

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UFF- UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PURO - PÓLO UNIVERSITÁRIO RIO DAS OSTRAS

Vanessa Alves Batista dos Reis

O trabalho do Serviço Social com Gestantes no Hospital Municipal de Rio das Ostras: Limites e Possibilidades.

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

Rio das Ostras
1º Semestre/ 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
FACULDADE FEDERAL DE RIO DAS OSTRAS
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Vanessa Alves Batista dos Reis

**O trabalho do Serviço Social com gestantes no Hospital Municipal de Rio das
Ostras: Limites e possibilidades.**

Rio das Ostras 2009

Vanessa Alves Batista dos Reis

O trabalho do Serviço Social com Gestantes no Hospital Municipal de Rio das Ostras: Limites e Possibilidades.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras, como requisito de obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drº RAMIRO M.DULCICH – Orientador
UFF- Pólo Universitário Rio das Ostras

Profª. Drª GLÁUCIA ALMEIDA
UFF- Pólo Universitário Rio das Ostras

Prof. Drº SERAFIM FORTES PAZ
UFF – Universidade Federal Fluminense - Niterói

Rio das Ostras 2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO I - Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil.	
1.1 Antecedentes históricos	09
1.2 A construção do Sistema Único de Saúde e o direito à saúde.....	18
1.3. Algumas considerações sobre a atenção à saúde da mulher.....	30
CAPÍTULO II- A Política de Saúde num Município recém-instituído.	
2.1.Como os projetos macro-societários se materializam em Rio das Ostras.....	33
2.2. O percurso do trabalho de campo	39
2.3. Limites e possibilidades profissional com gestantes	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
ANEXOS	65
BIBLIOGRAFIA	72

AGRADECIMENTOS:

Nossas histórias individuais são marcadas pelas relações que temos com as pessoas que cruzam nosso caminho, tanto de maneira contínua quanto de forma temporária. Na jornada trilhada para a construção deste trabalho, agradeço de forma explícita:

- Agradeço a DEUS de maneira ímpar por ter iluminado a minha e caminhado junto comigo, me dando forças para que eu pudesse perseverar neste período de faculdade, pois muitos desafios apareceram. Mesmo assim tive muita força superá-los por ter sido muitíssimo abençoada.
- Agradeço aos meus pais por serem os meus melhores incentivadores e acreditando em todo momento que eu era capaz, além de serem meus melhores amigos. Eles sempre estiveram ao meu lado em todas as minhas decisões, me apoiando para eu não desistir.
- Principalmente à você pai que tem sido uma força na minha vida e me incentivado sempre.
- Aos Mestres da UFF, que tiveram paciência em estar me orientando durante todo período em que estive na instituição, outros me auxiliando com livros, ou seja, cada um de uma maneira diferente.
- Aos bibliotecários, aos funcionários em geral.
- Aos que verdadeiramente foram meus amigos, quer dizer, que se tornaram no decorrer destes anos. A alguns deles de modo diferenciado levo saudades e creio outros continuarão presentes no meu dia a dia.
- Ao meu orientador Ramiro que tornou a construção desse trabalho possível.
- À professora Glúcia Almeida por me auxiliar neste trabalho, mas do que isso, aceitar o desafio de dar suporte a um trabalho já iniciado.
- À Daniel Aquino com quem pude compartilhar algumas ideias contidas nessa trabalho.

EPÍGRAFE:

“A verdade é revolucionária!”

Gramsci

INTRODUÇÃO:

Nesta pesquisa busquei discutir os limites e possibilidades do trabalho profissional na garantia do acesso à informação concernente ao direito à saúde. O recorte abordado foi a obstetrícia do Hospital Municipal de Rio das Ostras (HMRO). Mais especificamente abordei a intervenção junto às parturientes no HMRO. Este trabalho é resultado da minha experiência de estágio vivida na obstetrícia do hospital, partindo das seguintes categorias: *democracia, saúde e cidadania*. Para esta discussão abordarei inicialmente a historicidade da política de saúde no Brasil, a partir de alguns acontecimentos históricos que tem incidência direta na saúde como a: a Primeira república, a Revolução de 1930, a democratização de 1946, o regime aberto com o golpe militar de 1964 e a contemporaneidade. Busquei analisar o contexto de mobilização social das décadas de 1970 e 1980, que implicará mudanças expressivas das relações entre Estado e sociedade no Brasil. Tais mudanças permitiram a formulação de um sistema participativo de saúde (Sistema Único de Saúde), baseado no controle social das políticas públicas na área da saúde.

A gênese do nosso interesse pelo tema se deu a partir no momento em que ficaram claras algumas limitações na abordagem do Serviço Social, pois geralmente é realizado um atendimento “restrito” das usuárias que na maioria das vezes carece de diversas orientações e informações. Na nossa interpretação, isto decorre pela sobrecarga de trabalho das assistentes sociais, que muitas vezes provoca um atendimento limitado que não dá conta da demanda apresentada. Nossa escolha pelo tema se deu efetivamente quando conheci a ideia da equipe do Serviço Social de implementar um trabalho sócio-educativo, onde as usuárias gestantes a partir do sétimo mês, passassem a frequentar grupos (socialização de informações concernentes aos direitos sociais das usuárias). Apesar do projeto não ter se concretizado, ela serviu de base para aguçar nossa curiosidade pelo tema e me motivou a estudar com mais profundidade o problema e notar a precariedade do atendimento básico de saúde no município. Durante o período em que atuamos como estagiária, procuramos ter uma visão crítica sobre cada situação trazida pela população atendida. Esse entendimento foi fundamental para iniciar um processo de

reflexão que buscasse superar as limitações da mesma, buscando contribuir na construção de uma nova realidade.

Diante dessa realidade com esta monografia, pretendemos retribuir os saberes e experiências adquiridas no campo de estágio ao logo desses dois anos. Além disso, ela pode ser um instrumento para aprofundar muitas discussões e problemáticas apontadas pela própria equipe de Serviço Social, os estagiários e os usuários.

As técnicas utilizadas para aquisição dos dados foram: acúmulos documentais e análise dos mesmos, entrevistas semi-estruturadas com algumas das assistentes sociais da instituição, além de outros profissionais como médicos e agentes sociais do Programa Saúde da Família (PSF) e um psicólogo, todas com o intuito de entender melhor a realidade da saúde no município. Também serviram os registros das nossas reflexões sobre o atendimento às usuárias durante o estágio. Durante o trabalho de campo entrevistamos vinte usuárias que muito contribuíram para o conteúdo aqui apresentado; tais dados encontram-se sistematizados em gráficos. Outros dados relevantes foram adquiridos numa entrevista realizada com uma psicóloga da Secretária de Saúde e de múltiplas conversas informais com estagiários da área da saúde

Todas essas colaborações foram importantíssimas para construção deste trabalho. Contudo, nem todos poderão ser citados no decorrer dele, pois alguns entrevistados alegaram temer retaliações vindas da própria prefeitura do município. Alguns relataram a mesma realidade mesmo assim alguns ousaram dar seus nomes, como forma de demonstrar sua indignação frente a esta realidade. Estes, geralmente tratam-se de profissionais concursados; outros nada comentaram em relação ao assunto.

Capítulo I: Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil:

1.1. Antecedentes históricos

Para compreensão do significado do movimento de Reforma Sanitária, a análise realizada no decorrer deste trabalho parte da história política brasileira, mais especificamente da intervenção estatal na saúde iniciada nos primeiros anos do século XX durante a expansão da autoridade estatal. Onde, haviam sido outorgadas leis sociais por meio de políticas de saúde ainda durante a Primeira República no período entre 1889 e 1930. Lima aponta como se deram essas políticas:

“Nos anos 30, contudo, institucionaliza-se um modelo verticalizado, centralizado e setorializado, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945)”. (LIMA, 2005: 124)

Nas duas primeiras décadas do século XX, a produção industrial cresceu no Brasil. Isto ocorreu com o início da substituição de importações, quando a importação de diversos produtos foi impedida pela primeira Guerra Mundial, gerando a necessidade de sua produção no país. Esse crescimento demandou uma classe trabalhadora livre das doenças pestilentas que cresciam em larga escala no Brasil e que ameaçavam inclusive as classes dominantes (Cf. MS, 2007)¹.

Segundo Lima (2005), como combate a esta ameaça, campanhas de saúde pública foram organizadas, além das campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes de moléstias contagiosas e obrigando pela força o emprego de práticas sanitárias como as vacinas forçadas.

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910. O movimento higienista começou por iniciativa das elites, mas não se restringiu a elas. O mesmo se expande, devendo ser acatado por todos, embora permanecesse oculto seu grande interesse de igualar o Brasil ao modelo de população europeu e norte-americano, almejando o “desenvolvimento” da nação. Esse ideário higienista (combate às doenças, internação dos que eram considerados

¹ MS, 2007 - Informação retirada do filme: políticas de saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde.

loucos, alcoólatras, “ameaças a manutenção da sociedade”) que busca a “ideia do homem regrado” vem desde o século XIX.²

Ele foi também apoiado por setores da classe média que almejavam o mesmo desenvolvimento econômico das elites. Posteriormente, o presidente Getúlio Vargas abraçou essa ideia, por entender essa proposta de higienização como uma forma de combate aos “degenerados”, pois a “recuperação” desses indivíduos supunha a possibilidade de enquadramento do Brasil nos padrões dos países hegemônicos, como destaca Nunes:

“Este aspecto refere-se a ponto de partida deste trabalho que está calcado na compreensão do movimento da reforma da saúde pública, nas primeiras décadas do século XX, como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, com impactos relevantes na formação do Estado brasileiro.” (Nunes, 2000: 2)

Segundo Hochman (1998), os aspectos específicos das políticas de saúde eram os interesses das classes dominantes, associados à dinâmica do capitalismo, tanto do ponto de vista “doméstico” como internacional. O autor considera os principais “atores públicos”, especialmente os sanitaristas e dirigentes da saúde pública, “como intelectuais subordinados aos interesses dos grupos dominantes, nacionais e estrangeiros”.

O avanço da intervenção estatal em saneamento e higiene também foi devido ao intenso interesse em trazer imigrantes para o Brasil. Para isso, eram necessárias medidas de saúde, pois com a imigração aumentava a possibilidade de doenças, mas estas também, impediam que os imigrantes se sentissem atraídos por locais que se mantivessem insalubres. Contudo, esta não pode ser apontada como o único fator explicativo do movimento sanitário. Por outro lado, percebe-se que por trás do sanitarismo existe o medo de epidemias por parte das elites.

Segundo Nunes (2000), a campanha realizada por meio das elites, não encontra apoio junto à população e esta por sua vez se sente violada em seus direitos, através de medidas como internamento de doentes em hospitais de isolamento, desapropriação e demolição de moradias tidas como insalubres e

² Dados colhidos na disciplinada optativa de serviço social: Tópicos em políticas setoriais, o abuso do álcool e outras drogas _UFF_ Professora: Tatiana Rangel Reis.

proibição de romarias e visita aos cemitérios em época de epidemias, dentre outras medidas coercitivas.

Diante desse cenário, é possível concluir que em relação entre aos interesses do Estado e os projetos sanitaristas, existe a presença da ideia do controle da sociedade no momento em que predomina a perspectiva da higiene através do controle sanitário da população e do controle jurídico e administrativo.

O movimento pelo saneamento das cidades mobilizou crescentes setores das elites intelectuais e políticas brasileiras, liderado inicialmente por médicos com atuação na saúde pública. O período da Primeira República foi conhecido como a 'era do saneamento', identificando-se o período de 1910 a 1930, como o de crescimento da consciência das elites nacionais, que deveriam assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde das populações e ao saneamento do território. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde. O desenvolvimento dessas práticas sanitárias da Primeira República possui o interesse de assegurar a reprodução da força de trabalho que era crescente no período.

Segundo Lima (2005), o período compreendido pelo governo Provisório, entre 1930 e 1934, foi marcado por uma grande instabilidade política, devido uma mistura de diferentes forças que havia se aliado durante o processo revolucionário. O debate político no período, inclinou-se para o papel do Estado frente aos problemas sociais.

Quanto às políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. As medidas de proteção social como a assistência médica só viria a ter um reconhecimento legal com a aprovação da Lei Éloi Chaves, de 1923, resultado do crescimento impactante do que passou a ser definido como a “questão social” no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam-se em associações de auxílio mútuo para lidar com problemas como: invalidez, doença e morte. Com aprovação daquela lei, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), foram pela primeira vez, organizadas por lei. Foi a primeira vez que o Estado interferiu diretamente para criar um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência médica. Nas CAPS, o direito era desigual: somente conseguiam se organizar nas CAPS as empresas que

pertencem a categorias fortalecidas pelo modelo econômico daquele período, como ferroviários, marítimos e algumas outras classes organizadas (Cf. MS, 2007).

Lima (2005), afirma que o primeiro governo de Vargas é reconhecido pela literatura como marco na configuração de políticas sociais no Brasil. Isto não significa afirmar que na história brasileira não tenha havido pressão por parte dos trabalhadores e força popular no período anterior, ou seja, tal processo de reivindicações antecede o ano de 1930. Mas, naquele período, houve também antecipação do Estado, ao agir de forma paternalista, incorporando aos poucos as reivindicações das classes populares.

Em 1932, foram criados por Getúlio os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que tinham um caráter de seguro social, os quais ofereciam assistência médica e medicamentos dentre outros benefícios à seus associados. Um desconto mensal era feito no salário do trabalhador e o fundo assim criado era investido para gerar recursos necessários para pagar as aposentadorias e pensões. Eles eram organizados por categoria profissional e havia representação dos trabalhadores em sua administração. Os IAPS eram financiados pela contribuição dos trabalhadores, das empresas e também do Estado. Os recursos dos IAPS foram desde sua criação aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país. *“A industrialização era algo tão caro que nenhum empresário se propunha a pagar por ela”*. (Cf. MS, 2007)

Durante a gestão varguista, ao mesmo tempo em que os serviços previdenciários surgiam como conquista para a categoria dos portuários, ferroviários e militares, ocorria, por outro lado, a estratificação dessas categorias de trabalhadores, promovendo uma desigualdade no interior das mesmas e gerando diferenciação no acesso aos direitos conquistados por eles.

Bravo (2001) entende que a realidade de transformações no Brasil ao longo da história estava em conexão com a dinâmica política e econômica internacional, onde existem assim dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade sustentada por uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos, em oposição a outro, fundado na democracia de massas, com ampla participação social conjugando os sistemas partidários, com uma rede de organização de base, como os

sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais.

