes e a divisão social do trabalho a ela inerente. (LONARDONI & OLIVEIRA, 2007, p. 7)

O assistente social tem o perfil predominante de um profissional que implementa políticas sociais e se apresenta de maneira direta à sua população usuária. Dessa forma, trabalha visando o processo de luta e implementação das políticas públicas, bem como a universalização dos direitos sociais. Importante frisar que o assistente social incita a participação da classe trabalhadora, visando favorecer a ação política desses como sujeitos.

A noção de cidadania está intimamente ligada a configuração de indivíduos em sujeitos sociais⁸. Esses sujeitos expressam uma sociedade ativa e propositiva buscando efetivar seus direitos e ainda apontar para uma visibilidade às suas demandas e necessidades socialmente produzidas, ainda que tendo consciência das desigualdades, privilégios, injustiças e ameaças aos direitos humanos.

Conforme Coutinho (2005), no que se refere a cidadania, pode ser considerada como a capacidade que alguns indivíduos tem de se apropriarem dos bens socialmente criados e de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado.

⁸ Sujeitos sociais definidos como sujeitos com poder de pressão e que assumem papéis políticos fundamentais na tentativa de transformar necessidades sociais em direitos, levando essas demandas a quem de direito com a intenção de legitimá-las.

A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração. (COUTINHO, 2005, p. 2)

Nesse cenário, percebe-se claramente a atuação do Serviço Social na busca pela defesa dos direitos com uma ampliação da consciência social em relação às contradições sociais e estabelece estratégias de enfrentamento e com isso garantir o acesso aos direitos sociais, seja através da luta ou mesmo do fortalecimento das ações coletivas.

Nesse sentido, por ser um processo coletivo, o protagonismo acontece a partir de experiências em comum, onde os sujeitos sociais revestidos com ações potencialmente revolucionários articulam-se entre si e segundo seus interesses na busca pela legitimação de seus direitos. A participação educa para a liberdade, para estratégias de resistência, funcionando como um importante instrumento de fortalecimento da sociedade civil onde esses se juntam a partir de identidades que se formam pela vivência de uma mesma situação, com o intuito de construir novos caminhos, tendo como horizonte a transformação da realidade. (LONARDONI & OLIVEIRA, 2007, p. 9)

Baseado nessa ideia, fica mais fácil o entendimento de que a miséria e desigualdade em que vivem, por exemplo, é um fenômeno social e não individual e que por isso esses sujeitos se articulam entre si e seus interesses e se apresentam como sujeitos revolucionários em busca da defesa dos direitos sociais.

O Serviço Social tem sua base em um projeto profissional vinculado diretamente ao processo de construção de uma nova ordem societária, com atenção a um compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com aprimoramento intelectual.

Há um compromisso do Serviço Social com a classe trabalhadora onde “é preciso que esse seja mediado por estratégias concretas e articuladas a capacidade de objetivá-lo por meio de estratégias de ação, orientada por uma direção social, que pressupõe a transformação social”. (LONARDONI & OLIVEIRA, 2007, p. 11)

Compreendo que o compromisso ético-político do Serviço Social em relação aos direitos não pode ser somente uma declaração, mas também expresso em ações concretas, que a categoria dos assistentes sociais faz

opção por uma nova direção social, que se concretizou ainda com os princípios do Código de Ética (1993), com a Lei de Regulamentação da Profissão (8662/93) e nas Diretrizes Curriculares (1996). Adicionado a isso, houve um avanço teórico da profissão com a participação de grandes autores que buscam romper com o conservadorismo e ter uma visão e ação menos pragmáticas.

É dever do assistente social participar do processo de conquista, garantia e ampliação dos direitos enquanto princípio ético-político da profissão. Contudo, vale ressaltar que diante das transformações vividas na sociedade capitalista e determinadas pela reestruturação produtiva, impera o desemprego em massa, perda crescente de direitos sociais já conquistados pelos trabalhadores e o trabalho precarizado. Dessa forma, o Serviço Social precisa aprofundar o conhecimento sobre essa realidade, estar sempre se atualizando já que seu objeto de intervenção é potencialmente dinâmico e histórico, e ainda criar novos meios de intervenção dada as mudanças da sociedade.

2.4.1 Os direitos sociais na sociedade contemporânea

O Serviço Social tem no seu Código de Ética princípios fundamentais, como a defesa dos direitos humanos. Nele, pode-se observar uma perspectiva crítica à ordem socioeconômica estabelecida e, em consequência, a defesa dos direitos sociais. Logo, é importante ressaltar que o Código de Ética da profissão firmou importantes valores e diretrizes para o exercício profissional nesse aspecto.

No atual contexto neoliberal, frente as enormes mudanças econômicas e ideológicas, falar em garantir direitos é um grande desafio, não somente para o assistente social. Esse profissional tem a compreensão de que a luta pela efetivação dos direitos sociais não é algo irrealizável, mas deve expressar o compromisso na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O desafio se torna cada vez maior pois as exigências postas pela atualidade são visíveis, reais e perversas muitas vezes. O assistente social precisa ser cada vez mais qualificado não somente na esfera da execução,

mas também na formulação de gestão de políticas sociais, e com diversas habilidades. Necessita ainda ser um profissional capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e meios de exercê-los, entendendo sempre a realidade particular de cada usuário, rompendo com as meras repetições de tarefas, encaminhamentos e atendimentos. Ainda um profissional multifuncional e propositivo.

Vale ressaltar, que optar por princípios da universalidade, equidade, justiça social, na busca de uma nova sociabilidade, faz parte de um contexto dinâmico, e que a vida profissional é permeada por conflitos e contradições e suas determinações fundantes extrapolam a profissão, remetendo as condições mais gerais na vida social. (LONARDONI & OLIVEIRA, 2007, p. 13)

Importante mencionar que nesse momento há na sociedade dois projetos societários em disputa, sendo um que defende o Estado fortalecido com priorização de investimentos na área social, luta pela emancipação dos sujeitos e ainda lida com a assistência social como um direito e não como uma benesse; e o outro, justamente o oposto, defendendo a minimização do Estado com redução na área social, refilantropização da assistência e transferência de responsabilidade do Estado para sociedade civil.

Conforme aponta Couto (2006), vive-se em uma sociedade onde a produção da riqueza é coletiva porém a apropriação desta é privada. Com isso, há uma tensão constante ampliando a desigualdade entre as duas classes sociais envolvidas.

Entende-se a instituição dos direitos sociais como resposta do Estado a esse tensionamento, na tentativa de manter a ordem social e reduzir a pressão da classe trabalhadora através de lutas populares, pois esta estará mais conformada diante de tal situação.

As políticas sociais são, pois, respostas do Estado às demandas da população. Uma demanda social transforma-se em questão social, objeto de trabalho do assistente social, quando é socialmente reconhecida e com isso há um avanço no sentido de conseguir tensionar o poder instituído, dando respostas via políticas sociais e ampliação dos direitos.

A questão social se agrava na atualidade. Torna-se notório o aumento nos níveis de pobreza, a precarização cada vez maior do trabalho, o

desemprego estrutural e ainda grande parte da população sem acesso aos padrões de proteção social do Estado.

Diante da realidade de vários embates e contradições, como: conquistas a direitos sociais, lutas e movimentos sociais, Estado neoliberal e intervencionista, competitividade excessiva, desigualdades econômicas e sociais, aumento de privatizações das instituições públicas, diminuição dos recursos públicos destinados às políticas sociais, vale indagar se a conquista por direitos e por cidadania implica na superação das desigualdades sociais. Trata-se de um passo importantíssimo e um avanço, porém isso seria suficiente para uma mudança de fato? Vale lembrar que o direito é dinâmico e histórico. Portanto, deve-se estar em contínua busca por melhorias e garantia dos direitos já conquistados.