Para Bravo (1996), a cidadania foi gerada no Brasil como 'cidadania regulada', por discriminar e controlar quem trabalha e em que trabalha. Aquilo que o Estado não considerava ocupação ou profissão era marginalizado socialmente. Essa segregação social, do ponto de vista da saúde, acarretou sérias implicações, com uma grande parcela da população brasileira composta por desempregados, subempregados, instáveis, ambulantes, biscateiros, que dentro dessa lógica discriminatória, não foram integrados ao sistema produtivo, e, portanto, foram privados dos direitos de cidadania.

Lima (2005), no decorrer de sua análise compreende que a política de saúde pública foi definida a partir de critérios que colaboraram no fortalecimento da presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais.

A ação do Estado na saúde entre 1930 e 1945 pôde ser compreendida a partir de dois ramos: de um lado a saúde pública de caráter preventivo e conduzido através de campanhas; de outro a assistência médica de caráter curativo e individual, conduzida através da ação da previdência social (Cf. MS, 2007).

Ao longo do período de 1945 até 1964, todos os pronunciamentos oficiais do campo da saúde pública associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. Após o período da Guerra, o Brasil adotou o modelo de atenção à saúde estadunidense, por influência dos americanos durante a guerra. Neste modelo há um grande hospital com muitos médicos de várias especialidades, que concentra o atendimento de uma região e coloca em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios que têm o custo mais baixo. A estrutura e funcionamento desses grandes hospitais atendem à necessidade crescente de uma indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. A dinâmica política da sociedade brasileira começava a permitir deslocamento na compreensão dessas relações e proposições de mudanças nas políticas da saúde. Na década de 1950, as ações de Saúde Pública predominaram sobre a assistência médica individual, houve também crescimento das demandas dos IAPS. Cresceu a quantidade de IAPS³ separados por classes de trabalhadores. Alguns IAPS de determinadas classes eram muito ricos, por isso construíram seus próprios hospitais, mesmo assim algumas empresas não

³ IAPS - Institutos de aposentarias e pensões

estavam satisfeitas com o atendimento que eles podiam oferecer. Daí surgiu a ideia da medicina de grupo, empresas de assistência médica que prestam serviços de saúde para os funcionários de empresas que as contratam, dando-se o início da assistência médica privada. Outro fato que evidencia o progresso da saúde privada em detrimento da pública de qualidade, é que os recursos dos IAPS foram, desde sua criação, aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país, pois como citado anteriormente, a industrialização era algo tão caro que nenhum empresário se propunha a pagar por ela. Exemplo disso é que parte do financiamento de Volta Redonda que saiu do orçamento da previdência social. (Cf.MS,2007)

Como ocorreu em outras ocasiões na história política brasileira, o golpe militar de 1964 abreviou o confronto político entre forças civis conservadoras e progressistas. Marechal Castelo Branco assumiu a presidência da República, em 1964, em nome do movimento militar que depôs o então presidente da República João Goulart. Em 1965, foram extintos todos os partidos políticos, instituindo-se o bipartidarismo.

Para obter alguma legitimidade em meio a uma modernização econômica excludente e diante de uma ação repressiva brutal, os governos militares implantaram certas medidas direcionadas à população trabalhadora. Desde meados dos anos 1960, os Institutos de Previdência foram extintos e sua atribuição foi centralizada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a previdência passou a abranger também os trabalhadores rurais, apesar de manter excluídos vários outros segmentos da classe trabalhadora. Ao longo da década de 1970, Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Sistema Nacional de Previdência, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social. Com relação especificamente à saúde no período militar, Mota descreve que:

“A ampliação da oferta de serviços foi feita com o setor privado lucrativo. Iniciado na década de 60 prossegue nos anos 70, por meio da consolidação de um verdadeiro pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização do fundo público”. (Mota, 1995:140).

A ditadura permitiu a deterioração das condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos

investimentos em saúde. O Regime Militar inverteu essa relação, diminuindo muito os investimentos em saúde pública (Cf.MS, 2007).

Segundo (MS 2006), em 1969, em razão do adoecimento do presidente Costa Silva, uma junta militar assumiu o poder, impedindo a posse do vice-presidente civil. A junta militar entregou o poder ao general Emílio G. Médici. Seu governo foi marcado por uma brutal repressão política aos inimigos do regime.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.

Desta forma, a saúde pública foi deixada para segundo plano, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos colaborava com o quadro de decadência, com graves consequências para a saúde da população. Nos anos setenta, a assistência médica no Brasil foi financiada pela previdência social e passou pelo período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história (Cf.MS, 2007).

A insatisfação com o governo militar expressiu-se politicamente e de forma maciça, pela primeira vez, nas eleições de novembro de 1974, quando a classe média urbana e amplos setores da população mais empobrecida retiraram o seu apoio ao regime.

“No final do governo do general Médici (1970-1974), já se observavam os primeiros sinais do desgaste do modelo político e dos resultados sociais devido a concentração da riqueza social. A repressão política não conseguia mais conter a impopularidade do modelo econômico vigente”. (MS, 2006, página 37)

No final da década de 1970, a ditadura militar já estava em processo de crise política e ideológica da qual a crise da previdência é uma expressão setorial no âmbito do Estado. Neste contexto, o Estado buscava o enfrentamento da diversidade de interesses em torno das políticas de saúde e buscava possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime já não lhe permitia imposições autoritárias, como vinha sendo feito.

O processo de abertura política foi completado pelo último presidente militar, o general João Figueiredo (1979-1985) que “pareceu no primeiro momento, mais promissor para a área de saúde”. (LIMA, 2005:163).

Por outro lado, as pressões sociais e políticas dos setores da saúde resultaram na criação de mecanismos com o objetivo de se elaborar um grande projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. O projeto sofreu algumas alterações, principalmente nos seus aspectos básicos. Mas, a década de 1980, foi iniciada com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema governamental de saúde.

Para Faleiros (2001), o modelo de saúde do início da década mantinha bases anteriores de manutenção sem se articular com um projeto de cidadania universal. Deu-se continuidade de um modelo fragmentado e desigual, privilegiando interesses econômicos do empresariado atuante na área da saúde. Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seleto de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência.

Quanto à estratégia de distensão política, ela possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas das populações mais pobres. Diferente da política de saúde adotada até então pelos governos militares que punha ênfase numa medicina de cunho individual. O debate em torno do exercício da cidadania, em especial no âmbito da saúde, é enfatizado no final da década de 1970, aparecia como uma emergência de questionamentos dos movimentos organizados.

Os resultados eleitorais, de 1970 a 1982, de forma crescente foram pendendo para o lado da oposição consentida ao governo com o desgaste da ditadura militar. As contradições da política macroeconômica produziram um impacto significativo sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora; além de descontentarem, também, as próprias forças sociais de sustentação do regime, os empresários e as classes médias. Os anos 80 evidenciaram sinais de uma estagnação econômica, que foram marcadas pela inflação e por uma crise no Estado desenvolvimentista.

Para Fleury (1989), a abertura política gradual e a crise econômica foi o contexto em que um movimento por cidadania se articulou em vários aspectos da sociedade estendendo-se para o campo da saúde:

“A cidadania constitui o fundamento de legitimidade do poder político que pode traduzir-se em uns efeitos mascarados, responsáveis pela reprodução social de forma normativa e acrítica. Mas, por outro lado, seu conhecimento contraditoriamente, foi imprescindível para organização das classes subalternas”. (Fleury 1989: 67)

O movimento sanitário atuou sob forte pressão do regime autoritário, caracterizando-se, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Diante de um cenário de contradições e crises (inflação alta, déficit público considerável, crise previdenciária, dívida externa impagável), o que colaborou para uma série de mudanças no cenário político, como afirma Mota:

“Assim nos anos 80, por força de pressão organizada dos trabalhadores, novas mudanças foram realizadas no âmbito das políticas de proteção social, mudanças estas que vieram a ser institucionalizadas, no final da década, com a Constituição de 1988”.(MOTA, 1995: 142).

Em 1985, o regime militar chegou ao fim através de uma eleição indireta da oposição. Com o início da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumiram posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde no país.

Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país com uma frente ampla de todos os opositores ao regime militar, conquistou-se a instauração de um governo civil. Inaugurada no mesmo ano de 1985 e demarcou encerramento da ditadura militar, “*instaurando-se uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara em ampla mobilização*”. (MS,2006: 44). Essa ideia foi reiterada por Mota ao afirmar que:

“O processo de auto-reforma do Estado, afetado pela crise do milagre econômico e por diferentes interesses das classes dominantes, não contava com a força do movimento organizado das classes trabalhadoras, que desnuda o caráter de transição pelo alto, almejado pelas classes dominantes”. (Mota 1995:145)

No período do “Milagre brasileiro” que almejava atingir o desenvolvimento econômico, apesar da característica repressora do Estado, houve sob a proteção da ideologia do desenvolvimento e Segurança Nacional, um conjunto de políticas sociais. Apesar do discurso em torno da necessidade de uma política voltada para a criação de benefícios sociais, era evidente o aumento das tensões sociais no cenário político brasileiro.

Essa organização e luta das classes dominadas que vinha sendo reconstruída no pós-64, continuou com a Nova República, uma vez que nesta não houve espaço para o exercício pleno da cidadania. A Nova República convivia com as instituições herdadas do Estado Novo e da Ditadura Militar também.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Em meados dos anos 80, o movimento de saúde, integrado por participantes do movimento popular e por trabalhadores da saúde, passou a interferir também na formulação das políticas de saúde. A pressão do movimento não permitiu mais que o governo tomasse medidas sem levar em conta as reivindicações dos trabalhadores da saúde.

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno de uma lei que daria bases operacionais à Reforma. Economicamente instável, o Brasil iniciou a década de 1990, com uma política misturada, que aplicava um processo de ajuste, de corte neoliberal e com iniciativas de privatização no enfrentamento do déficit público.

1.2 – A construção do Sistema Único de Saúde e o direito à saúde:

O processo de controle social na área da saúde se deu pela mobilização por sujeitos envolvidos em diversos campos, inseridos em embates e consensos, nas décadas de 1970 e 1980. Foi um processo de mudança da relação entre Estado e a sociedade no Brasil, que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS). A construção do SUS se deu num processo complexo que possibilitou a elaboração da Constituição Federal de 1988, onde o SUS se consolidou legalmente, como um sistema de direito

universal descentralizado conforme explicitado pelo documento do ministério da saúde:

“Foram mobilizadas diferentes forças da sociedade civil e do aparelho do Estado e travadas muitas colisões, em diversos planos, que resultaram nessa experiência histórica inovadora”. (MS, 2006:45).

Em seu início, o SUS teve de lidar com ações verticalizadas, com a centralização no governo federal, a crescente importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a setorialização (separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária). (MS, 2007)

Muitas iniciativas evidenciaram a atuação de grupos de profissionais que buscavam a superação do modelo predominante em vigor, somados a outros grupos da sociedade civil. Essas medidas se deram tanto no interior do Estado quanto na sociedade civil. No âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência ocorreu um plano nacional alternativo de saúde, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que foi apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes. Na sociedade civil se deu o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde.

Duriguetto (2007) defende a idéia de que o requisito mínimo para a existência de um regime democrático, é que os cidadãos tenham a oportunidade de formular suas preferências, expressando-as através de ações individual e coletiva e posteriormente, consideradas nas políticas governamentais, pois segundo a autora:

“a democracia é necessariamente alguma coisa que se aprofunda e que se combina com reformas políticas e sociais”. (Duriguetto, 2007:200)

A categoria democracia está diretamente ligada outra denominada cidadania, pois parte da definição de democracia é, “sinônimo de soberania popular”, o que significa a participação ativa dos cidadãos na formação do governo, conseqüentemente, no controle da vida social (idem).

Segundo Benevides (1994), a democracia é um regime propício a consolidação e a expansão da cidadania social, com a garantia das liberdades e autônoma participação popular. Sendo assim, entendida como o regime político fundado na

soberania popular, além de ter a cidadania como estratégia para sua efetivação. A autora entende que, somente através da cidadania, é viável a democratização do Estado, viável através da instituição da participação direta dos cidadãos. Em síntese, para a efetivação da democracia, necessariamente, tem que haver a cidadania.

Para concretização da democracia e, conseqüentemente da justiça social, são necessários mecanismos que possam assegurar a incorporação das demandas populares, ou seja, dos direitos sociais.

Tanto a democracia quanto a cidadania se relacionam através do espaço da sociedade civil, o que não foi diferente no Movimento Sanitário. O Movimento, vindo de algumas experiências da década anterior, iniciou os anos 1980 propondo como linha tática, a ocupação dos espaços institucionais e a formulação de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. Ele tornou-se uma experiência única no campo da luta por efetivação de direitos. Dentre suas características, pode-se dizer que ele deixou de ser referência apenas dos setores sociais excluídos socialmente, passando ao reconhecimento da diversidade de interesses de projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado. Além disso, incorporou a conotação de cidadania que expressa a estratégia de universalização dos direitos, pois os cidadãos numa democracia não têm apenas direitos, objeto de lutas políticas, eles têm também o dever de participar no sistema político que protege os seus direitos e as suas liberdades. A Reforma Sanitária contrapôs o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso. Contudo, é de relevância ressaltar que um indivíduo passa a ser considerado cidadão a partir do momento em que o mesmo toma conhecimento de seus direitos e de suas atribuições no interior da sociedade. A partir do momento em que é negado ao indivíduo o conhecimento desses direitos, ao mesmo tempo, nega-se a ele a condição de cidadão, como afirma a autora:

“Portanto, somente pode ser considerado cidadão o sujeito que tenha condição de organização política e de participar plenamente na vida política, econômica e cultural da sociedade” (Duriguetto, 2007:191).

Com o objetivo de impedir grandes manifestações populares, os conflitos e manifestações passaram a ser negociados nos aparelhos estatais. O controle se estendeu à elaboração da nova Constituição, a ser feita em comissões. As greves eram mediadas pelo Ministério do Trabalho, desde que se aceitasse o “acordo” imposto pelo Estado. Contestações de novos sujeitos coletivos são atendidas total ou parcialmente. Formando um conjunto de forças políticas conservadoras e progressistas, que acabou resultando em um jogo de interesses opostos: privatistas de um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha, em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos. Através do embate entre setores privatizantes e segmentos sociais estatizantes, em torno das políticas públicas e de suas derivações, como a distribuição e o uso dos recursos, foram desenvolvidas estratégias de legitimação, controle, negociação e concessões políticas. Faleiros situa precisamente neste embate o espaço e as limitações da Reforma, pois para ele:

“a correlação de forças, em disputa, no interior do Estado, explica as dificuldades de implementação da Reforma Sanitária”. (MS, 2006: 45)

Em se tratando da 8ª Conferência Nacional de Saúde, pode-se dizer que a Nova República encontrou um movimento mobilizado e articulado com anos de luta e um conjunto de propostas que inclinavam para um projeto alternativo ao modelo vigente naquele momento. Estas condições foram essenciais para a realização desta Conferência que aconteceu em março de 1986.

O tema contemplado na convocação da Conferência demonstrava a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a Reforma Sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento sanitário. Ela ocorreu sem a participação do setor privado e com uma expressiva representação dos usuários. A Conferência foi um evento inédito porque não se tinha notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se pela baixíssima representatividade social.

Algumas das perspectivas almejadas pela proposta de Reforma Sanitária foram: a adoção do modelo de atenção centrado no cidadão de direitos, tendo como princípios a integralidade e a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e cura.

Dentre os aspectos mais importantes da Reforma Sanitária foi a revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados em direção a uma gestão pública e democrática com a efetiva participação dos diversos sujeitos sociais nos rumos da administração pública.

Segundo dados contidos no filme, quanto à participação, resultou o seguinte: a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde (CNS) composto por representantes de Ministérios da área social; de governos estaduais e municipais, de entidades civis de caráter nacional, a exemplo de movimentos populares e a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde.

Para a implementação das deliberações da 8^o Conferência, houve resistências no âmbito do próprio governo que inviabilizou a proposta de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com atribuição de formular sugestões para o reordenamento do sistema de saúde.

Segundo Faleiros (2006), a pretensão de reforma possivelmente esbarrou nas práticas burocráticas vigentes de cultura política “clientelista, partidarizada e particularista”, o que era contrária à cultura política democrática e universal proposta pela e para a Reforma Sanitária.

A crise de hegemonia que se refletiu na dificuldade de implementação da Reforma Sanitária, entretanto, começou a mostrar a força do movimento sanitário com a vitória da Constituição Federal de 1988.

Estas contradições estiveram presentes no fato de que, nas áreas da saúde e assistência social, foram asseguradas, tanto as políticas Estatais quanto as de mercado. Entre as diversidades e especificidades de interesses dos vários segmentos sociais envolvidos, o debate se polarizou nos pontos mais polêmicos da regulamentação dividindo-se em dois blocos: os defensores da Reforma Sanitária,

defendendo o máximo de regulamentação dos dispositivos constitucionais, e os opositores, formados por entidades do setor privado que defendiam uma regulamentação mínima. Isso teve como consequência uma legislação que atendia a perspectiva da Reforma Sanitária, contudo com uma forma de implementação limitada, como afirma Mota:

“Houveram mudanças na Constituição de 1988 que equipararam o Brasil aos sistemas de seguridade dos países desenvolvidos, embora o mesmo não se possa dizer quanto às condições de colocá-las em prática”.(Mota 1995:142)

Para entender o processo de contra-reforma no Brasil é necessária uma interlocução entre o capitalismo em geral e as particularidades da Reforma do Estado ocorrido na última década.

Segundo Behring (2003) abordar a respeito do que acontece hoje, significa entender o contexto de uma nova articulação das classes hegemônicas no Brasil. Além disso, é de grande relevância inserir esta dinâmica na pauta de alterações do capitalismo mundial. Mudanças que influenciaram o modelo de Estado na sociedade brasileira a partir dos anos 90, que também tem relação com o pós-30 e o pós-64, particularmente do ângulo econômico com consequências retrógradas conforme afirma Laurell:

“Na concepção neoliberal de política social, o bem-estar social pertence ao âmbito do privado. Esta concepção aplicada de maneira global tem trazido, entre todas as consequências já vistas, uma volta ao passado”. (Laurell 1999:152)

Há consequências deste processo apontados por Bravo (2007), como a não valorização do controle social e da participação social, a desmobilização dos movimentos sociais para a defesa da saúde e a falta de articulação com os conselhos e conferências, além da terceirização e precarização dos trabalhadores da saúde. Isso se dá devido a ausência de políticas de valorização e incentivo ao profissional. Quanto aos processos de trabalho encontram-se cada vez mais desarticulados. O Modelo de atenção à saúde parece regredir, pois encontra-se cada vez mais centrado na doença e com focalização em detrimento das políticas universais. A autora ainda aponta que há falta de integração e alinhamento entre as três esferas de governo, dos objetivos e diretrizes estratégicos para as políticas de proteção social, e dessas para

com as deliberações providas dos conselhos e suas conferências. Outro retrocesso é transferência para o setor privado de atividades de interesse público, através de privatizações, terceirizações, e incorporação de mecanismos de competição dentro do setor público.

Este é um processo que ainda está em andamento, dada a ausência de um projeto nacional em direção contrária a este processo de desconstrução do emprego, da saúde, do mercado interno, da seguridade e direitos sociais. Enfim, de tudo que foi conquistado no período anterior, conforme afirma a autora.

“Seria uma modernização sem modernidade, já que os elementos decisivos desse encontro, numa acepção clássica, como democracia e cidadania estão pouco presentes”.(Behring, 2003: 75)

Segundo Soares (1999), as também chamadas Políticas de Ajuste Estrutural, partem do princípio da implantação do neoliberalismo como um projeto global para sociedade através de medidas econômicas. Com políticas articuladas que não se limitam a efeitos provisórios. Ou seja, que geralmente conduzem a consequências sociais que dificilmente serão recuperadas.

Para Behring (2003), na atual conjuntura *“há um fortalecimento das forças de mercado em relação ao mercado nacional o que constitui a principal diferença entre os ciclos anteriores”* (pós-30 e pós-64).

Ocorre uma maior integração à ordem mundial em detrimento da autonomia e soberania nacionais. A política neoliberal mostra-se incoerente devido a seus efeitos sociais perversos, que condenam os países não hegemônicos a uma nova forma de colônia que impossibilita o desenvolvimento econômico e, por conseguinte a efetivação de uma perspectiva democrática. Neste contexto, o conceito de seguridade social “garantido” constitucionalmente, tem sido pulverizado, já que as funções sociais do Estado, tais como a saúde, passam a ser competitivas diante do seu novo caráter mercantil promovido pela contra-reforma do Estado que cada vez mais se submete à desumana lei de mercado. Quer dizer, trata-se de uma reforma orientada para e em prol do mercado.

Segundo Soares (1999), são grandes, desastrosos e na maioria das vezes irreversíveis as consequências deste projeto. Ele é *“a combinação perversa entre a*

reestruturação da economia e do setor público”, a geração de novas situações de exclusão social e o agravamento das já precárias condições sociais da população já considerada em situação de pobreza, Tal resultado é o custo social desse ajuste no Brasil.

Algumas consequências são de extrema relevância como a redução do grau de universalidade no acesso às políticas sociais, além da intensificação da desigualdade social, exclusão e pobreza; queda nos salários, redução do número de empregos, aumento do trabalho informal e evasão de impostos, diminuição da arrecadação tributária por consequência da diminuição dos empregos formais.

Mesmo em um país, onde não foi capaz de construir um efetivo Estado de Bem Estar, ao invés de evoluir para um conceito de Política Social produtora de direitos, de cidadania, retrocede-se a uma concepção focalista, emergencial e parcial, onde a população pobre tem que dar conta dos seus próprios problemas.

Segundo Laurell (1999), os impactos nas políticas sociais são visíveis diante dos grandes e complexos problemas sociais brasileiros. Hoje, como alternativa a conjuntura vigente, as políticas sociais são voltadas para ações específicas e focalizadas. Por trás destes programas estão quase sempre estratégias com a descentralização (contrária a do Sistema Único de Saúde). Quer dizer, delegar aos municípios a responsabilidade de implantação das políticas sociais, sem os recursos necessários à implementação das mesmas. O argumento utilizado pela classe dominante é de que se o “cidadão” vive no município, então, o mesmo deve se responsabilizar pelos serviços sociais em diversos âmbitos. O que tem reforçado a prática do 'coronelismo' e o aumento do poder das elites locais, como acontece em muitos municípios no Brasil. Outro grave resultado causado pela onda de ajuste nas políticas sociais no Brasil, são as reformas do setor público, cortes quantitativos de seus funcionários além das mudanças na administração dos serviços. Isto vem trazendo mudanças no caráter público dos serviços sociais com privatização e mercantilização destes setores.

A política de saúde no Brasil na década de 1990 caminhou em direção contrária ao acúmulo adquirido nos anos 80, concretizado através do SUS, constitucionalmente sancionado. Este passou a ter dificuldades de se manter devido à rearticulação

política da direita conservadora nos anos 90 que resultou posteriormente na redução de verbas sociais, dentre outras que se incluiu no setor da saúde. Tal articulação é defensora de um projeto de saúde privatista em detrimento ao projeto de Reforma Sanitária, conquista que estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Defendendo assim uma melhor explicitação do interesse público e controle social.

Segundo BRAVO (1996), dentre os aspectos significativos da proposta estão incluídos a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e de ações justas. Em síntese, ocorreu no período citado um confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária e o projeto em Saúde articulado ao mercado.

Segundo Bravo e Pereira (2001), num primeiro momento, as proposições em saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e posteriormente aparecem propostas visando consolidar uma contra-reforma na saúde.

Bravo (1996) conclui que o Projeto de Saúde Privatista se enquadra na pauta do Ajuste Neoliberal que tem como meta a redução de gastos e a racionalização da oferta.

Diante desse quadro deplorável resta ao estado prover um serviço mínimo aos que verdadeiramente não podem pagar. Quer dizer, é criada uma esfera pública que não é estatal, pois apesar de suas funções possuírem um caráter público, elas passam a obedecer às leis de mercado.

Apesar das tensões vividas naquele momento, o setor da saúde adquiriu conquistas, afinal foi em 1990 que foram aprovadas as Leis 8080/90 e 8142/90, apesar dos interesses divergentes que estavam em vigor.

Durante o governo Itamar Franco, apesar de alguns avanços na área da saúde, em nada melhorou a qualidade de vida da população. Mesmo assim, foi considerado um freio ao projeto iniciado pelo presidente anterior Fernando Collor de Melo, que deu início à implementação efetiva do projeto neoliberal durante sua gestão. A aplicação deste projeto passou a triunfar a partir de 1995 no período da administração de Fernando Henrique Cardoso.

No ano de 1994 no Brasil, oficializava-se a implantação do Programa Saúde da Família, PSF. Ele adotou os princípios básicos que regem o sistema de saúde brasileiro: a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização política e administrativa e a participação ativa da comunidade. Com a adoção destes princípios, o Programa visou priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo um maior poder de resolução nos níveis da Atenção Básica à saúde. Contudo, a implantação do PSF não significou a criação de novas unidades de saúde, a não ser naquelas comunidades totalmente desprovidas deste tipo de serviço.

Segundo Henrique e Calvo (2008), o serviço não é voltado para o atendimento de toda a população; e pela contenção de custos que a atenção primária representa, foi apresentado como alternativa à diminuição dos gastos em saúde. Os autores entendem que a proposta significava um retrocesso para o SUS, visto que, pela complexidade e perfil epidemiológico da população, seriam necessários serviços de saúde mais bem estruturados para o atendimento qualificado. Eles afirmam que os limites e possibilidades do PSF estariam ligados à sua inserção nos serviços locais de saúde, podendo servir tanto como forma de simplificação da assistência, quanto como motivação para mudança do modelo médico-assistencial, ou seja, existiam contradições na implantação e execução do programa:

“O PSF era implementado preferencialmente em áreas de populações carentes, rurais e com menor poder aquisitivo, o que na prática reflete uma política de focalização da atenção. Tal prática, associada a uma política de universalização da atenção, confirmaria a hipótese de que o PSF apresentava caráter complementar e não substitutivo”. (Henrique e Calvo, 2008:810)

Foi uma atuação uniforme das equipes do PSF, onde o modelo de atenção individual curativa continua se perpetuando de forma hegemônica. Verifica-se que a efetivação da atenção básica de saúde é muito problemática, representando sobrecarga de trabalho aos funcionários, burocratização dos serviços e precariedade e improvisação nas estruturas das unidades locais.

O Estado sofreu uma brusca reforma com a justificativa de superar a administração pública burocrática. Para isso, os ideólogos desta reforma propuseram

a restrição das funções do Estado e redução de seu grau de interferência, justificando-se numa suposta ineficiência.

Segundo Bravo (1996), a proposta de Reforma do Estado entendia a crise do capitalismo como se fosse somente um problema no formato do Estado e não como uma crise econômica e política. Tratando-se do setor da saúde, a proposta de reforma se dirigiu para a assistência ambulatorial e hospital, alegando que são dispendiosas. Quanto ao atendimento básico, este deve continuar sob responsabilidade do Estado, “coincidentalmente” esta forma de atendimento não é lucrativa para iniciativa privada.

Em meados dos anos 90 foram inseridas normas que incentivaram o processo de Reforma do Estado tais como a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados. Estas formas de regulamentação naturalizam a situação de cidadão consumidor que tem acesso a serviços via mercado, em detrimento do sujeito de direitos, rompendo com a perspectiva sanitária. O Projeto Privatista almeja transformar os usuários em financiadores do capital, submissos às leis de mercado, resultando na despolitização da esfera pública.

Bravo e Pereira (2001) concluem que é fundamental um movimento contracorrente em defesa da democracia, da ampliação do Estado, para participação da sociedade nas políticas públicas e na socialização das informações. É preciso uma estratégia mais abrangente de ampliação dos direitos sociais em direção a democracia, onde seja possível a participação das classes excluídas do processo político-decisório.

No que tange ao acesso à assistência de saúde, com a implantação do SUS, teoricamente, qualquer pessoa deveria receber tratamento igual, tendo direito ao atendimento gratuito na rede de saúde. Contudo, a garantia de acesso à assistência de saúde qualificada ainda não é evidenciada, pois há um processo de sucateamento pelo qual passaram e continuam passando os serviços públicos de saúde, onde o espaço físico é, em geral precário e deteriorado, faltam materiais básicos e equipamentos, somados a má remuneração dos profissionais. Este processo é causado por políticas deliberadas de ajuste e não por uma 'fatalidade global', sendo um dos principais mecanismos geradores de exclusão hoje, trazendo consequências muitas vezes fatais para aqueles que dependem cada vez mais, do setor público para sua sobrevivência.