Os direitos sociais, e também os civis e políticos, são considerados como elementos do conceito de cidadania, e estes estão inseridos no modo de produção capitalista. Há um desenvolvimento de ambos, ou seja, dos direitos e do capitalismo. Porém fica a reflexão pois enquanto o direito busca a igualdade, o capitalismo se baseia na desigualdade. (MARSHALL, 1967)

Marshall avalia que os direitos civis, políticos e sociais foram conquistados em tempos diferentes. Primeiramente a cidadania estava limitada aos direitos civis, onde os trabalhadores eram livres para venderem sua força de trabalho. Com o passar do tempo, os direitos políticos e sociais começaram a ganhar espaço nas sociedades democráticas contemporâneas. A igualdade prevista nos direitos é a negação da desigualdade inerente ao capitalismo que os aceita apenas na medida da manutenção de seus interesses. Dessa forma, torna-se compreensível avanços e recuos no que diz respeito a querer e poder concretizar direitos dentro do cenário contemporâneo.

O Estado é considerado no neoliberalismo como mínimo, porém máximo para o capital. Nesse sentido, deve garantir condições estruturais para o mercado e intervir nas questões de extrema miséria e pobreza, isso não significa que haja uma preocupação e intervenção no que diz respeito ao bem-estar social da população. Na verdade, há uma desconsideração de várias conquistas e garantia de direitos, principalmente os sociais. Sob o modelo de desenvolvimento neoliberal, o Estado passa a ser agente do

mercado. Sendo assim, pode-se exemplificar que a saúde, educação e condição de direitos a serem realizados por ele mesmo, tornam-se serviços que para sua execução precisam ser comprados, de forma individual.

O que se observa na prática é uma democracia, igualdade e liberdade que não são reais. Esses valores tão fortemente conquistados e sofridos se mantêm obscurecidos diante da realidade desumana e de uma democracia que não ocorre de fato.

A democracia que dá sustentação ao modo de produção capitalista é produtora e reprodutora da desigualdade social e ainda não garante a liberdade ou direitos políticos e sociais para todos. A democracia, como valor universal, é o campo ao qual todos se referem para a realização dos direitos. Porém os indivíduos, mais do que representados, precisam ser participantes da democracia.

O Brasil, mesmo como Estado legal de direito, vive em um estado de exceção do ponto de vista do acesso aos direitos sociais, já que estes não são assegurados a todos.

Há, portanto, um grande desafio para o assistente social, no sentido de dar atenção e focar nos diferentes modos de exclusão social provocados pela ausência de direitos sociais e de cidadania. Essa relação entre os direitos sociais e o Serviço Social é fundamental, visto que esse profissional tem no seu exercício cotidiano uma ligação estreita com os princípios éticos que fundamentam os direitos, assim como a democracia, a justiça social e a liberdade. São esses também compromissos assumidos pelo projeto ético político que norteia a profissão.

3 OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ EM TEMPOS DE FERIMENTO AOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste capítulo, será apresentado o Hospital Público de Macaé, conhecido como HPM, local onde foi realizado o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, durante os quatro períodos, sendo estes 2010-1, 2010-2, 2011-1, 2011-2. Terá ainda algumas considerações sobre a contribuição do assistente social neste espaço institucional e ainda os limites encontrados diariamente na sua intervenção profissional, apontando algumas possibilidades de atuação nas condições adversas atualmente. Serão apresentados também elementos do diário de campo e experiências vividas no estágio durante o período mencionado acima.

Serão compartilhadas algumas reflexões acerca do Serviço Social dentro do HPM, baseadas na experiência de estágio, com enfoque nas condições de trabalho desse profissional, seus limites e potencialidades dentro da instituição e ainda os rebatimentos na vida dos usuários diante da precariedade dos serviços prestados, em se tratando da sociedade contemporânea, sendo esta desigual e excludente.

3.1 O Hospital Público de Macaé e sua origem

O estágio obrigatório em Serviço Social ocorreu no Hospital Público de Macaé (HPM), localizado na Rodovia RJ 168, s/nº, km 04, Virgem Santa, Macaé-RJ, no período de março de 2010 a novembro de 2011.

A experiência nesse período foi riquíssima e extremamente válida no sentido de estar diante das situações reais que são estudadas nos livros e na universidade como um todo, e ainda entender e compartilhar, junto às supervisoras de estágio do Serviço Social, todas as dificuldades, limitações, desafios, inquietações, conquistas realizadas pelo assistente social em uma unidade de saúde emergencial. Logo, serão utilizadas também, como parte integrante do presente trabalho, as experiências próprias do Estágio, e que chamaram muito a atenção e tiveram bastante ênfase nos diários de campo, sempre redigidos ao longo dos atendimentos e situações vividas na instituição.

O espaço institucional Hospital Público de Macaé se liga diretamente a política social de saúde e atende a todos os que nele chegam, sejam eles crianças, mulheres, homens, idosos, gestantes, recém nascidos, deficientes.

É um Hospital de Urgência / Emergência de atenção terciária⁹ que atende casos graves de maior complexidade no município de Macaé e adjacências, se constituindo como unidade de referência na região norte fluminense. É de caráter público, e funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana.

Falar de serviços de emergência na contemporaneidade implica compreender uma especificidade que os distingue dos outros serviços de saúde já que se trata de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata e eficiente, exigindo amplo conhecimento técnico e habilidade profissional, conforme bem sinaliza Olivar e Vidal (2007).

A ideia central é que orientações, problemas ou modificações no sistema de saúde possam repercutir diretamente na emergência. Essa ideia parece bastante apropriada a nossa realidade, pois fica evidenciado que os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e descontinuidades do nível de promoção de saúde, à ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária. (OLIVAR & VIDAL, 2007, p. 141)

O Hospital Público de Macaé (HPM) foi inaugurado em 22/03/2004. Sua equipe é composta por médicos socorristas, pediatras, cirurgiões gerais, ortopedistas, neurocirurgiões, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, cardiologistas, psicólogos, nutricionistas técnicos de radiologia, equipe administrativa, equipe do serviço de resgate e equipe de limpeza.

As principais atribuições da instituição são: promover a prestação de serviços médico-hospitalares gratuitos e sem qualquer discriminação de clientela; elaborar, coordenar, promover e executar políticas e ações de assistência médico-hospitalares em âmbito municipal; prestar serviços de apoio técnico e de aprimoramento de recursos humanos e de apoio à gestão

⁹ Os níveis de atenção em saúde podem ser denominados como primário (atenção básica), o nível secundário (atenção de média complexidade) e nível terciário (atenção de alta complexidade). Sendo o HPM incluído neste último, onde os exemplos são cirurgias de grande porte, internações e unidades de tratamento intensivo.

e execução administrativas, visando a melhoria da qualidade da assistência.¹⁰

No cotidiano profissional, porém, os atendimentos basicamente foram direcionados aos casos emergenciais já que a demanda era muito grande. Havia uma Falta de conhecimento do real papel do assistente social na instituição, tanto por parte dos usuários, como por parte de outras equipes. E ainda havia uma parcela de usuários que encarava o serviço do assistente social como um favor, se mostrando muito “gratos”, como se estivessem ali para ajudá-los.

As atribuições do assistente social na instituição, por muitas vezes, não estavam claras a todas as profissionais da própria equipe, uma vez que mesmas situações tinham atendimentos, posicionamentos e ações diferentes. Dessa forma, a profissão fica enfraquecida e o usuário acaba sendo o maior prejudicado, pois ele fica em dúvida do real papel desse profissional na instituição.

Analisando a visão ¹¹, a missão ¹² e os valores ¹³ da instituição, expressos nos documentos pesquisados e principalmente com base nas observações realizadas no campo de estágio, conclui-se que as iniciativas demonstram compromisso com a população no quesito saúde em sua amplitude, já na prática a realidade se expressa de maneira bem mais perversa, limitada aos usuários.

Durante a experiência de estágio na instituição foi possível essa aproximação com a realidade, conhecê-la de maneira a entender sua estrutura, funcionamento, objetivos, público atendido, dificuldades, desafios, limitações, redes sociais de atendimento e as demandas sociais que chegam ao assistente social diariamente.