Segundo Fleury (1989), a cidadania é uma invenção do Estado por meio da qual o cidadão passa a ser moldado e controlado. Assim, pode-se observar que muitas das vezes, os direitos fundamentais da pessoa são negados ou restringidos por leis que tratem os direitos da cidadania.

Apesar dos dizeres constitucionais parece que as elites do país faziam um movimento contrário ao efetivo direito à saúde como direito universal e dever estatal. Visível na fala de Fortes:

“Como acreditar na existência de políticas de saúde que garantam acesso universal a assistência à saúde, quando 63,8% das mulheres brasileiras que vivendo em regiões rurais não realizam pré-natal e segundo se estima de 15 a 20 milhões de pessoas não dispõem de qualquer serviço de saúde” (FORTES, 1998: 11 e 12)

No contexto neoliberal, há um desmonte dos direitos sociais adquiridos. Nesta realidade se inclui o setor da saúde que não tem se realizado como um direito de todo cidadão, mas sim como uma mercadoria similar a tantas outras disponíveis para consumo. O resultado disso foi o exorbitante crescimento das formas alternativas ao SUS de assistência à saúde, como os planos privados de saúde, os seguros saúde e as cooperativas médicas. Isso mostra que as políticas de saúde vêm desrespeitando a dignidade do cidadão enquanto sujeito de direitos. A infração deste princípio é constantemente evidenciada nas instituições de assistência à saúde, quando as pessoas passam a ser tratadas como mero objeto de lucro de interesses privados.

A vitória eleitoral do presidente Luís Inácio Lula da Silva no Brasil significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu *“um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política”* (Bravo, 2007). Segundo a autora sua vitória eleitoral foi resultado da reação da população brasileira ao projeto neoliberal implantado nos anos 90. Isto é, pela primeira vez, venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro a partir da eleição, acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Para a autora, não se esperava

transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

Entretanto, as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, deram seqüência à contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, não somente quanto às atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados, neste inclui-se a saúde. Em síntese, continuam as políticas focais, em detrimento da lógica do direito à saúde universal.

No Rio de Janeiro, por volta de 70% da população está sendo atendida pela medicina privada, diretamente pelos planos de saúde ou pela rede conveniada pelo SUS (rede pública terceirizada), o que mostra uma clara hegemonia da 'lógica da mercantilização' nos serviços de saúde. Na realidade cerca de 60% da população é atendida pelo serviço público, visto que parte da rede conveniada (30% aproximadamente) é pública.⁴

Segundo Laurell (1999) o processo de retração estatal e de privatização das políticas sociais no Brasil e na América latina, com a introdução de cobranças "seletivas" para determinados serviços básicos essenciais, como a assistência médica, tem levado a dualidade no acesso a esses serviços, criando um setor público para pobres, sem recursos e cada vez mais dê-financiado; e, de forma "complementar", um setor privado (representado hoje por empresas e conglomerados financeiros de seguro) para quem pode pagar e, o que é mais grave, cada vez mais subsidiado com recursos públicos. Segundo Fortes, ocorre uma caos gerado por essa política.

"Nas instituições hospitalares é onde mais prevalecem infrações aos direitos dos cidadãos. Cidadãos que, em virtude de necessidades de assistência à saúde, requerem o atendimento de instituições e profissionais, os quais a sociedade delegou o papel de 'cuidar da saúde' da pessoa humana e que, muitas vezes, perdendo a condição de cidadania são requeridos como seres passivos, dependentes e submetidos a condutas paternalistas ou autoritárias."(FORTES,1998: 12)

⁴ Dados referentes a uma matéria publicada no jornal o Globo, janeiro de 1999, descrito no livro: A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde - Ana Maria Vasconcelos.

Contraditoriamente, pouco tempo depois de o Brasil avançar devido à democratização da esfera política, promulgando uma “Constituição Cidadã” e através da realização de eleições diretas, entra em cena a política neoliberal que buscou modificar o papel do Estado, por conseguinte, realizou um corte nos gastos sociais, onde a saúde foi comprometida. Consequentemente, isso gerou um processo de universalização excludente, pois a inclusão de vários setores sociais não foi acompanhada de investimentos neste setor, como sugere Bravo (1996), que houve corte de gastos, precarizando a qualidade dos serviços, afastando a classe média do setor público que migrou para os planos de saúde privados, *“retraduzindo a velha fórmula da cidadania regulada”*.

Se, por um lado, as possibilidades de acesso, de alguma forma, ampliaram-se, por outro lado, contraditoriamente, enfrenta-se a dificuldade de acesso aos serviços para atendimento adequado ou pelo menos digno. É preciso resgatar um conceito mais amplo de Política Social no âmbito das Políticas Públicas, que não se limite às concepções setoriais e ao minimalismo. Somente uma concepção estratégica de políticas econômicas e sociais mais integradas, será capaz de abrir espaço para que o gasto social possa acentuar sua natureza redistributiva, na sua dupla dimensão de direito da cidadania e de incorporação dos *‘não incorporados’*, através de políticas universais de maior significado.

1.3. – Algumas considerações sobre a atenção à saúde da mulher

Desde o início dos anos setenta já havia o debate a respeito da saúde da mulher, tanto por profissionais da saúde quanto pelos movimentos sociais. Particularmente o movimento de mulheres que enfatizava a necessidade de uma abordagem integral as mesmas, onde o corpo feminino fosse tratado como um todo e não mais como uma série de partes isoladas tratadas separadamente por diferentes especialidades médicas. Contudo, a primeira vez em que o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, implantou uma política diferenciada em relação à saúde da mulher foi em 1983: Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), divulgado oficialmente em 1984.

Em termos de políticas públicas até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, “O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social”.(Osis, 1994: 3).

Isso significa dizer que o dito programa foi o primeiro a propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres ultrapassando as ações isoladas do Planejamento familiar, superando também o modelo vigente que se limitava ao modelo médico, pois como afirma Osis:

“Os médicos encaravam as mulheres principalmente, quando não apenas, como úteros gravídicos”. (Osis, 1994:4).

Em síntese, essa política significou um avanço no que toca a saúde reprodutiva das mulheres, apesar de não ter sido implementado por completo em todo território nacional. Suas atividades estavam voltadas para o grupo materno infantil de uma forma muito mais ampla, conforme afirma Osis:

“... o conceito de assistência integral, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo, em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde, seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde”. (Osis, 1994: 7).

O momento em que o PAISM foi lançado, eram grandes as reivindicações no Brasil, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil lutando pelo restabelecimento da democracia. Diante disso, o lançamento do PAISM teve um amplo significado social naquele momento de democratização da sociedade brasileira, ou seja, PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, a partir dos conceitos de universalidade e integralidade no âmbito do Movimento Sanitário, *“representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina”* (idem).

Diante disso, é possível afirmar que o Estado atendeu as intensas reivindicações dos movimentos de mulheres, cuja atuação era expressiva naquele momento.

Para a objetivação dessas práticas não bastam apenas um conjunto de normas e leis, é preciso mudar o modo de como esses profissionais enxergam o público alvo, devendo ser numa perspectiva de totalidade, ou seja, como uma unidade contraditória

composta por um conjunto de complexos e não como uma soma de ações isoladas. A implantação do novo programa deveria se iniciar com uma reciclagem completa, tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação dos serviços, quanto do pessoal encarregado da coordenação do programa.

Em síntese, as equipes envolvidas no Programa deveriam ser preparadas para fazer o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do mesmo, permitindo uma atenção integral à mulher como é explicitado por Osis:

“Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção”.
(Osis, 1994)

Dentre as diretrizes do PAISM estava prevista a capacitação com ênfase em ações dirigidas ao controle das doenças mais comuns nesse grupo; uma prática educativa em todas as atividades desenvolvidas, de forma que essas mulheres pudessem apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde. (MS, 1984).

Em suma, o governo procurou agilizar a atenção à saúde da população feminina, atuando de forma a expandir a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde. “Por outro lado, há suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população” (Osis, 1994).

Alguns críticos apontaram a exclusão dos homens nesse programa, o que comprometeria a integralidade e universalidade do mesmo, além de indicar uma forte intenção de controle da natalidade de forma oculta. Eles também questionavam a contradição entre a o conceito de integralidade e os objetivos explicitados no conteúdo do programa, os que estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva das mulheres. Contudo, apesar de sua implementação não ter sido suficiente, o PAISM não deve ser abandonado. Devem-se fazer esforços no sentido de pressionar as diferentes instâncias político-institucionais para sua efetivação em todo o país.

Capítulo II-A Política de Saúde num Município recém-instituído:

2.1. Como os projetos macro-societários se materializam em Rio das Ostras

Em trinta e um de março de 1938 um Decreto alterou o nome do município de Barra de São João para Casimiro de Abreu e a este município pertencia Rio das Ostras, antes de sua emancipação, ou seja, o atual território de Rio das Ostras era inserido numa totalidade denominada Casimiro de Abreu⁵. Na região conhecida hoje como Barra de São João, ainda nos dias de hoje sendo o segundo distrito de Casimiro haviam grandes propriedades que produziam madeira, lenha, carvão vegetal e algumas dispoendo de pequenos rebanhos. Nas primeiras décadas do século XX, a Fazenda União era utilizada para o abastecimento de lenha da ferrovia. No ano de 1943 foi inaugurada a Estrada Amaral Peixoto, ainda sem asfalto.⁶

Segundo Lima (1998), durante a Segunda Grande Guerra, os fazendeiros e agricultores entraram em crise nas bacias dos Rios das Ostras e São João, as terras do município casimirense desvalorizavam-se, resultado foi o crescimento populacional ficou estagnado. Posteriormente nas décadas 1950 e 1960 ocorreram alguns acontecimentos muito relevantes para região: Campos e Macaé tiveram um progressivo desenvolvimento com a atividade da pesca, que foi o sustentáculo econômico da cidade de Rio das Ostras até meados do século XX. Rio das Ostras constitui-se em um núcleo recentemente na da década de 1950. Dentre outros acontecimentos destacam-se a pavimentação da Estrada Amaral Peixoto entre 1956 e 1958; a instalação de energia elétrica em Rio das Ostras em ocorreu em 1958 e 1959, também foi aprovado o loteamento Bosque da Praia em 1962; foi inaugurado o abastecimento de água de Rio das Ostras pelo manancial do Morro São João em 1965 e 1966; ao mesmo tempo concluída a Escola Esmeralda da Costa Porto e a aprovação dos loteamentos Novo Rio das Ostras em 1968 e Costa Azul um ano depois.

⁵ Conferir mapa no final deste trabalho localizado em: anexos

⁶ Foram utilizadas para coleta dos dados históricos além do livro mencionado na bibliografia informações obtidas verbalmente na Casa de Cultura do município além de antigos profissionais da saúde.

Em abril de 1968 um vereador de Casimiro de Abreu chamado Joaquim de Araújo indicou à mesa e ao plenário da Câmara Municipal a criação do 3º distrito casimirense, com sede em Rio das Ostras. Esta indicação foi julgada pertinente pela maioria do legislativo, sendo aprovada.

Segundo Lima (1998), nos anos 70, a atividade de veraneio no Distrito se intensificou e Rio das Ostras passa a conviver com o crescimento do comércio e do número de novas construções e loteamentos, expandindo sua área urbana, especialmente os seguintes bairros: Operário (Formiga), Guaiamu (Nova Esperança) e Caranguejo (Nova Aliança).

O processo de desenvolvimento distrital recebeu injeções com a abertura da BR-101 em 1974 e entrava em funcionamento a Sub-Estação de energia elétrica em Rocha Leão, atual bairro de Rio das Ostras, ampliada em 1977. Outros fatores de progresso, que ajudaram Rio das Ostras a ampliar sua importância regional, culminando com o Plebiscito da Emancipação de 1991, foram: a circulação do primeiro jornal riostrense que chamava-se “A Razão”, no período de 1971 até 1981. Foram também fatos de bastante relevância: o início das obras do terminal da *Petrobras* em Macaé em 1977; a execução de melhorias no trecho Rio Dourado-Rio das Ostras na RJ-162, a inauguração do banco privado *Bradesco* em 1978; a inauguração da Escola Estadual Jacinto Xavier Martins em 1982 e o começo do funcionamento da Sub-Estação elétrica de Rio das Ostras, no atual bairro Nova Cidade em 1984.

Em 1991, o Governador do Rio de Janeiro determinou a realização de um Plebiscito no distrito de Rio das Ostras, o 3º distrito do município de Casimiro de Abreu, para verificar se era do interesse público a criação do município de Rio das Ostras. Realizado o Plebiscito em novembro de 1991, houve uma esmagadora vitória dos votos a favor. Finalmente de acordo com a Lei nº. 1984, de 1992, então o Governador Leonel Brizola, criou o município de Rio das Ostras.

Cláudio Ribeiro foi eleito em outubro de 1992 sendo o primeiro Prefeito de Rio das Ostras, governando o município entre janeiro de 1993 até fevereiro de 1996, quando foi barbaramente assassinado. Em seu lugar assumiu Tereza Visconte Gianazzi, cumprindo o restante do mandato e transferindo o cargo à Alcebíades

Sabino dos Santos, no primeiro dia de janeiro de 1997, tendo sido o mesmo re-eleito para o período de 2001 à 2004. Em seguida, foi eleito Carlos Augusto Carvalho Baltazar, e re-eleito posteriormente e sendo o atual o governante do município.

Atualmente, a cidade vem dando grande salto econômico e demográfico no Estado do Rio de Janeiro, movido pelo pagamento de *royalties* do petróleo. A construção da Rodovia Amaral Peixoto, a expansão turística da Região dos Lagos e a instalação da Petrobras foram de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento de Rio das Ostras, que viu sua população crescer, até chegar ao momento de sua emancipação político-administrativo do município de Casimiro de Abreu, em 1992.

Segundo dados de antigos moradores, na cidade, por ter um cunho veranista (ou seja, poucos moradores, na grande maioria veranistas), e da Fundação Rio das Ostras de Cultura⁷, até meados dos anos setenta se via comumente a prática dos curiosos em medicina e curandeiros, principalmente das rezadeiras, como alternativas de cuidado à saúde oriunda da sabedoria popular, muito conhecidas pelos poucos moradores. Mesmo de forma limitada, o antigo Pronto-Socorro atendia a população e transferia para outros municípios o que fugia da suas capacidades. Na área rural, como Cantagalo, era mais frequente a prática de curiosos e curandeiros.

No município, a saúde passou por grandes alterações nos últimos dez anos. Antes de setembro de 2000, com a inauguração do Pronto-Socorro – e verbas complementarres do Sistema Único de Saúde, com espaço físico e um funcionamento precário, no bairro *Extensão do Bosque*. Os partos dificilmente eram realizados no município, segundo funcionários da atual Secretaria Municipal de Saúde, estes eram agendados e encaminhados para os municípios mais próximos; ou seja, os partos só eram realizados na cidade em último caso. A população neste período girava em torno de 20.000 habitantes que, na maioria das vezes, eram atendidos em municípios próximos como Cabo Frio e Macaé.

⁷ Dados colhidos na Fundação Rio das Ostras de Cultura através de uma conversa informal com a funcionária Selma Rocha.

A cidade contava com pouquíssimos postos de Atenção Básica; só havia no bairro *Mariléia*. Estas unidades de atenção foram aumentando em quantidade paulatinamente a partir da emancipação do município.

O atual Centro de Saúde administrado pela Prefeitura, que estava sob a gestão federal da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), onde, também, funciona a farmácia municipal - que antes ocupava uma sala e hoje é considerada “um complexo” -, no prédio do Instituto de Previdência dos Servidores (IPASRO), na mesma rua. Até o ano de 2007, ainda no bairro *Extensão do Bosque*, existia em Rio das Ostras o Departamento de Saúde, dividido em: Saneamento, Epidemiologia, Programa de Saúde e Vigilância Sanitária. Posteriormente extinguiu-se e é substituído pela Coordenação de Vigilância Sanitária (COVISA), que passa a abranger todas as divisões anteriores. Atualmente, o setor da Saúde de Rio das Ostras atende a diversos outros municípios como: Unamar, Cabo Frio, bairros da Baixada Fluminense da cidade do Rio de Janeiro, indo muito além da atenção primária e abrangendo o fornecimento de medicamentos, o que ultrapassa o atendimento das especialidades impostas pelo Ministério da Saúde.

Em todos os postos de Atenção Básica da cidade, ligados à área ginecológica, existem atendimentos como: *acompanhamento de pré-natal* e assistência a puérpera. É notório como muitos profissionais e usuários hoje questionam a qualidade do atendimento prestado por estes à população. Há também dois Postos de Reabilitação, nos bairros *Nova cidade* e *Extensão do Bosque* (Antigo Hotel Sal-Sal), onde funciona o programa de Planejamento Familiar, além de duas equipes de PSF, nos bairros *Âncora* e *Mar do Norte*, respectivamente.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município, na Policlínica da cidade, onde se realizam exames mais complexos fora da atenção básica, foram registrados em 2008 o atendimento de 75% do total de usuários provenientes de outros municípios. Para a Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde: *“Isso acontece devido ao grande fluxo de visitantes na cidade e até mesmo devido a fama (de riqueza por causa do petróleo) da cidade que atrai pessoas de diversas regiões em busca de tratamentos de atenção secundária e terciária”* (Cf. Anexo:2.1.1). Na perspectiva da obstetra do Hospital, *“muitos chegam aqui no hospital dizendo que são moradores de Rio das Ostras, mas nem sabem onde fica o posto de atenção básica e*

se atrapalham na hora de dar seus endereços. Isso significa que a demanda de outros municípios é muito maior que os números oficiais,tenho certeza de que mais de 50% das que atendo vem de outros municípios.”⁸ (Anexo 2.1.II)

Quanto aos tratamentos de alta-complexidade e aos externos ao município, todos devem ser submetidos ao Centro de Controle e Avaliação, que dispõe dos seguintes profissionais: enfermeiros, médicos e uma assistente social; recentemente foi agregado um biólogo. Este Centro, conhecido como “Rosinha”, recebe solicitações de exame, demandas de tratamentos diversos, de transporte para realização destes em outros municípios, quando a especialidade solicitada não existe na cidade. Todos estes tramites são submetidos a avaliação do Centro, são os funcionários deste, conhecido como “Rosinha” que avaliam e aprovam ou rejeitam os pedidos dos médicos. Assim descreve uma usuária os caminhos para o acesso: *“aqui nessa cidade, num tem outro jeito, para conseguir atendimento tem que conhecer alguém, sem influência num dá”*. Uma outra usuária confere as dificuldades do acesso ao afirmar: *“Marquei exame há mais de dois meses atrás e ainda não fui atendida. E olha que é câncer! O médico colocou no papel que era urgente, se eu tivesse que morrer já tinha morrido.”* (Cf. Anexo 2.1. III).

Hoje, o município também dispõe de políticas voltadas para saúde da mulher; o atendimento de problemáticas como violência contra mulher, patologia cervical, o Programa de Planejamento Familiar e o Núcleo de atenção à criança e ao adolescente. Com o grande crescimento demográfico da cidade, o prédio do antigo Pronto-Socorro passou a não ser suficiente para o atendimento das demandas postas. Em dezembro de 2004 foi inaugurado o Hospital Municipal de Rio das Ostras (HMRO); em vinte e três de dezembro do mesmo ano foi realizado o primeiro parto no mesmo. O HMRO se localiza nas proximidades do atual Pronto-Socorro pois, devido ao grande número de construções a sua volta em pouco tempo, não foi possível uma ampliação. Este problema já não acontecerá no HMRO, pois segundo a atual Secretaria Municipal de Saúde, a planta onde foi planejado permite uma futura expansão.

⁸ É nítido nas falas da médica, cujo posicionamento representa a “voz da instituição”, o discurso minimalista de “administração da crise”, que restringe a realização de direitos de cidadania, mais do que a busca de formular e pleitear um atendimento universal, com melhor estrutura para ampliar a cobertura.

Além da obstetrícia, o HMRO possui atendimentos voltados para cirurgias de oftalmológicas e de hérnia, dentre outras especialidades. Os atendimentos voltados para *tórax* são considerados como de referência, posto que não se encontram em muitos municípios da região. Segundo a Secretaria de Saúde, já está aprovada construção, num futuro próximo, da unidade de *Saúde da Mulher*, equipada com especialidades para às necessidades da mulher, laboratórios, etc.. (Cf. SMS,2009).⁹

Apesar deste aumento da estrutura hospitalar, e da quantidade de atendimentos, a área da saúde no Município enfrenta grandes dificuldades. De forma geral, pode-se citar que a tentativa de melhorias sanitárias funcionou durante um determinado período, mas foi interrompida por questões políticas. Segundo a ex-secretária de Saúde,¹⁰ inicialmente 50% da verba proveniente dos *royalties* do petróleo seriam destinados ao saneamento básico: melhorias sanitárias, tratamento de esgoto, auxílio à população quanto a práticas de higiene - como, por exemplo, o tratamento de caixas d'água - e ações epidemiológicas. Contudo, quando alguns dos vereadores da cidade tomaram conhecimento do montante de dinheiro que representavam os recursos provenientes dos *royalties* e decidiram que não podia ser gastada aquela quantia, frustrando o projeto sanitário de alguns profissionais da saúde da cidade. Inclusive, apesar do cargo de Secretário (a) de saúde estar diretamente relacionada à decisão do prefeito, a ex-secretária relata que antes do envolvimento daqueles vereadores ela tinha muito maior autonomia para agir. A partir do racionamento as verbas oriundas dos *royalties* que deveriam ser destinadas à saúde (50% dos *royalties*). Foi reduzido o poder de ação do secretário municipal de saúde. Para ela, por este motivo “*hoje existe má acessibilidade do usuário à rede*”. (Cf. Anexo 2.1. II).

Além disso, há outros problemas na rede municipal de atendimento como a falta de medicamentos e a necessidade do resgate da atenção primária em saúde, problemática reiterada por diversos profissionais de saúde durante as entrevistas. A Dr^a. Naélma ainda acrescenta: *Fomos obrigados a colocar mais um leito em cada*

⁹ (Sms,2009) Refere-se a dados coletados oralmente na Secretaria Municipal de Saúde de Rio das Ostras.

¹⁰ O conjunto dos dados colhidos na nossa pesquisa de campo foi produto da realização de entrevistas semi-estruturadas a partir do roteiro que consta em anexo.

quarto, passando de dois para três por quarto devido ao aumento da demanda o que é contrário a norma da ANVISA.” (Cf. Anexo 2.1.II).

Segundo relatos de vários profissionais - médicos, enfermeiros, assistentes sociais - o grande desafio na atual conjuntura (não só de Rio das Ostras, mas também nesta cidade), é o resgate da saúde básica que está falha e de difícil acessibilidade para o usuário. Uma profissional classifica a atual política como “perigosa”, pois virou “financeira”; ou seja, os atendimentos somente são feitos mediante a apresentação do cartão do SUS. A intenção da criação do cartão era o reembolso de um município à outro; quando um tivesse o serviço faria o procedimento em outra cidade, e quem prestasse o atendimento seria reembolsado pelo município de origem do paciente. Contudo, o que se vê é outro tipo de intenção de repasse: quando o paciente não é do município não é atendido. Esta forma de proceder atropela a legislação do SUS, que garante o direito de saúde para todos. Para um dos médicos, “é como se essa lógica fosse o paciente não é meu, então não vou atendê-lo”.

Em outras duas falas de usuárias, reiteram a existência dessa dificuldade evidenciando certo localismo, mais do que isso uma clientela na forma de disciplinamento social, pois se a Política do SUS garante que é direito, o atendimento não pode ser privilégio, ou seja, onde há um, evidentemente não pode haver o outro. Contudo, as falas das usuárias vão numa direção contrária a perspectiva de cidadania: *“Já fiz o cartão do SUS e ainda tenho que provar mais uma vez que moro aqui para conseguir ser atendida; e: “leveí meu cartão do SUS e mesmo assim disseram que eu tinha que ter levado uma conta no meu nome pra provar que moro aqui em Rio das Ostras.” (Cf. Anexo 2.1. III).*

2.2. O Percurso do trabalho de Campo

Ao ingressar como estagiária no Hospital, minha visão a respeito da política de saúde do município era completamente diferenciada; fiquei impressionada pela infraestrutura do mesmo: uma construção nova e limpa, davam a idéia de que a gestão municipal da saúde era muito superior aos municípios vizinhos. Tal visão era

reforçada pela grande quantidade de atendimentos as usuárias de outros municípios e pela fala de profissionais de diferentes áreas que se referiam ao Hospital como exemplo para outros hospitais (a maioria dos profissionais trabalhavam em mais de um hospital).

Paulatinamente, fui percebendo que as usuárias do HMRO chegavam com muitas demandas, sem conhecer os *programas sociais* oferecidos pelo município; mesmo assim, minha visão ainda tendia para uma forma de culpabilização dessas mulheres - tanto pela sua pouca escolaridade, quanto pela desinformação expressa na quantidade de filhos. Comecei então a elaborar um “projeto de intervenção” com o intuito de compreender o alto índice de natalidade nas famílias mais pobres. Fui procurar o programa de Planejamento Familiar no Centro de Saúde do município; comecei a atentar para a desarticulação dele com o HMRO. Daí em diante, percebi que essa desarticulação se dava na grande maioria dos programas sociais do município. No trabalho de conclusão de curso, desejei dar continuidade ao acúmulo adquirido na obstetrícia. Contudo, minha visão já vinha se ampliando, até enxergar as “lacunas” do atendimento básico e a desarticulação dos programas.

Desde o início, pensei utilizar o instrumento “entrevista”, aplicando-o tanto com profissionais, quanto com as usuárias. Também, durante a construção do TCC utilizei um pouco do conteúdo acumulado nos diários de campo; para não correr o risco de aferir conclusões precipitadas, lancei mão então dos registros da “observação participante”, que aconteceu ao longo dos dois anos que atuei como estagiária. Meu objetivo tornou-se compreender, de uma forma aprimorada, o porquê de demandas aparentemente simples, muitas vezes, são tão complexas de serem atendidas (por exemplo, as usuárias que chegavam ao HMRO e não sabiam do programa de Planejamento Familiar, posto que não havia feito parte das informações dadas pelo Serviço Social na atenção básica).

Durante o trabalho de campo entrevistei vinte usuárias, quatro assistentes sociais e uma médica, que por ser ex-secretária de saúde me informou dados importantes a respeito da Saúde no município. Como fui estagiária de Serviço Social no HMRO durante dois anos, não tive nenhum problema quanto ao acesso a profissionais e usuários, mesmo tendo finalizado meu período de estágio. A dificuldade encontrada foi na fala de algumas profissionais durante as entrevistas; pude perceber o receio de

represálias políticas dentro da própria equipe, evidenciado pela resistência a falar a respeito das dificuldades institucionais. Em alguns momentos, percebi que houve medo por parte da entrevistada, ou declarações distorcidas de aspectos da realidade. Busquei, no decorrer desta análise, explicitar demonstrando o quanto a fala da profissional se contrapôs a minha observação no decorrer dos dois anos de estágio.

Numa das entrevistas, de mais de duas horas, numa visão de “verdade absoluta”, uma assistente social respondeu que não estava clara minha pergunta, ou respondendo coisas que não tinham sido perguntadas, como forma desvirtuar algumas questões. Em geral, as entrevistas transcorreram de forma tranqüila, exceto em alguns momentos em que pontos de vista contrapostos ficaram mais evidentes; sobre estes, falaremos mais adiante.

Um perfil da população usuária

Para pensar na “precariedade” de traços importantes do processo de trabalho na Saúde no HMRO é importante atentar para os diversos fatores que somados contribuem para esse fato: o *pluri-emprego*, por exemplo; as condições gerais das *políticas setoriais de saúde*, evidenciada pela falta de cobertura; a falta de recursos humanos e de relações com outras instâncias da política de saúde.

Outro aspecto de relevância, que vai além desta instituição, é a subalternidade do Serviço Social ao mandato do “saber médico”, o que demonstra pouca clareza das atribuições profissional; mais do que isso, evidência um menor poder de barganha profissional em relação a outras profissões. Muitas vezes, mesmo sendo capazes de discernir o que é e o que não é pertinente à profissão, as assistentes sociais tiveram que se subordinar e realizar atribuições para as quais não foram habilitadas. Isto faz com que *acabem realizando ações destinadas à atenção imediata de demandas pontuais*, com pouco ou nada de planejamento e espaço de reflexão; com reduzidas perspectivas interdisciplinares e sem uma abordagem integral e contínua às parturientes; sem a possibilidade de implantar um projeto de intervenção profissional para além das demandas pontuais, salvo raras exceções. Poderia se falar de *uma intervenção profissional para a administração do sucateamento da saúde pública* que dista muito de uma práxis para afirmação de direitos da cidadania.