¹⁰ Todas essas informações das equipes e também das principais atribuições da instituição podem ser conferidas no site do HPM. Disponível em <http://www.fmhmmacae.rj.gov.br/apresentacao.html>, acessado em 23/11/2014.

¹¹ A visão da instituição é ser reconhecida pela sociedade como o Hospital que supera as expectativas dos clientes. Disponível em <http://www.fmhmmacae.rj.gov.br/diretrizes.html>, acessado em 29/09/2014.

¹² A missão é a excelência na assistência à saúde, com atendimento humanizado e compromisso social. Disponível em <http://www.fmhmmacae.rj.gov.br/diretrizes.html>, acessado em 29/09/2014.

¹³ Os valores são a ética, humanização, excelência, confiabilidade, capacitação e compromisso social. Disponível em <http://www.fmhmmacae.rj.gov.br/diretrizes.html>, acessado em 29/09/2014.

Na instituição normalmente são registrados casos de atropelamento; afogamento; queimaduras; diversos tipos de acidentes; uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas; violência e maus tratos contra a mulher, criança, adolescente e idoso; violência doméstica; agressão física; usuários com deficiência e/ou com doenças crônicas em crise por falta de prevenção e acompanhamento; abandono a recém nascidos; entre vários outros.

Ocorre que nem sempre o reconhecimento de uma demanda implícita resulta em ações que deem conta do posicionamento do Serviço Social frente à realidade.

Os profissionais de saúde, no cotidiano da unidade de serviços, em sua grande parte, só consideram o usuário quando este é atendido pelo médico. Ou seja, só dão importância às demandas dos usuários por ações de diagnósticos e tratamento de doenças, ignorando as demandas por ações de promoção e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, as quais, na maioria das vezes, estão implícitos nos lamentos dos usuários. Assim, se o usuário não passa pelo médico, nenhum outro profissional se propõe a oferecer-lhe atenção. (OLIVAR & VIDAL, 2007, p. 151)

A realidade é complexa e contraditória. Não deve ser compreendida isoladamente. Com isso, é fundamental que o usuário, ao ser atendido por um assistente social em uma instituição de saúde, seja reconhecido como sujeitos de sua totalidade e que a intervenção desse profissional não seja somente com uma percepção de sujeitos doentes em processo de recuperação.

Não existem critérios específicos para o usuário ser atendido no HPM, visto que se trata de uma instituição pública. Não há perfil ou critérios de seleção para o atendimento, o que garante o direito universal ao atendimento a saúde a toda a população. A expectativa é que o primeiro atendimento seja para estabilizar o paciente, ou seja, lhe prestar os primeiros socorros.

Por se tratar de um Hospital de Urgência / Emergência referência na região, a instituição recebe muitos pacientes / usuários em seus diversos espaços: maternidade, pediatria, UTI, clínica médica, cirúrgica, emergência, politrauma, entre outros.

Entende-se que a realidade social vivenciada pelos diversos sujeitos influencia diretamente nas condições de saúde dos mesmos. O serviço prestado por uma instituição de Urgência / Emergência apresenta diversos

tipos de demandas, inclusive sociais, que necessitam de atendimento e encaminhamento imediato por parte de toda a equipe de saúde, e em especial, dos assistentes sociais, que possuem como objeto de trabalho as várias expressões da questão social.

Importante também no atendimento é não se limitar somente a demanda externalizada pelo usuário, pois por varias vezes sua necessidade é bem maior que a informada por eles, ir além da aparência e enxergar a essência. E ainda dar orientação e suporte a família que acompanha esse usuário. Isso também é fundamental.

O assistente social no HPM e, em unidades públicas de saúde como um todo, lidam com uma realidade familiar de pessoas extremamente humildes, mães que não podem acompanhar suas crianças doentes no hospital por ter mais crianças em casa, por morar muito longe, ou não ter condições financeiras, pais que trabalham fora ou são ausentes. Importante não ter um olhar de julgamento e respeitar o usuário e suas escolhas acima de tudo. Essa realidade é bastante rotineira.

Há de se ter um cuidado e atenção para evitar o julgamento e/ou preconceito durante o atendimento social, pois o profissional está diante de realidades extremamente precarizadas e caóticas, onde falta o mínimo de condições para uma vida digna. Nesse caso, vale o foco na tentativa de prover melhorias na vida do usuário, baseado nos seus direitos.

3.2 A contribuição do Serviço Social na instituição

O objetivo do Serviço Social na instituição é atender aos usuários e familiares, garantindo-lhes acesso a informações relativas aos seus direitos, interesses e necessidades na saúde e o seu papel no tratamento, priorizando, na medida do possível, ações de promoção e prevenção em saúde. O Serviço Social atua no acompanhamento e encaminhamento das expressões da questão social, participando dos diversos processos de trabalho da equipe

de saúde na rotina institucional. Esses conceitos são seguidos pelos profissionais e foram determinados pela própria equipe¹⁴.

A equipe de Serviço Social procura, na medida do possível, trabalhar em parceria com as outras equipes, entendendo que assim o usuário pode ter uma resposta mais rápida e positiva no seu tratamento. Geralmente utiliza-se a equipe multidisciplinar, considerando os profissionais da psicologia, nutrição, administração, equipe de enfermagem e médicos. E também utiliza-se a equipe interdisciplinar, já que como os assistentes sociais trabalham em regime de plantão (24 horas), é comum que ocorra de o atendimento começar com um profissional e terminar com outro, no dia seguinte.

Importante mencionar que a interdisciplinaridade é fundamental no sentido de viabilizar ao usuário uma proximidade maior aos seus direitos sociais, porém aplicar isso na rotina institucional é um desafio muitas vezes.

A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação. (CFESS, 2007, p.39)

Refletir sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde é ressaltar a necessidade de cooperação e articulação entre os diferentes saberes na atuação cotidiana dos profissionais, com o objetivo de contribuir para um melhor entendimento do processo de saúde e adoecimento. Essa discussão é muito válida, sempre respeitando as normas e princípios éticos das outras profissões, já que na verdade esse pode ser um dos caminhos para qualificar ainda mais o exercício profissional, compreendendo, por exemplo, as políticas de saúde e o processo de implantação do SUS, com seus limites e avanços.

Considerando o HPM com pouco mais de quinze anos de inauguração, a contar do período de estágio realizado na instituição, vale ressaltar algumas transformações relevantes no que diz respeito a própria atuação do

¹⁴ Baseado no livro O Serviço Social em Hospital: orientações básicas. Vide referência completa ao final.

assistente social no atendimento aos usuários. E isso se deu por vários motivos.

No início, o assistente social era responsável por muitas funções administrativas e burocráticas que evidentemente não são de atribuição do assistente social, como: marcação de exames, marcação de consultas, transferência de pacientes para outros hospitais, ambulância para levar o paciente de alta para casa, entre outras. Tais funções foram transferidas para o setor CECOVE (Central de Consultas de Vagas e Exames), setor administrativo do Hospital.

Importante frisar que os assistentes sociais foram protagonistas na criação do setor (CECOVE), uma vez que a categoria vinha sendo prejudicada por muito tempo por ter que realizar tais funções e, após várias reuniões e debates junto a direção da instituição, foi compreendida a necessidade de um setor especificamente para atender a essa demanda dos usuários.

Na prática do cotidiano profissional e com as próprias limitações existentes na instituição, o assistente social se depara diante de uma realidade onde cumprir o seu papel de viabilizar direitos dos usuários nem sempre ocorre e seu papel se apresenta de maneira limitada.

Em um hospital de emergência, por exemplo, a tônica do trabalho do assistente social perante a instituição, isto é, a demanda institucional, pode ser apenas a de liberar leito, controlar conflitos, interpretar normas, garantir a rotatividade dos usuários nos serviços (rotatividade dos leitos) e viabilizar transferências. (OLIVAR & VIDAL, 2007, p. 152)

Ainda, segundo Olivar & Vidal (2007), ele traz a tona que os assistentes sociais deverão ser incisivos no momento de deixar claro suas atribuições e ações nos espaços de hospitais de emergência, como o caso do HPM, pois caso isso não ocorra, poderá então a instituição decidir o que esses profissionais irão realizar no cotidiano. E isso não seria nem um pouco favorável para o usuário, visto que os objetivos e demandas da instituição estão intrinsecamente relacionados ao cenário sociopolítico, onde estão em evidência propostas de cunho neoliberal com deteriorização das políticas sociais e privatização dos serviços.

Para pontuar algumas demandas institucionais ao Serviço Social no HPM foi criado um documento interno¹⁵ do setor na tentativa de clarear e nortear o cotidiano desses profissionais e garantir um atendimento mais qualificado aos usuários.

Algumas das demandas mais recorrentes são: registrar os atendimentos realizados em livro ata, além do livro de comunicação do Serviço Social; entrevistar os usuários internos a fim de conhecer aspectos sociais que incidem no agravo à saúde, buscando orientar e/ou encaminhar de acordo com as demandas verificadas, através da ficha social; realizar visita domiciliar quando necessário; divulgar e encaminhar os usuários para os serviços de saúde e assistência disponíveis na rede municipal e regional, como por exemplo o centro de saúde, centro de reabilitação, casa da Mulher, CAP's (Centro de Atenção Psicossocial), CAP's AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), entre outros; contribuir para o planejamento e gestão dos serviços através da realização de estudos e pesquisas sobre a realidade vivenciada; notificar a suspeita de violência contra criança, adolescente, mulher ou idoso ao Conselho Tutelar; buscar referência de pacientes não identificados; atuar no acolhimento e encaminhamento em casos de tentativa de suicídio; acolher e orientar aos familiares em casos de óbitos; informar aos usuários sobre rotina institucional; identificar demandas implícitas dos usuários a fim de garantir a defesa dos direitos sociais dos mesmos; e prestar orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais. Para esse último, utiliza-se panfletos explicativos a serem distribuídos aos usuários conforme cada situação e sua necessidade específica. Exemplos: Pensão por morte, Aposentadoria por Invalidez, Salário Família, Auxílio Acidente, BPC (Benefício de Prestação Continuada), orientações ao trabalhador, DPVAT (Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres), Auxílio Reclusão, Salário Maternidade, Auxílio Doença, Maternidade, Bolsa Família, entre outros¹⁶.

¹⁵ A necessidade para esse documento sempre existiu, porém o mesmo só foi concretizado em abril de 2008 quando a equipe de Serviço Social se reuniu, debateu, e oficializou tais demandas em um documento interno do setor.

¹⁶ As demandas mais recorrentes listadas no presente trabalho foram baseadas na experiência de estágio vivenciadas na instituição.

O atendimento social é o instrumental técnico mais utilizado pelo Serviço Social. Trata-se de ouvir o relato e necessidades dos usuários, analisar sua situação, orientar quanto aos direitos em cada caso, encaminhar a outro órgão quando necessário, esclarecer seus direitos. Esse atendimento é feito sempre que o usuário “bate a porta” do Serviço Social

Seguindo ao atendimento social são feitas as entrevistas onde, aplica-se ou não, a ficha social, questionário, encaminhamento, etc., dependendo da avaliação de cada profissional. E também utiliza-se muito o livro ata, onde são registrados todos os atendimentos prestados, identificando o usuário pelo nome e quais orientações lhe foram passadas para que o próximo assistente social que for atendê-lo, possa ter o histórico do que foi informado anteriormente e com isso proporcionar um atendimento mais qualificado e pronto a atender as reais necessidades do usuário que muitas vezes tem dificuldade em expressar-se.

A entrevista é um instrumental do exercício do assistente social que deve ser contextualizado no momento histórico em que for produzido. Mantem, no entanto, alguns dispositivos comuns, como: “a necessidade de conhecimento, a intencionalidade, o respeito pelos sujeitos e o modo de operacionalização do trabalho do assistente social”. (LEWGOY & SILVEIRA, 2007, p. 236)

Na primeira entrevista, o entrevistador apresenta-se com clareza, solicitando que o usuário também o faça. Também é o momento em que ambos devem dizer porque estão ali. O entrevistado diz porque veio e o (a) assistente social explicita qual o seu objetivo. (LEWGOY & SILVEIRA, 2007, p. 240)

Outros dois instrumentais técnicos utilizados no HPM que merecem destaque são o encaminhamento ao Conselho Tutelar e ficha social. No caso do Conselho Tutelar, é preenchida uma ficha com os dados dos envolvidos e resumo do ocorrido. Seja, violência familiar, maus tratos, descuido, negligência. Sempre um assunto muito delicado e de sigilo profissional absoluto. No caso da ficha social, trata-se de um instrumento importante e eficaz para reter dados e informações sociais do paciente / usuário, e sua situação social. Esses dados são arquivados e servem para futuras pesquisas, levantamentos.

Outros instrumentos também utilizados e procedimentos realizados pelo Serviço Social são: declaração de comparecimento, folders informativos, grupos com familiares, visitas domiciliares, parecer social, registros próprios para controle de acompanhantes e para visitas fora do horário estipulado.

É de suma importância que, em uma instituição de saúde (urgência / emergência) como o HPM, o assistente social conheça e domine certos conceitos, como: a Lei Orgânica de Saúde (LOS); a importância da ação interdisciplinar na saúde; as competências e atribuições expressas na Lei de Regulamentação da Profissão do assistente social (artigos 4º e 5º da Lei 8.662/93), no Código de Ética Profissional e os princípios fundamentais da profissão, destacando-se a ampliação e consolidação da cidadania, compromisso com a qualidade dos serviços prestados, entre outros; todos os demais direitos sociais do cidadão brasileiro e a necessária articulação entre as políticas setoriais em todas as esferas do governo (a saber: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção a maternidade e a infância, assistência aos desamparados), conforme Constituição Federal 1988, artigo 6º e E.C. nº 26/2000; compreender a Seguridade Social como direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, conforme Constituição Federal 1988, artigo 194; conhecer que a criança e adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069/90, artigo 7º; em casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança e adolescente, comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar, também conforme garantido pelo ECA; o artigo 15 do Estatuto do Idoso impede a discriminação em razão da idade, e nos casos de idosos internados ou em observação, o mesmo tem direito a um acompanhante.

Esses conceitos, brevemente descritos, revelam como a dimensão investigativa do exercício profissional é efetiva, ou seja, que não há qualidade na intervenção sem pesquisa ou investigação permanente da realidade. É fundamental a compreensão da natureza interventiva da profissão e como isso contribui para uma intervenção qualificada.

Consideram-se a investigação e a intervenção que, embora de naturezas distintas, compreendem a dialética do modo de ser da profissão, claramente expresso nas competências/atribuições profissionais. Do mesmo modo, afirmam-se a atitude investigativa e a pesquisa como parte constitutiva do exercício do assistente social, vislumbram-se os requisitos para o desenvolvimento da pesquisa científica, e, finalmente, o papel da investigação da realidade na formulação do projeto de intervenção e da intervenção propriamente dita. (GUERRA, 2009, p. 2)

Logo, se aproximando da realidade do HPM, por exemplo, verifica-se que é necessário e fundamental essa dimensão investigativa para a sistematização das ações e atribuições do assistente social na instituição, visto que a realidade é determinada pelas condições sócio-históricas e pela correlação de forças sociais expressas, o que condiciona e interfere na dinâmica do serviço de urgência / emergência prestado pela instituição e, conseqüentemente, nos limites e possibilidades de ação dos profissionais de saúde, ao qual se inclui o assistente social.