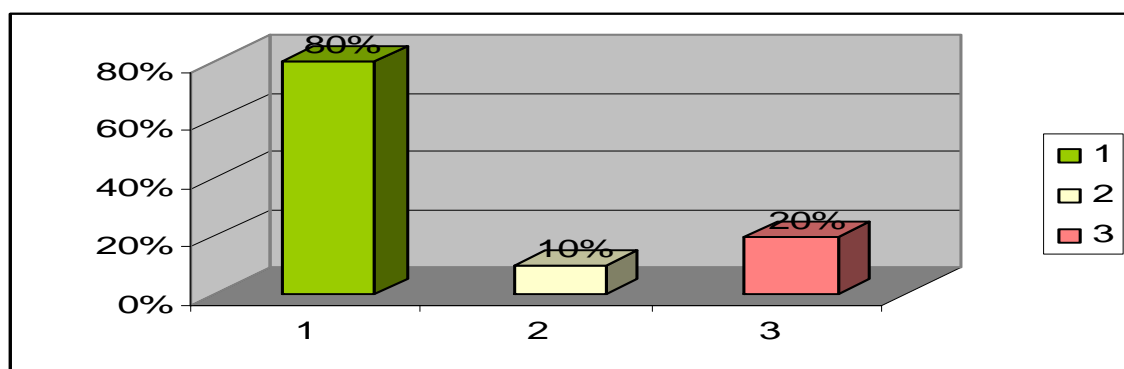
Junto a todos estes fatos apontados há um dado que não deve ser esquecido; trata-se do perfil e as expectativas das usuárias atendidas no HMRO, pois muitas de suas carências / necessidades explicam a *limitação do acesso aos direitos à saúde* (como mostram os gráficos a seguir, concernentes a uma pesquisa realizada no interior da instituição com vinte usuárias em abril de 2009). Vejamos um pouco este perfil.

Idade Média: 26,2 anos

1º filho: 21 anos

Trabalha: Não: **80%**

Das usuárias que trabalham (20%), apenas 10% possui carteira assinada.



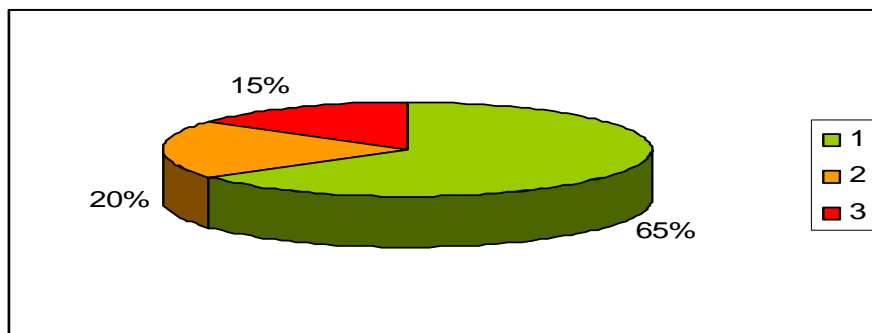
Na pesquisa percebemos, pela idade média das usuárias e a idade média em relação ao primeiro filho, o alto índice de adolescentes atendidas no HMRO. Quanto as justificativas concernentes ao desemprego as respostas foram variadas. Algumas poucas não trabalham porque se declararam donas de casa ou dizendo que tinham que cuidar dos outros filhos. Contudo, a maioria relata não ter trabalho fixo, vivendo de pequenos serviços como faxinas esporádicas, declarando-se desempregadas ou “sem serviço no período de gestação”. Dentre as que trabalham, apenas 10% tem carteira assinada.

Primeiro grau incompleto: **65%**

Segundo grau incompleto: 20%

Segundo grau completo: 15%

Nenhuma faz ou possui ensino superior



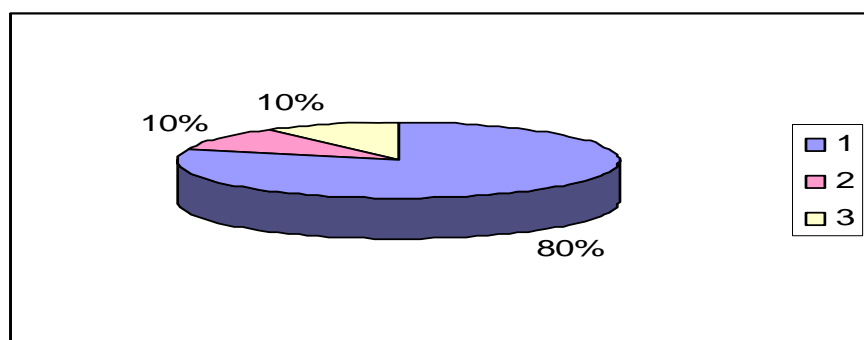
Quanto a este levantamento, se cruzado com os dados do primeiro gráfico, podemos ver como o baixíssimo grau de escolaridade se apresenta como fator que reitera a condição de subalternidade dessas usuárias. O fato de que a maioria não tenha primeiro grau completo e não curse estudos superiores, evidencia a sociedade cada vez mais excludente em que vivemos, onde elas fazem parte do exército de reserva de força de trabalho, e são vítimas do desemprego estrutural.

As expectativas quanto ao atendimento

Atendeu: 80%

Superou: 10%

Não atendeu: 10%



6- Das entrevistadas todas fizeram pré-natal

Nenhuma das entrevistadas aprofundou essa temática, apontando apenas um comentário em comum e de extrema relevância: a *qualidade do atendimento no HMRO*. Dentre as que elogiaram, todas compararam o HMRO com os hospitais dos municípios vizinhos de suas respectivas cidades. Uma delas relatou que nem tinha o direito de reclamar, pois na cidade dela não havia hospital, então para ela aquele era “maravilhoso”. Quanto às reclamações, se restringiram a reclamações individuais direcionadas a alguns profissionais em particular. Outro dado interessante é que das entrevistadas todas fizeram pré-natal.¹¹

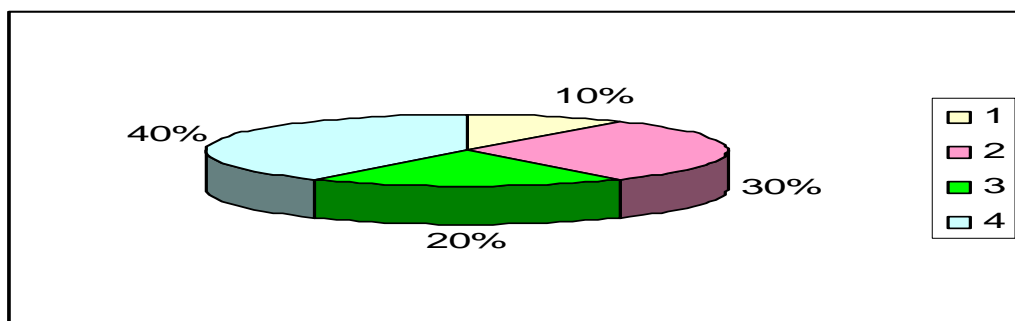
Em quanto ao atendimento em Saúde do Município de Rio das Ostras, as usuárias julgaram:

Muito bom: 40%

Bom : 10%

Regular: 30%

Péssimo: 20%.



Neste item, as respostas foram diferenciadas e pragmáticas; algumas, com grandes elogios por terem conseguido atendimento sempre que precisaram. As duas que julgaram bom o atendimento não justificaram suas respostas. As que denominaram péssimo apontaram as dificuldades geradas ultimamente pela exigência

¹¹ Um dado interessante é que das mulheres que começaram o pré-natal sem a exigência do cartão do SUS puderam permanecer fazendo seus pré-natais sem apresentação do mesmo. Outras usuárias, disseram que só puderam iniciar seu tratamento mediante a confecção do cartão. Segundo as autoridades, esta exigência, de prestação do serviço mediante a apresentação do cartão, está sendo implantada paulatinamente no Município.

do cartão do SUS, os problemas para conseguir fazê-lo, pois sem este não é possível fazer exames ou marcar consultas.

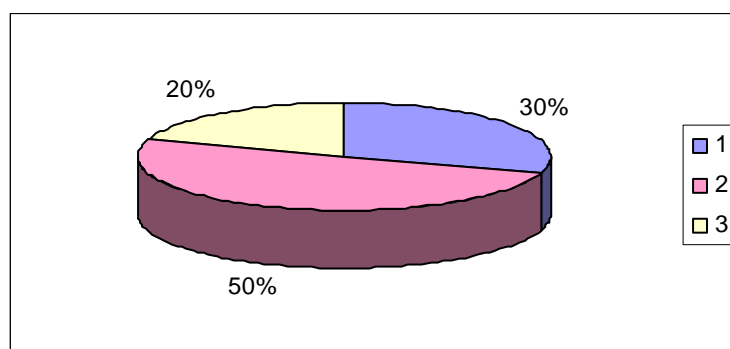
Com relação as facilidade de acesso aos Serviços de Saúde do Município, as entrevistadas responderam:

Sim: 30%

Não: 50%

Não sabem: 20% (*)

*As mulheres que não souberam responder não são moradoras do município ou nunca precisaram utilizá-lo.

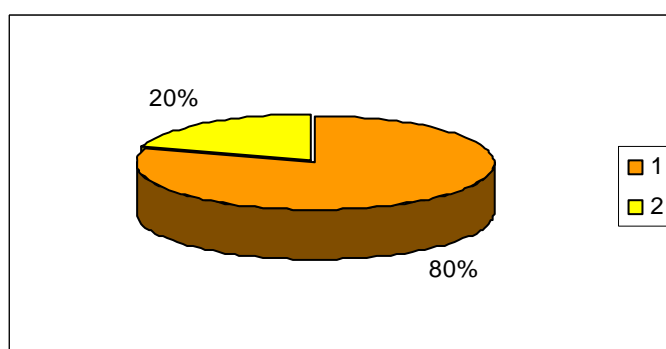


Este item diz respeito à burocracia enfrentada pelas usuárias para a realização de exames clínicos ou laboratoriais. Além da densa burocracia, filas e desconfortos vários, as reclamações iam no sentido da demora em obter os resultados, pois algumas mulheres que fizeram exames durante a gestação obtiveram os resultados somente após o nascimento de seus bebês.

Quanto à facilidade de acesso ao atendimento, as respostas foram:

Sim: 80%

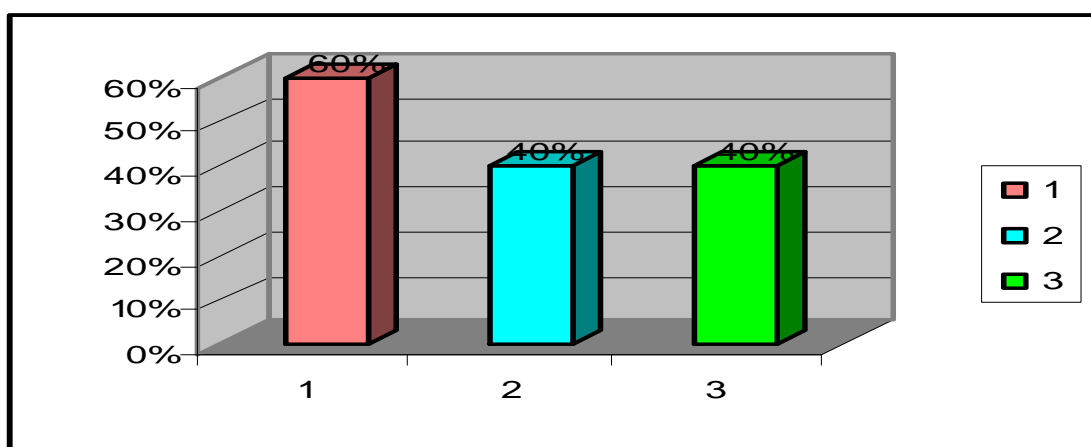
Não: 20%



Em geral, o que logramos apreciar é que a maioria das entrevistadas respondeu sem desejo de explicar o motivo da resposta. Entretanto, as que reclamaram, apontaram a demora para ser atendida pelo obstetra, apesar de estar passando mal; “má vontade de dar informações” por parte de profissionais e funcionários. Isso também se percebe na desinformação das gestantes, pois pude notar que alguns dos profissionais não dão determinadas informações (externas ao Hospital) porque não tem conhecimento, o que evidencia a tamanha desarticulação dos programas e políticas.

O que se sabe a respeito do direito à saúde: 20%, através da televisão e jornais; 10% apenas relataram conhecer; admitiram não conhecer 45%, e 25% relataram conhecer pouco.

Face à pergunta: conhece o programa de planejamento familiar que funcionam no município, 60% respondeu sim; dessas, 40% participaram, e o 40% não conhece.



Esses dois últimos itens tiveram argumentos preocupantes, porém curiosos. Tantas as usuárias que relataram conhecer um pouco do direito à saúde quanto as que disseram conhecer o planejamento familiar, mas nunca terem freqüentado, não souberam responder o que sabiam a respeito de ambos, ou seja, um sim sem justificativa. Isso evidencia o alto grau de desinformação da população usuária, que colabora para consolidar as condições de subalternidade das mesmas. Somente uma entrevistada associou o direito à saúde ao SUS.

O espaço profissional dentro do HMRO

A instituição aqui analisada é de natureza pública, a qual é mantida na sua maior parte pela Prefeitura Municipal da cidade, além de uma pequena verba do SUS outorgada em janeiro de 2009. Segundo o relato de funcionários, a prefeitura arcava totalmente com as despesas, pois tinha dificuldades de se submeter à dinâmica burocrática para o consentimento da verba. O antigo prefeito justificava que a verba proveniente dos *royalties* permitia essa autonomia da saúde em relação ao SUS.

O âmbito de ação do HMRO ultrapassa as fronteiras do município, pois, conforme citado anteriormente, atende usuárias dos municípios vizinhos, tanto atenção secundária quanto terciária de saúde. A obstetrícia atende uma média de oitocentas usuárias mensalmente e, curiosamente, atende até usuárias portadoras de planos de saúde privados. Durante meu estágio, muitas mulheres relataram que, pela escassez e a desqualificação da única clínica particular de Rio das Ostras, procuravam o Hospital. A grande maioria dessas usuárias fazia seus exames pelos seus planos de saúde privados, alegando a dificuldade que era fazê-los pelo SUS. Esta última informação vai de encontro ao relato de outras usuárias que falavam que alguns exames realizados no início da gravidez demoravam tanto a sair o resultado que tinham seus bebês sem os resultados destes.