Outro aspecto presente no cotidiano do assistente social na instituição que merece destaque é o debate em torno da ética e do sigilo profissional. Ambos os conceitos não devem ser tratados separadamente. Deve ser levada em consideração a realidade e o contexto em que o fato / atendimento está sendo tratado, isso para não avaliar a questão de forma meramente prática, mas sim de maneira a observar para além do senso comum. Esse aspecto se torna relevante à medida que é fundamental para garantir o projeto ético político do Serviço Social, pois este se constitui direito do assistente social e também proteção dos usuários.

Em se tratando do Código de Ética do assistente social, capítulo V, que versa sobre o Sigilo Profissional, importante reforçar que esse é direito profissional e é garantido tanto com os usuários e seus familiares, como entre as outras equipes da instituição.

O sigilo profissional trata de uma informação a ser protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa. (SAMPAIO & RODRIGUES, 2014, p. 86)

A existência do sigilo profissional é de interesse de toda a sociedade, visto que é uma condição indispensável para o exercício do profissional. Esta

concepção deve vir atrelada a uma reflexão ética, já que não se trata de uma simples questão técnica ou mesmo de procedimento.

Importante enxergar o assistente social inserido no campo da saúde e com uma especificidade profissional que o permite ter uma leitura abrangente da realidade social e da instituição onde se está inserido, sendo esta uma das competências que o diferencia das demais profissões, já que isso lhe possibilita ainda ter uma visão global das condições de vida dessa população por exemplo.

A relação que articula capital, trabalho e desigualdades sociais está presente no cotidiano profissional e contribui diretamente nos rebatimentos da não efetivação de direitos universais garantidos por lei. Isso dentro de um cenário de acumulação capitalista, onde “pressupõe-se que a desigualdade não é um fenômeno endógeno ao capital, mas uma decorrência da ausência de desenvolvimento.” (TAVARES, 2009, p. 2).

Outro fenômeno recorrente que enfraquece a profissão, assim como a classe trabalhadora como um todo, é a terceirização, já que seu objetivo maior é a busca pelo menor custo. Com isso, há também um enfraquecimento da forma contratual de trabalho e também da proteção social, onde se sobressai formas autônomas de trabalho, trabalho domiciliar, prestação de serviços, trabalho temporário etc., transferindo custos variáveis e fixos ao trabalhador e ainda, em muitos casos, usurpando direitos sociais.

Em nome da flexibilidade, funções nucleares já se inscrevem nas atividades terceirizadas, seja nas empresas privadas ou nos serviços públicos. Mas, em lugar da pretensa igualdade, que permeia o discurso da globalização, acentua-se o caráter excludente do padrão de acumulação, sobretudo nos países periféricos, como o Brasil. (TAVARES, 2009, p. 16)

Importante frisar que a desigualdade é inseparável da pobreza e falta de emprego, logo, inerente ao capitalismo. Isso porque é impensável o pleno emprego nesta sociedade. É fato com que a evolução da tecnologia, o que vem sendo acompanhado é um aumento excessivo de máquinas em detrimento do trabalho vivo, ou seja, o trabalhador. “Nesse contexto, resta àqueles que não conseguem, nem de forma precária, ingressar no mercado de trabalho, recorrer às políticas sociais”. (TAVARES, 2009, p. 17)

Entender, debater e refletir sobre o trabalho e as desigualdades sociais nesse contexto é importante, pois seus impactos estão relacionados diretamente às condições de acesso aos direitos sociais e a qualidade dos mesmos, uma vez que a riqueza produzida no país não tem sido transformada em bem estar para grande maioria dos brasileiros. Direitos sociais estes que acabam tendo seu papel de mediador dos conflitos sociais diminuído dentro de uma divisão social perversa.

3.2.1 Os desafios do Serviço Social na intervenção

O trabalho do assistente social está sendo impactado em diversas dimensões e, em se tratando da nova configuração da política de saúde, isso não seria diferente. São exemplos: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influencias teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Isso ocorre ainda porque o trabalho precarizado está se ampliando cada vez mais e os profissionais, por sua vez, estão sendo chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida, ou seja, as medidas tem sido mais imediatistas resolvendo situações pontuais e emergenciais, já que a raiz do problema é mantida pela ordem burguesa: a grande desigualdade social. Esse profissional lida por vezes com situações precárias¹⁷ nas suas condições de trabalho, o que prejudica e influencia diretamente nas suas ações profissionais e limitando ainda seu atendimento e encaminhamento aos usuários.

Em se tratando da realidade do HPM, o quadro de profissionais da área médica, de um modo geral, se apresentava muito limitado e reduzido e não dava conta da demanda existente, resultando em falta de atendimentos, atendimentos precarizados e focalizados, profissionais desmotivados e despreparados muitas vezes para lidar com aquela realidade. Por várias vezes o direito a saúde não acontecia por falta desses profissionais. E por vezes ocorria de forma precária, dadas as condições do local e ferramentas. Mas essa realidade não é exclusiva apenas do HPM, mas sim da sociedade

¹⁷ Como exemplos cabe mencionar: falta de recursos financeiros e materiais, equipe de trabalho bastante reduzida, instalações não adequadas para atendimento ao usuário.

atual que se vive, com propostas neoliberais de enxugamento dos gastos com políticas sociais e obras públicas, por exemplo. Nesse cenário, o usuário é grandemente prejudicado, já que necessita do direito que que garantido por lei, mas que por diversas vezes e por inúmeras razões não ocorre na prática.

Ainda sobre a precarização do trabalho, importante compreender que isso é o resultado das profundas transformações societárias, onde não se pode esquecer da participação do Estado, que tem sua função ajustada por meio das políticas sociais, frente aos ajustes neoliberais. Diante de tal realidade, já se torna compreensível a redução dos direitos, que vem sendo problematizada com frequência.

Grande desafio do Serviço Social nesse sentido seria uma articulação maior com os demais profissionais de saúde e de movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária. Isso porque precisaria contar com mudanças estruturais na política de saúde e um grande movimento de massas que questione a realidade atual e lute pela ampliação da democracia em todas as esferas.

Considerando o espaço tensionado que está inserido o assistente social, torna-se inevitável uma tentativa forte no reconhecimento dos direitos sociais; na verdade a essa, e também a outras profissões que atuam nas políticas sociais.

Outro desafio foi constituído historicamente e vem sendo luta diária no cenário de instituições de saúde, como é o caso do HPM, é no que se refere às protoformas do Serviço Social com base na caridade e filantropia. Desta maneira, torna-se necessário reforçar no cotidiano profissional e nas ações interventivas que esta é uma visão ultrapassada e errônea da profissão, embora ainda na atualidade exista, tanto usuários, outros profissionais quanto próprios assistentes sociais que ainda lidam com a profissão com base no favor. Isso enfraquece em partes a profissão visto que quem é leigo, como o usuário por exemplo, fica confuso e com o estereótipo de “assistente social boazinha” quando lhe concede o que necessita e, “assistente social má” quando este não pode lhe conceder tal resposta ou atendimento. Ele não entende, no entanto, que a atuação e tomada de decisão do profissional, nada tem a ver com favor, ser boa ou má, mas sim saber o que é direito e o que não é, e atuar em favor da garantia deste direito de modo comprometido.

Diante de uma realidade de exclusão social, o assistente social se depara com um Estado omissivo em relação às políticas sociais. Dessa forma, tem se tornado crescente o retorno de algumas antigas formas de assistencialismo. (OLIVAR & VIDAL, 2007)

Os direitos universais de cidadania não são mais respeitados pelo Estado que, isentando-se de sua responsabilidade, está transferindo para a sociedade civil a atenção às demandas sociais, atenção voltada pela ótica da solidariedade, com caráter emergencial, descontínuo, focalizado – práticas clientelistas e de ajuda. (OLIVAR & VIDAL, 2007, p. 148)

É importante o assistente social deixar claro que o serviço que está sendo prestado por ele, é um direito e não um favor. Um grande desafio vivenciado pela categoria nas instituições de saúde é quanto a supremacia dos médicos e principalmente de algumas especialidades. Devido a precariedade de profissionais qualificados para o atendimento e o seu número grandemente reduzido, estes lidam com as situações cotidianas e agem, com certa frequência, de maneira a desmerecer seus colegas de trabalho que tem especialidades abaixo na hierarquia da instituição. Isso acaba muitas vezes interferindo no atendimento ao usuário, sendo este o maior prejudicado com essas situações.