A inauguração do HMRO se deu num momento de grande crescimento populacional, quando no município existia somente o Pronto-Socorro somado aos postos de atenção básica que, segundo a profissional da secretaria de Saúde entrevistada, além de ser voltado para emergência, o Pronto-Socorro possui um espaço físico reduzido e uma Planta que não permite a expansão do mesmo.

A maior parte dos profissionais do Hospital são *concurados*, principalmente se trata de uma mão-de-obra especializada, com nível superior de educação. Em quanto ao pessoal técnico, a realidade é contrária, pois é predominante a quantidade de contratados. A quantidade de trabalhadores “contratados” evidencia a maior subalternidade de este segmento.

Em ambas gestões políticas do município, poucas mudanças foram realizadas no Hospital. Contudo, pode-se afirmar que a gestão que o inaugurou permitia que funcionasse de forma mais eficiente, pois atendia uma demanda muito menor de

usuários e a quantidade de funcionários era suficiente para garantir um atendimento satisfatório. Já na segunda gestão municipal, foi visível a queda na qualidade do atendimento, pois ela não ampliou o espaço físico do Hospital e nem mesmo a quantidade de profissionais, além de adotar três leitos por quarto ao invés de dois - conforme regra da Anvisa¹² -, como fora levantado por um profissional médico.

A regressão se torna mais visível com a mudança do Secretário de Saúde, pois suas atuações são geralmente focalizadas. Um exemplo é a própria obstetrícia, inaugurada na gestão de uma obstetra. Atualmente, o grande enfoque dessa administração é a Unidade Torácica que, “coincidentalmente”, é especialidade do atual Secretário de Saúde.

A existência de movimentos sociais que poderiam fomentar a criação do Hospital nunca foi relatada por nenhum profissional; o discurso reproduzido pelos profissionais é que a Prefeitura construiu independente de qualquer forma de pressão, sejam advindas de profissionais da área da saúde, seja pela população sob qualquer forma de organização. Atualmente, as decisões da direção são influenciadas também pelos funcionários e profissionais; juntos, estes definem a correlação de forças - principalmente os concursados que algumas vezes questionam as decisões institucionais.

A política geral do HMRO se encontra sistematizada em documentos oficiais e organizada, em correspondência com os objetivos institucionais. Estes objetivos muitas vezes se limitam ao caráter curativo, requisitando ao Serviço Social uma intervenção limitada à resolução das demandas à instituição. Os programas existentes no Hospital respondem à lógica de atender as demandas mais recorrentes. Por outro lado, se busca cumprir com excelência o que a legislação exige - inclusive o próprio Serviço Social tem como atribuição orientar outros profissionais a respeito de algumas leis em vigor para seu cumprimento. O Serviço Social reúne o que é mais demandado pelas usuárias e posteriormente busca padronizar uma intervenção - exemplo, as dúvidas e as necessidades mais comuns das usuárias tornaram-se um protocolo de atendimento, ou seja, se formou um

¹² Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999.

padrão de atendimento profissional. Percebe-se, também, certa fragmentação entre os profissionais com especialidades diferentes; cada um fica focado em sua área, ao contrário da idéia de interdisciplinaridade.

Um problema relevante da instituição é que a maioria dos profissionais não mora no município, o que dificulta não só a periodicidade das reuniões como também o conhecimento das especificidades, as condições de saneamento e moradia da população, dentre outros. Outro problema de grande relevância é a falta de um banco de sangue no município; para suprir essa necessidade a Prefeitura oferece um carro particular uma vez na semana para levar os voluntários para o Hemolagos, na cidade de Cabo Frio, o que evidentemente é muito pouco. Durante o período em que estagiei tive a oportunidade de ir à Cabo Frio doar sangue e ouvir dos profissionais de Hemolagos que o HMRO sempre estava devendo uma considerável quantidade de sangue àquele Banco.

Como foi dito, os procedimentos são definidos pela Direção do Hospital e, quanto aos programas, sua periodicidade é de acordo com a necessidade que as equipes julgam necessário. Algumas chegam a ter um caráter permanente, como o programa de doação de sangue coordenado pelo Serviço Social. A divulgação dos programas é atribuição desta profissão, seja verbalmente durante seu atendimento de caráter educativo, ou por meio de panfletos didáticos.¹³ O estudo voltado para identificação das maiores necessidades dos usuários também era levado a cabo por assistentes sociais. Contudo, com o considerável aumento das demandas no HMRO, muitos profissionais relataram que não resta tempo para processar os dados colhidos.

Quanto às correlações de forças, tem um peso importante os profissionais concursados; enquanto estagiária, ouvi de diferentes profissionais que os “contratados” não tinham como fazer nenhum movimento de resistência às decisões da Direção porque a grande maioria tinha conquistado a vaga de emprego por meio de indicação de vereadores, assessores ou algum servidor público com influencia política do Município. Os concursados tinham maior liberdade para falar abertamente a respeito das deficiências na saúde, de suas condições de trabalho, da sobrecarga

¹³ Segundo Iamamoto (2002), o assistente social exerce uma ação educativa nas classes trabalhadoras que tem como objetivo transformar a maneira de ver e de agir desses indivíduos em relação a sua inserção na sociedade. Exercendo influência sobre a maneira de pensar de seus usuários, a partir das situações cotidianas da atuação profissional.

do mesmo. Assim, de maneira geral, a correlação de forças se estabelece a partir das iniciativas de alguns segmentos de profissionais concursados e a direção do HMRO.

O Hospital também sofre bastante influência dos sujeitos político-partidários locais. É comum a exigência de uma atenção “especial” quando se trata de algum amigo ou familiar de um político; as providencias chegam, por exemplo, até de helicópteros para transferência à cidade do Rio de Janeiro, etc. Além de evidenciar a prática de despotismo, também mostra a precarização do serviço privado de saúde na região.

Positivamente muitos dos conflitos que pude presenciar no HMRO foram em direção da garantia de direitos. Como citado acima, o questionamento por parte de alguns profissionais da diferenciação no tratamento e da falta de algum recurso para um atendimento de qualidade tem sido interessante. No percurso, presenciei uma luta do Serviço Social para conseguir um helicóptero para transferir com urgência um recém nascido; a equipe, de forma conjunta, questionou o porquê do consentimento para alguns casos e não para outros. A pressão foi tamanha que foi conseguida essa transferência de urgência. Tais questionamentos não se restringem a causas isoladas, pois os profissionais, e principalmente o Serviço Social, de tanto questionar a dificuldade de realização de alguns exames, conquistaram a realização de alguns (como teste da orelhinha para os recém-nascidos, raio-x para os demais). Outra conquista acontecida através de questionamentos foi a UTI, pois os profissionais questionavam a existência do espaço e a falta de aparelhagem e de suporte técnico.

Quanto à participação dos usuários nesse processo, pude observar que se dava de forma superficial, pois estes muitas vezes entendiam o serviço de saúde como uma benesse, contrariando a concepção de direito. Além disso, *muitos usuários acabavam por reiterar a lógica clientelista das políticas do município*, uma vez que ao julgarem o atendimento como mal feito alguns recorriam a contatos políticos ou a funcionários com algum poder de barganha, resultando no detrimento de atendimento de outros cidadãos usuários. Essa prática reforça a visão de que é o profissional que atende com má vontade ou, como relatado por usuários, que os profissionais não têm educação, cordialidade, etc. Isso camufla as deficiências das políticas de saúde, ou seja, o fato de que aquele profissional, na verdade, está desprovido de meios para realizar um atendimento qualificado. Em todo tempo que estive na instituição nunca

observei usuários se direcionarem a Direção do Hospital, o mostra também a falta de canais de comunicação entre ambos.¹⁴

Segundo Barbosa (2008), a atuação do Serviço Social, em seus múltiplos âmbitos, se dirige a grupos subalternos que carecem das formas de acesso aos serviços públicos legítimos por meio da legislação social. Isso significa dizer que o trabalho do Assistente Social tem como característica o desenvolvimento de ações amparadas nesse conjunto de leis. Contudo, como afirma este autor: *“As leis e os direitos sociais são mecanismos de acesso e restrição das instituições”* (Cf. *idem*).

Pude notar que grande parte das atribuições pertinentes ao Serviço Social, além de evidenciar as falhas das outras redes de saúde, estão submetidas às necessidades institucionais. Ou seja, o trabalho feito de forma precária na atenção básica gera um acúmulo de demandas mal resolvidas no Hospital. Este, por sua vez, busca dar respostas a estas demandas, sendo neste espaço exigida ao Serviço Social ações eficazes, resolutivas. Isto faz com que muitas vezes as profissionais tratem as demandas na sua imediatividade, desde uma intervenção com caráter instrumental; ou seja, que a questão se trate na sua aparência. Isso não quer dizer que o trabalho seja desprovido de planejamento, contudo muitas vezes por questões políticas, conjunturais e institucionais, o trabalho profissional torná-se reduzido.¹⁵

Nos últimos dois meses o HMRO tem sofrido algumas alterações em sua dinâmica institucional. Uma delas foi a retomada, há pouco tempo, dos atendimentos de partos em dois municípios vizinhos (Casimiro de Abreu e de Barra de São João), o que reduz uma parte dos atendimentos feitos pelo HMRO. Por outro lado, o Hospital que antes recebia pacientes encaminhados do Pronto-Socorro e de outros hospitais de emergência, a partir de agora se torna um Hospital de “portas abertas”, para gestantes. Quanto à quantidade de profissionais de saúde, continua a mesma desde a fundação do HMRO.

¹⁴ Os canais de comunicação dentro do HMRO são em sua maioria informais. Geralmente, os problemas institucionais trazidos pelos usuários são levados às equipes técnicas, aos médicos e enfermeiros, ou a outros funcionários pertinentes existentes no Hospital. Quando não é suficiente, a demanda é levada à Direção verbalmente.

¹⁵ O Serviço Social não possui recursos financeiros próprios, nem se quer para pequenas despesas; todo seu material de trabalho é proveniente do Hospital. Tampouco tem sob sua supervisão e / ou responsabilidade nenhum grupo de técnicos ou funcionários, exceto a auxiliar administrativa que realiza alguns serviços burocráticos.

2.3. Limites e possibilidades do trabalho profissional com gestantes

Faz-se aqui uma opção pelo uso do termo assistentes sociais no gênero feminino, em concordância com o fato de que todas as entrevistadas eram efetivamente do sexo feminino. Quanto às características principais das assistentes sociais no universo pesquisado, pode-se afirmar que suas idades concentram-se na faixa entre trinta e quarenta anos. Das quatro entrevistadas, apenas uma não tinha qualquer experiência anterior antes de ingressar no HMRO. Todas elas ainda, na atualidade, desenvolvem alguma outra atividade como assistentes sociais além do HMRO, ou seja, vivendo a realidade do pluri-emprego. Em média, elas já trabalharam como assistentes sociais cerca de quatorze anos e no HMRO, todas têm pelo menos cinco anos de permanência no hospital. Daí pode-se concluir, portanto, que elas conhecem bastante o trabalho realizado naquele espaço, bem como as características da política de saúde no âmbito local.

Todas as assistentes sociais foram formadas por universidades federais e apenas uma no período anterior ao Movimento de Reconceituação da profissão. Além disso, elas fizeram investimentos em cursos de pós-graduação lato sensu. Entretanto, com forte relação com a dinâmica do pluri-emprego, a equipe encontra dificuldade para estar presente em eventos de interesse da categoria e que possam trazer contribuições à prática profissional.

Quanto à forma do seu ingresso no HMRO como assistentes sociais, todas elas foram concursadas. Uma delas decidiu pela vinda para o HMRO ao receber um convite da própria direção para estruturar a equipe de serviço social (então inexistente), duas delas optaram pelo HMRO em função da existência de um plantão social, levando em conta a necessidade de compatibilizarem o horário de trabalho com o do trabalho em outra instituição (por estar presentes apenas um dia por semana). Uma delas, ainda, não teve escolha: era a vaga disponível na ocasião do concurso.

Todas as profissionais apontam como o mais importante momento em que se dá principal atividade do assistente social, o momento de admissão das usuárias no espaço hospitalar. Isto decorre não apenas em função da tensão/ desconforto que a

internação acarreta para as usuárias, mas, sobretudo por uma requisição pragmática: aquele momento constitui praticamente o único em que as assistentes sociais poderão abordar as usuárias, dada a frequente insuficiência de tempo para uma segunda abordagem pelas profissionais. Ainda que ocorra uma segunda abordagem, esta é quase sempre pontual e limitada temporalmente.

Segundo Guerra (2000), num contexto geral sabe-se que na divisão sócio-técnica do trabalho foi instituído um espaço ao serviço social de um profissional que atue na fase terminal da execução das políticas sociais através de diversas formas de intervenções com carácter instrumental, que tanto podem atender os interesses das classes dominantes como das subalternizadas. Neste sentido as respostas profissionais expressam-se conforme a autora afirma:

“Nas funções que os assistentes sociais são obrigados: a executar políticas sociais fragmentadas, setorializadas e segmentadas visto que é sua inserção sócio-ocupacional. Nas ações instrumentais que são pragmáticas e imediatistas, na qual a preocupação se restringe na eficácia dos fins. Podendo ser enfrentadas só através de mediações (éticas, morais e civilizatórias) que se colocam na realidade da intervenção profissional. Por último, as de carácter microscópico, demandadas pelas classes sociais, em geral, essas intervenções tem um carácter imediato.” (Guerra, 2000:58)

Entre os desdobramentos oriundos da primeira abordagem pela assistente social encontram-se todas as ações que demandam articulações com instituições integradas na rede de atenção à saúde, como transferências para outros hospitais ou serviços complementares em saúde, com o de fisioterapia (nestes casos, a assistente social dá um aval que agiliza o acesso), ou ainda, para instituições que integram outras políticas setoriais, como conselhos tutelares, abrigos para crianças e adolescentes ou idosos, ou ainda, no caso de óbitos, para a Santa Casa de Misericórdia. A comunicação de óbitos¹⁶ ainda carece de uma normatização no HMRO, pois atualmente fica a mercê da equipe em atividade, podendo ser dada exclusivamente pela equipe médica, em articulação com o serviço social ou até delegada ao serviço social, contrariando o posicionamento contrário da equipe. Foi

¹⁶ Resolução n 49/96/ 7 região (CRESS) de 10/05/1996: Art. 1- Não é competência do assistente social, comunicar óbito. Art. 2- Os casos que houver sido estabelecido um prévio relacionamento com o usuário falecido, seus familiares ou amigos caberá ao assistente social está presente no momento da comunicação do óbito garantindo orientações previdenciárias, ou outras que se fizerem cabíveis.

possível perceber que a equipe busca fazer esse procedimento como é determinado pelo CRESS, mas ele é cumprido em alguns períodos e outros não, de acordo com a correlação de forças dentro da instituição. Cabe ainda à equipe de serviço social na relação com as usuárias e, em alguns casos com a equipe médica, o esclarecimento de situações que digam respeito a determinações legais, como por exemplo, nos casos de guarda/ tutela, violências, entre outros.