Importante ressaltar o fato de que o assistente social é um trabalhador assalariado, que vende sua força de trabalho, logo está inserido na correlação de forças existente no mercado e na política de saúde, de uma forma específica. Sendo assim, esse profissional é requisitado a implementar políticas sociais que na verdade tem função de reforçar as relações capitalistas, onde muitas vezes as ações podem ser pragmáticas e imediatistas, sem levar em consideração os objetivos, princípios ético-políticos e valores. Certos atendimentos, inclusive, ferem o direito ao acesso universal igualitário às ações de saúde, previstos na Constituição Federal, prevalecendo a política do “favor”.

Para o assistente social que atua no campo da saúde, há uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana, que não possibilita ao profissional ter ações e atendimentos padrão muitas vezes. Isso esbarra com frequência na realidade atual, onde há esse conflito em que o

assistente social se insere, entre as instituições sociais e as necessidades dos usuários na busca pelo acesso aos serviços sociais.

No que diz respeito às relações de poder, percebe-se que o assistente social tem autonomia para trabalhar, como um profissional qualificado e capacitado para tomar as decisões que julgar aplicáveis em cada caso, conforme orientado pelo seu Código de Ética. Porém, algumas situações o colocam pressionado por outros profissionais para fazer uma ou outra intervenção com o usuário. Muito comum acontecer, no caso de experiências vividas durante o período de estágio no HPM, é quando a equipe de enfermagem ou mesmo o médico entendem que o Serviço Social deva acionar o Conselho Tutelar em determinadas situações de suspeita de maus tratos a crianças e adolescentes. Neste caso, por exemplo, é esclarecido a tais profissionais que o Serviço Social que determinará se o Conselho será ou não acionado, isso após profunda e detalhada avaliação do caso social. Ou seja, esse exemplo demonstra que o Serviço Social tem autonomia para trabalhar, tomar decisões que influenciam e influenciarão na vida dos usuários e seus familiares, e definem seus instrumentos para melhor atendimento ao usuário, o que não impede de acontecer muitas vezes essa pressão por parte dos outros profissionais.

Entender a teoria ajuda a enfrentar de maneira crítica a realidade social, que em vários aspectos se apresenta de forma contraditória com a teoria estudada. Nesse sentido eis a importância de se ter a dimensão investigativa no atendimento, já discutida no capítulo anterior, para conseguir observar e tratar as expressões da questão social que muitas vezes estão implícitas nos usuários, não tendo assim um atendimento mecanicista, pontual e automático. Há de se entender que, ainda que a aparência seja a mesma de outro atendimento, a essência provavelmente não será. Isso porque cada usuário é único e tem sua realidade particular.

O Serviço Social é uma profissão investigativa e interventiva. Portanto, as análises de seus estudos e pesquisas precisam ser realizadas a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa. (FRAGA, 2010, p. 46)

O assistente social não trabalha sobre uma única necessidade humana. A profissão tem características singulares já que atua sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, os grupos subalternos e excluídos. Ele trabalha na particularidade de suas vidas, acompanha suas necessidades, o que lhe demanda ações múltiplas.

Sendo assim, esse profissional é desafiado a superar-se constantemente, reconhecendo a realidade sócio-histórica em que vive e trabalha, tornando-se protagonista da construção do projeto ético-político da categoria, que deve assegurar a ampliação da liberdade, ser atuante na consolidação da democracia, garantindo a todos os sujeitos maior equidade e justiça social, enfrentando as contradições e desigualdades socialmente produzidas. (FRAGA, 2010, p. 53)

A profissão traz consigo diversos desafios, vários deles descritos nesse momento, no qual se deve tentar entender os determinantes que geram essas expressões da questão social, buscar compreender o contexto histórico das situações, para que desse modo seja possível construir propostas que possibilitem o atendimento das demandas e alcançar os objetivos da maneira mais favorável ao usuário, compreendendo o momento histórico do país, de ferimento aos princípios do SUS, agudas desigualdades e pobreza estrutural

É certo que o projeto ético político do Serviço Social muitas vezes confronta-se com o projeto ético político da instituição a que se está submetido. Fica assim em evidência as dificuldades que a profissão enfrenta em pensar, elaborar e concretizar práticas onde as políticas sociais garantam de fato direitos universais estabelecidos por lei.

No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção de demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação. (BOSCHETTI, 2009, p. 12-13)

Conforme bem sinaliza a autora, a expansão de direitos e políticas sociais teve a função de atender às necessidades básicas e reduzir as

desigualdades, porém não significou que encerraria de fato com elas, principalmente pelo contexto vivido pelo país e suas limitações para tal concretização.

Mesmo diante das limitações, sejam elas sociais, institucionais ou profissionais, cabe ao Serviço Social se articular entre si e também com outras profissões para encontrar estratégias que busquem reforçar ou criar ações nos serviços de saúde que efetivem o direito universal a saúde, e saúde de qualidade, para o benefício do próprio usuário, que na maioria das vezes é o maior prejudicado com tais deficiências.

3.3 Condições de acesso ao direito universal em um unidade de saúde pública emergencial

O Serviço Social se caracteriza como uma profissão interventiva que luta pela defesa e garantia dos direitos humanos – direitos civis, sociais e políticos –, procurando resistir ao autoritarismo e arbítrio dentro da sociedade contemporânea, uma sociedade desigual e excludente.

Segundo Freitas e Mesquita (2013), as expressões da questão social hoje se encontram muito agravadas tendo em vista que muitas vezes o assistente social não consegue viabilizar os direitos aos usuários e minimizar os conflitos. Isso ocorre devido a vários motivos, podendo ser listados alguns deles: as próprias limitações que a instituição apresenta não conseguindo dar conta das demandas apresentadas pelos usuários, falta de homogeneidade no discurso entre os próprios profissionais dentro da equipe de Serviço Social muitas vezes, recuo da proteção social, desresponsabilização por parte do Estado em prover os instrumentos necessários para atender as demandas dos usuários, aumento do trabalho e discurso voluntariado por pessoas que não tem necessariamente um compromisso ético político e acabam por atender as demandas de forma imediata, assistencialista e sem muitas vezes garantir os direitos dos usuários, que eles acabam nem sabendo que tem, entendendo tudo como um grande favor que está sendo prestado.

O Serviço Social está amparado por diversas leis, regimentos, políticas sociais que dão autonomia e direção a profissão, onde no caso da área de saúde, pode-se destacar: SUS, ECA, Estatuto do Idoso, LOS, Lei de

Regulamentação da Profissão, Código de Ética profissional, Constituição Federal.

É claro que muitos são os desafios enfrentados no dia a dia da equipe de Serviço Social em uma unidade de saúde emergencial, mas não tem como negar os avanços que a mesma conquistou e continua conquistando na tentativa de garantir os direitos dos usuários. Muitas vezes garantir esse direito esbarra próprios limites da instituição, o que acaba dificultando ainda mais a efetivação de tais direitos. Direitos como ao acompanhante, visitas, esclarecimento de médico a família, também em casos de óbitos quando a família fica com dúvidas sobre a causa morte, muita demora para atendimento, falta de especialidades médicas, precarização nos atendimentos e nas refeições, entre outros.

Os direitos em uma unidade hospitalar, considerando o cenário atual de sociedade capitalista, estão bem distantes entre o que foi garantido por lei e o cotidiano. Na medida em que os usuários tenham conhecimento dos seus direitos e deveres, enquanto pacientes nesse caso, torna-se possível um maior controle social e participação coletiva nas ações de atenção e nos processos de gestão.

Com relação a referência e contra-referência¹⁸, se uma das atribuições do assistente social é reconhecer aspectos sociais que incidam no agravo a saúde, buscando orientar e encaminhar para diversos tipos de unidades com o intuito de garantir a efetivação dos direitos sociais e de cidadania, por outro lado não há a certeza e nem o acompanhamento da referência e contra-referência. Como saber se foi garantido o direito do usuário após atendimento na instituição? Desta forma, muitas vezes o trabalho do assistente social em unidades de urgência / emergência se reduz a amparar e encaminhar os usuários. E isso se faz presente também em relação à criança e ao adolescente no que se refere as notificações feitas ao Conselho Tutelar em casos de suspeita ou confirmação de maus tratos, e também no que diz respeito às mulheres vítimas de agressão, assim como em outras situações que são necessárias referência e contra-referência.

¹⁸ Referenciar um paciente implica em transferi-lo para um estabelecimento especializado a partir do Centro de Saúde. No caso do oposto, trata-se da contra-referência. Objetivo principal pode ser considerado a tentativa em garantir a integralidade da assistência e acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

Vale destacar que o SUS, mesmo após mais de vinte anos de existência, está inserido em uma sociedade onde o Estado não conseguiu e não consegue colocar em prática grande parte dos princípios nele contidos. Isso é facilmente observado no cotidiano de uma unidade hospitalar por exemplo, onde deixa a desejar a efetivação de propostas contidas nele. Não se pode negar os avanços obtidos ao longo do tempo desde a criação do SUS, principalmente com o fato de se ter um direito universal à saúde, para qualquer ser humano, – bem diferente de tempos anteriores, como já mencionado previamente – mas é fato que ainda precisa-se de muitas outras mudanças, essencialmente estruturais, para que o usuário possa usufruir dos bens essenciais e básicos para sua subsistência e ter esse cenário modificado.

Nesse sentido, baseado em Behring e Boschetti (2011), cabe um debate acerca dos limites das políticas sociais no capitalismo. No Brasil, após os anos 1990, com a reforma brasileira houve um desordenamento do Estado já que o país precisava atrair capital, reduzir a dívida interna e externa e ainda atingir a eficácia econômica das empresas. No que tange às políticas sociais, vale mencionar a tendência às privatizações e ajustes fiscais, incentivo a defesa do terceiro setor via organizações não governamentais (ONG`s), a não universalização dos serviços públicos e sua má qualidade.

No mesmo cenário e período, vale mencionar a configuração de uma política social de ampla democratização e garantia de direitos pela classe trabalhadora com a Constituição Federal de 1988¹⁹. Houve, em contrapartida, uma disputa entre os trabalhadores e a classe capitalista que estava em busca dos seus interesses próprios. Por parte dos trabalhadores destaca-se o crescimento do número dos Conselhos, porém sem que estes garantam o controle democrático efetivamente.

Quanto as contradições do capitalismo, no âmbito da política social, é importante

¹⁹ Existem as contradições da Constituição de 1988 em relação às políticas sociais no neoliberalismo, expressas, por exemplo, na contra-reforma neoliberal nos mandatos Collor à Fernando Henrique Cardoso.

assumir uma postura de participação por meio dos instrumentos democráticos conquistados ao longo da história, sem perder de vista os limites e possibilidades dos direitos sociais no capitalismo, bem como a particularidade brasileira de constituição histórica heterogênea, dependente econômica e política do capitalismo mundial. (SANTOS; PIOVEZAN, 2013, p. 158)

É muito importante ter clareza das limitações e do caráter contraditório das políticas sociais, já que estas podem “assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital e à manutenção do status vigente” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 195). Essa compreensão é relevante a medida que o olhar passa a ser de que as políticas sociais são uma possibilidade de transição para um padrão de civilidade que reconhece a garantia dos direitos, dentro da ordem capitalista, e não somente uma conquista em si dentro dessa ordem.

Referente aos direitos sociais, estes dependem de recursos para serem efetivados. Isso impõe às políticas públicas desafios reais para sua concretização. Como principais funções das políticas públicas pode-se dizer ser concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis e ainda, alocar e distribuir bens de caráter universal.

A identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade. Daí porque, no campo de atuação das políticas públicas, a participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor ou garantidor de bens públicos como direito, é considerada fundamental. (PEREIRA, 2008, p. 102)

Há uma tensão existente entre as exigências postas pelo mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais. Isso porque é importante frisar que “a questão da subordinação e do controle implicam em tratar a atividade do profissional como um trabalho que está sujeito às regras mais gerais que qualificam o trabalho assalariado na sociedade capitalista”. (COSTA, 2009, p. 306-307)

Entendemos que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de

natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. (COSTA, 2009, p. 308)

Ainda de acordo com Costa (2009), a relação entre usuário e assistente social, no caso de serviços de saúde, é uma relação compartilhada. Isso porque o usuário não é apenas um consumidor de insumos, medicamentos e etc., mas também participa do processo de trabalho na medida em que dele depende o fornecimento de informações como seu estado de saúde, recomendações terapêuticas etc.

Ao analisar o Serviço Social no cotidiano institucional, observa-se a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde. Sendo assim, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, indicavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. Sob essa ótica, tais verificações manifestam um espécie de tensão entre o trabalho concreto e o “dever ser”, representado no ideário dos profissionais de Serviço Social. É o fato de que, ao longo de toda a evolução profissional, “a tensão entre os ‘valores da profissão e os papéis que obviamente lhes foram alocados’ resultou numa hipertrofia dos primeiros na auto-representação profissional” (NETTO, 1992 apud COSTA, 2009).

Considerando a implementação do SUS a partir dos anos 1990, pode-se notar em paralelo mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política. A atual organização do sistema de saúde ao tempo que atende reivindicações históricas do movimento sanitário, como a universalização, descentralização e incorporação de mecanismos de controle social, ainda não superaram contradições existentes como a exclusão, precariedade dos recursos, burocratização ênfase na assistência médica curativa e individual.

Com isso, vale ressaltar que o conjunto de mudanças ainda não foi suficiente para superar o modelo médico-hegemônico, com singularidades já bem mencionadas previamente.

Em consequência, na nova sistemática de operacionalização do SUS, podemos observar a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e, ao mesmo tempo, a emergência de novas problemáticas que derivam da atual reestruturação. Nas últimas, temos as questões relativas à implantação das novas estratégias de reorganização dos serviços. No que diz respeito a operacionalização, temos a histórica questão da demanda reprimida e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil, de que é exemplo o seu corte curativo em detrimento de uma concepção preventiva e coletiva que considere a saúde como resultante da qualidade geral de vida da população e não uma política reduzida ao controle das doenças. (COSTA, 2009, p. 311)

Este é o cenário onde o assistente social se encontra na área de saúde. É importante também ter uma noção ampla dos serviços de saúde em geral, e não apenas em hospitais de emergência, para que desta maneira o atendimento esteja mais eficaz, já que o profissional terá uma ação mais qualificada utilizando todas as possibilidades no atendimento ao usuário.

Foram instituídas as unidades de atenção básica como porta de entrada do sistema, possibilitando o acesso contínuo à serviços, sendo estas unidades em nível primário de atenção em saúde. Houve um aumento da demanda por esses serviços. No entanto, não houve na mesma proporção ampliação das equipes e nem mesmo de capacidade operacional para atendimento. Com isso o que se observa são grandes filas de espera em pronto atendimentos, hospitais e centros clínicos. Também a rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada estão na mesma condição, comprometendo muito a qualidade do serviço.

Dessa maneira, tem-se uma população que permanece grandemente exposta a doenças passíveis de prevenção básica de saúde. Isso pode ocorrer por razões, como: não querer enfrentar intermináveis filas de espera para atendimentos com intuito de prevenção da saúde como um todo. Resultado disso não podia ser diferente: propagação aguda das doenças e aumento significativo da demanda por ações curativas e individuais.

Ademais, o grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas em saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja pela falta de articulação intersetorial, por insuficiência de uma efetiva política de educação, informação e comunicação em saúde, bem como ações no campo da macroeconomia capazes de reduzir as desigualdades sociais. (COSTA, 2009, p. 313)

O assistente social está inserido “no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais.” (COSTA, 2009, p. 341) E o seu principal produto parece ser assegurar, ainda que com tantos obstáculos, a integralidade das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever as considerações finais acaba sendo uma difícil tarefa, já que a aprendizagem é um processo contínuo e a cada dia são absorvidos novos saberes e novas reflexões são feitas diante da realidade.

O debate acerca dos desafios da atuação do Serviço Social no HPM em tempos de ferimento aos princípios do SUS e considerando o projeto ético-político da profissão contribuiu para o reconhecimento e as determinações que o profissional enfrenta durante seu cotidiano e também para a identificação das respostas históricas dadas à questão social e ao que hoje a categoria obtém de aporte teórico para a compreensão da realidade e intervenção na mesma.

Não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências na área de saúde, pois se considera que estas estão em permanente construção, sendo assim um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde.

Vale o destaque para o estágio obrigatório do curso de Serviço Social realizado no Hospital Público de Macaé (HPM), que contribuiu em grande parte no trabalho, com as experiências vividas, grandemente valiosas. Torna-se pertinente essa menção à medida em que a partir destas, se despertou o grande interesse em estudar com mais propriedade o tema e desenvolver o presente trabalho. Muito interessante compreender que todas as referências bibliográficas utilizadas e também as reflexões feitas, fazem muito sentido quando se volta há poucos anos e se relembra os momentos de aprendizagem *in loco*, enfatizando que não há teoria sem prática e prática que não esteja embasada em uma teoria.

A aproximação com os usuários, no que diz respeito à garantia do acesso desses sujeitos aos direitos previstos nas políticas sociais, contribuiu para um maior conhecimento sobre o SUS, seus princípios e organização.

Avaliar o acesso aos direitos como superação da situação de exclusão leva a refletir sobre os direitos sociais na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida destes sujeitos já que, ainda que exista uma política específica para esses usuários, isso não quer dizer garantia de acesso aos serviços.

Todas essas reflexões acima mencionadas serviram de base, juntamente com o embasamento teórico apreendido durante a graduação do curso de Serviço Social, para a construção do trabalho em questão, onde foi fundamental a compreensão da sociedade atual em que as situações se apresentaram e o reconhecimento dos desafios enfrentados pelo Serviço Social em seu cotidiano interventivo.

Considerando a sociedade atual, marcada pela desigualdade social e pela difusão dos valores neoliberais, o presente estudo guarda sua relevância na medida em que se buscou conhecer um pouco mais dos desafios da atuação do Serviço Social em unidades de saúde e especificamente no HPM, considerando a conjuntura de ferimento aos princípios do SUS e as defesas do projeto ético-político da profissão.

Em relação à concepção de direitos, cidadania e política social, vale frisar que os assistentes sociais tem participação na construção e defesa dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais. As concepções estão contidas no Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS. Com isso, é fato que existem os limites e dificuldades no cenário atual, porém é importante não perder o foco nesses conceitos como uma forma de luta democrática e popular para a construção de uma nova ordem social.

É fundamental destacar a importância do assistente social planejar suas intervenções baseadas na ética e no compromisso com o usuário, ainda que dentro de um contexto de significativas mudanças nas relações entre Estado e sociedade civil, por conta do neoliberalismo, pois o Serviço Social também sofre os impactos dessas mudanças, refletindo no seu cotidiano profissional.

O contexto e as determinações sócio-históricas em que estão inseridas as políticas de saúde propõem desafios constantes e reflexões acerca dos princípios do SUS. O cenário é de grande complexidade nas relações econômicas, sociais e políticas. O profissional depara-se com a precariedade dos serviços públicos que é consequência do sistema de ordenamento social. A categoria profissional de fato não é capaz de solucionar as contradições do capitalismo, porém é habilitada a viabilizar direitos sociais no horizonte de uma sociedade mais democrática e justa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Fundamentos de Política Social**. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 40ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 15ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei federal nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Brasília, DF. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

_____. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In PEREIRA Potyara A. P. (Orgs.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas reflexões Sobre os Governos Lula e Dilma**. In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Papel Social, 2013.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Sociedade civil e controle social**. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 109. Janeiro / Março. São Paulo: Cortez, 2012.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. **Programa de Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, Unb / CFESS, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner se Sousa. **O público e o privado na saúde brasileira**. Artigo de 04/03/2008. Revista Le Monde Diplomatique.

CASTRO, Carla Appollinario. **Cidadania no Brasil e (nova) questão social:** alguns elementos para problematizar uma relação. In: Sociedade em debate. Vol. 19, nº 1, 2013.

CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2012.

_____. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

_____. **Regulamentação da profissão de Assistente Social .** Lei nº 8662 jun, 1993.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

COLASANTE, Dr^a Márcia. **A evolução do conceito de saúde.** 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=20DLSnLCG00>. Acesso em: 29/09/2014.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4^a Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social.** Brasília: CFESS, 2007.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade.** In: Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, nº 3, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira:** uma equação possível? 2^a Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESS-RJ. **O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas.** Conselho Regional de Serviço Social. 7^a Região. Rio de Janeiro, 2003.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Fiocruz, 2002.

FIREMAN, Theny Mery Viana. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos**. 2007. Disponível em http://subsites.crp15.org.br/conteudo_det.php?nid=188. Acesso em: 30/09/2014.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 101. Janeiro / Março. São Paulo: Cortez, 2010.

FRANCIS, Sodré. **Forma o e exercício profissional**. In: Serviço Social e Sociedade. N  103. Julho / Setembro. São Paulo: Cortez, 2010.

FRANCO, T lio Batista; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2  edic o. São Paulo: Hucitec, 2004.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; MESQUITA, Adriana de Andrade. **As novas expressões da “questão social” e as famílias brasileiras: reflexões para o Serviço Social**. Rio de Janeiro, 2013.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: Curso: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD / Unb, 2009.

HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ. Disponível em: <http://www.fmhmacaee.rj.gov.br/apresentacao.html>. Acesso em: 29/09/2014 e 23/11/2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Conservadorismo e Serviço Social. In: IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renova o e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaios Críticos**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e forma o profissional**. 11  Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Renova o e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. CARVALHO, Raul de. **Rela es Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpreta o histórico-metodológica**. 17  Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. **A entrevista no processo de trabalho do assistente social**. In: Textos & Contextos. N  8, Ano VI. Dezembro. Porto Alegre: PUC/RS, 2007.

LONARDONI, Eliana; OLIVEIRA, Juliene Agilo de. **Serviço Social e direitos sociais: entre a garantia legal e o acesso.** In: Encontro de Iniciação Científica – ETIC. Vol. 3, nº 3, 2007.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 116p. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br>. Acesso em 04/10/2014.

MARSHAL, T. M. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo I: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD / Unb, 1999.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64.** 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVAR, Monica Simone Pereira; VIDAL, Dolores Lima da Costa. **O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para debate.** In: Serviço Social e Sociedade. Nº 92. Novembro. São Paulo: Cortez, 2007.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. **A Dimensão Investigativa do Exercício Profissional do Assistente Social na Saúde.** In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Papel Social, 2013.

PEREIRA, Potyara. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

SAMPAIO, Simone Sobral; RODRIGUES, Filipe Wingeter. **Ética e sigilo profissional.** In: Serviço Social e Sociedade. Nº 117. Janeiro / Março. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, Lais Ribeiro; PIOVEZAN, Patrícia Regina. **Política Social: fundamentos e história.** In: Revista Org & Demo. Vol. 14, nº 2, 2013.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Do laissez-faire repressivo à cidadania em recesso: A política social autoritária e a cidadania emergente.**

In: Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, 1979.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

TAVARES, Maria Augusta. **Acumulação, trabalho e desigualdades sociais.** In: Curso: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD / Unb, 2009.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, Bahia, 2011.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. **Gestão de Equipes de Serviço Social da Saúde:** Iniciando um Debate. In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Papel Social, 2013.