A educação em saúde é outra das frentes de trabalho elencadas como atividades do serviço social ela é pensada como componente indissociável da primeira abordagem. Ela ocorre, no entanto de forma padronizada, sob a forma de um protocolo, como por exemplo: é recomendado a todas as gestantes que realizem o “teste do pezinho”, “do olhinho” e “orelhinha” e a prática da amamentação em seus bebês, informando-as sobre como e onde realizá-los. Neste sentido, atuando independentemente da solicitação das usuárias.

Para Vasconcelos (2003), a prática do serviço social baseada exclusivamente numa demanda espontânea ou encaminhadas por outros profissionais, inclina o trabalho do assistente social a julgar como o centro da questão da saúde, como esta se limitasse a figura do médico, considerando qualquer outra questão inerente a saúde complementar e subordinada as práticas médicas.

Isso quer dizer que, quando o serviço social “passa a funcionar” numa lógica de suporte às práticas médicas ele deixa de lado seu caráter de profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, ou seja, possuidora de princípios e objetivos próprios, inerentes à profissão. Conforme explicitado, a autora defende que essa prática se dá:

“Não por displicência ou negligência, mas porque, frequentemente, sem preparação ou com uma preparação teórica, ética e política frágil.”
(Vasconcelos, 2003:241)

O espaço educacional da primeira abordagem também é apropriado pelas assistentes sociais como forma de transmitirem informações sobre direitos efetivados através de outra política setorial, como os direitos previdenciários (licença maternidade/ paternidade etc) e os direitos civis do recém-nascido (registro) e também sobre a rotina da internação hospitalar e suas normas, relativas à

permanência de acompanhantes e seu comportamento (origem de frequente conflitos nas enfermarias: sobre uso de vestimentas e que tipo de materiais devem trazer aquele espaço).

Quanto às finalidades do serviço social subjacentes às atividades acima descritas, as respostas das assistentes sociais foram um tanto imprecisas, referindo-se genericamente à “garantia de direitos” e “trabalhar com o que é trazido”. Em uma das entrevistas, a assistente social permitiu entrever que o serviço social é um serviço dependente dos serviços médicos, em discordância com a compreensão do serviço social como uma profissão produzida pela divisão sócio-técnica do trabalho que possui atribuições próprias e autonomia para exercê-las, como relatado pela assistente social IV: *“O trabalho do serviço social é uma âncora para as práticas médicas, pois realiza atribuições que o médico não é capaz de fazer, mas atinge diretamente o paciente”* (Cf. Anexo: 2.1. IV).

As reuniões de equipe eram realizadas bimestralmente e atualmente são realizadas duas vezes ao ano, isso se dá principalmente pela dificuldade de compatibilidade de horários entre as componentes da equipe. Apesar de todas as entrevistadas relatarem essa mudança quanto aos encontros, houve divergências entre as opiniões das profissionais. Uma delas entende a reunião como um espaço onde se busca refletir e aprimorar o processo de trabalho do serviço social e algumas questões observadas no hospital como a violência sofrida pelas mulheres, violência contra criança (com poucos casos no neste hospital), violência sexual, maternidade dentre outros. Contudo, esta não se posicionou a favor nem contra a sistemática atualmente utilizada. Ainda acrescentou a informação de que nas reuniões são planejadas algumas ações, que são deixadas por extenso, ou seja, escritas numa ata.

Essas alterações se referem geralmente a alguma característica do processo de trabalho como novas demandas e atribuições. Ela também relata que apesar da maioria das decisões serem tomadas pela chefia do serviço social, mesmo assim há possibilidade de discordância pelos profissionais. Isso conduz ao entendimento de que as decisões concernentes à equipe muitas vezes são tomadas unilateralmente, ou seja, de forma hierarquizada. Esta profissional, denominada neste trabalho como assistente social I, em sua fala dá a entender que muitas das vezes, salvo algumas exceções, a equipe somente aprova algo por meio de assinatura ao fim do que a

chefia elabora: *“Algumas vezes a chefia do Serviço Social elabora e o restante do grupo aprova por meio de decisões que são dados ciência”*. (Cf. Anexo:2.1.IV).

Outra profissional somente relatou que houve mudança na rotina profissional sem entrar em detalhes. Entretanto, duas assistentes sociais fizeram análises opostas. Uma delas afirmou que apesar dessa modificação acontecer por motivos concernentes a alterações na dinâmica do hospital, esta decisão foi ela quem tomou, apontando como satisfatório o processo de trabalho e suficiente a periodicidade das reuniões, pois segundo ela, o intuito dessas reuniões é estabelecer o planejamento anual. No decorrer do estágio pude observar que essas reuniões são o único espaço institucional de planejamento. Em diferente perspectiva, outra assistente social relatou que as reuniões ocorrem de acordo com as necessidades, ou seja, quando a equipe julga que é preciso, e que a última aconteceu há cinco meses e ainda complementa (assistente social III): *“Nunca participei de uma reunião com toda equipe reunida, sempre falta alguém”* (Cf. Anexo: 2.1. IV).

Ela atribuiu essa ausência de profissionais a questão do multiemprego das colegas, ou seja, à dificuldade de estabelecer um horário compatível a todas, além do fato da grande maioria dos concursados, não só do serviço social não residirem no município.

Em relação as técnicas e instrumentos utilizados pelo serviço social, nenhuma das entrevistadas aprofundou essa discussão. De maneira geral apontaram alguns instrumentos como a ficha social e/ ou encaminhamentos, mostrando sua utilidade e não sua finalidade de suas mediações, reduzindo-os ao caráter instrumental. Isto ocorre, por exemplo, quando duas das entrevistadas descrevem de forma geral que os instrumentos utilizados pela equipe são: entrevista, quando o usuário chega ao hospital, incluindo intervenção voltada para a educação em saúde; o parecer social utilizado para acompanhamento dos desdobramentos e anexado a documentação do paciente e um relatório. Ainda concernente aos encaminhamentos, outra assistente social acrescenta que, em algumas intervenções, o serviço social deve fazer encaminhamentos para que o usuário não espere seis meses na fila por um atendimento, como os para fisioterapia e o encaminhamento de idosos para asilos. Isso demonstra certa limitação, não somente quanto à forma de a equipe enxergar

seus instrumentos, ou seja, reduzindo-se a idéia da eficácia institucional. Evidencia também uma limitação quanto ao poder dessa atuação profissional.

Segundo Guerra (2000), muitas das aquisições da profissão são de ordem instrumental, contudo isso não significa que ao atender essas requisições técnico-instrumentais o assistente social seja funcional a quem contrata o serviço. Na verdade não se pode é reduzir a intervenção profissional. Retomando Marilda (2008) temos que lembrar que este profissional vive sob condição de assalariamento, sendo assim se submetendo a situações que ele mesmo muitas vezes não aprova. Neste contexto, a intervenção do serviço social exige mais do que ações imediatas e instrumentais, devendo se inscrever nos campos éticos, morais, políticos visando a emancipação do sujeito conectados ao projeto profissional.

Isto é, permitir que profissionais dotados de intencionalidade articulem seus meios e instrumentos para alcançar finalidades profissionais como afirma Guerra:

“O assistente social usa o conhecimento das ciências sociais e adapta aos objetivos profissionais, tornando-se reconhecido socialmente através da elaboração de respostas mais qualificadas”. (Guerra 2000:59)

Quanto ao fato do processo de trabalho estar estruturado da forma que se encontra atualmente e não de qualquer outro modo, as entrevistadas apontaram fatos diferenciados e opiniões divergentes entre si. Das quatro entrevistadas, apenas uma delas descreve a dinâmica de trabalho do serviço social como totalmente satisfatória e não a mudaria em nenhum aspecto. O restante da equipe a considera satisfatória, entretanto apresentam algumas críticas. Uma delas disse que o trabalho poderia ser feito de uma forma melhor, pois a atual não é suficiente, porque sente falta de trabalho com grupos e de palestras, ela considerou o tempo insuficiente para esta forma de intervenção. Uma terceira profissional afirmou que a intervenção deveria ser ampliada, ela também como sua colega de trabalho defende a ideia de que deveria haver trabalhos de grupo e palestras com as gestantes.

Além disso, segundo a mesma assistente social, não se tem oportunidade na atual conjuntura de realizar essa ampliação das atividades, pois tem acontecido um movimento contrário, ou seja, tem se deixado de fazer determinadas rotinas por conta da insuficiência de profissionais em relação a crescente quantidade de usuários,

ocasionada pelo inchaço demográfico da cidade nos últimos anos. As intervenções educativas acabam por serem reduzidas, o trabalho se relaciona a diversas questões, como as previdenciárias e as judiciárias, de acordo com o que é demandado pela usuária. Quer dizer, é feito um levantamento nas reuniões do serviço social a respeito das informações que as usuárias mais necessitam e daí são determinadas quais as informações relevantes para serem dadas durante as entrevistas. Uma das assistentes (III) sociais finaliza sua crítica apontando as falhas do atendimento básico de saúde: *“Atualmente, a intervenção é tão pontual que o assistente social tem contato com o usuário apenas uma vez. A insuficiência e ineficácia da intervenção se dão pela falta de um atendimento básico de qualidade ou o menos satisfatório. Recebemos aqui usuárias com pré-natais capengas, quando esses casos chegam ao hospital já não tem para quem empurrar, aí como você sabe cai no nosso colo”*.

(Cf. Anexo: 2.1. IV).

A última entrevistada a responder a mesma questão relatou uma dificuldade dos profissionais de outras áreas, como enfermeiros e nutricionistas, de dar informações pertinentes as suas profissões para as usuárias. Igualmente, o serviço social, muitas vezes também fornece informações tardiamente, o que demonstra mais uma vez os hiatos da atenção do município e fora dele, pois grande parte das gestantes vem de outros municípios. Alguns médicos, inclusive dizem que estas usuárias provenientes de outras localidades são mais da metade do total dos atendimentos. Isto é, é preciso expandir o acesso a informação, fomentar o trabalho “interdisciplinar”, entre os profissionais: Nutrição, Enfermagem e Serviço Social. O atendimento já existe, contudo, não seria na opinião das entrevistadas, totalmente eficaz, pois essas usuárias recebem muita informação ao mesmo tempo. Algumas destas informações são dadas durante a entrevista social realizada no momento da internação ou após o parto, por outro lado outras informações importantes são dadas de forma tardia. A assistente social aponta como grande dificuldade a falta de informação das usuárias, que deveriam ser prestadas durante a gestação e é mais uma entrevistada a reiterar que as falhas dos postos básicos acabam desaguando no hospital.

Todas as entrevistadas, de forma quase homogênea, declararam satisfação quanto às condições materiais de trabalho, o conforto da sala do serviço social, o

mobiliário e a qualidade da iluminação. A sala do serviço social possui total privacidade, ar condicionado, computador, além da recente conquista que foi a de uma assistente administrativa lotada no setor para realização de trabalhos burocráticos que tomavam muito tempo de trabalho das assistentes sociais.

Há um projeto de intervenção existente, mas este não foi implementado. Trata-se de um programa sócio-educativo, cuja idéia consiste em inserir o indivíduo em um programa através de entrevista feita pela assistente social no plantão social. Contudo, propõe-se que a maior parte dos encaminhamentos sejam dados pelos postos onde as usuárias realizam seu pré-natal. Primeiramente, propõe-se o esclarecimento acerca de serviços básicos que podem parecer óbvias, mas muitas vezes causam transtornos para a equipe profissional, como: licença maternidade que é dada pelo médico que acompanha a gravidez e não no hospital (muito menos pelo Serviço Social), da necessidade da grávida possuir documento de identificação; da conduta do acompanhante; do espaço para que a enfermagem dê suas informações com antecedência. Este projeto, além de expandir o acesso à informação busca fomentar o trabalho interdisciplinar, pois visa abranger os seguintes profissionais: Nutrição, Enfermagem e Serviço Social. Quer dizer, pretende-se abordar todas as informações que na atual conjuntura são dadas de forma tardia. Sabe-se que o atendimento atualmente existente não é totalmente eficaz, pois essas usuárias recebem muita informação ao mesmo tempo, num momento especialmente tenso da internação, ou após o parto.

O projeto proposto sugere reunir usuárias no sétimo mês de gestação no hospital. O mesmo trata-se de uma ideia/ sugestão da equipe de serviço social, mas não reconhecido como prioridade pela direção do HMRO. O fato que favorece a concretização deste projeto é a disponibilidade de um auditório já existente nas próprias dependências do Hospital com capacidade de comportar essas usuárias e os profissionais envolvidos.

Não somente a equipe de Serviço Social como também as de enfermagem, nutrição e outras possuem uma atuação limitada no que concerne ao espaço de informação. A falta de um contato prévio com as parturientes limita as possibilidades de um atendimento de qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

A respeito da sistematização dos dados no interior da instituição, ela é realizada. A forma de armazená-los tem sido cada vez melhorada. No início era feito pelo CECOV, setor responsável pela marcação de consultas e exames. Posteriormente, em razão de seu mau funcionamento, este ficou subordinado ao Serviço Social. Até funcionar de forma satisfatória, quando isso aconteceu, este passou a funcionar de forma autônoma. Apesar da existência deste setor, o serviço social tem seus dados armazenados de forma independentes deles, de onde extrai dados para o levantamento de estatísticas. Dentre as profissionais, uma delas era responsável por esses fazer levantamentos mensais, apresentados também através de gráficos. Atualmente, de acordo com o aumento da demanda do hospital, não se faz mais este tipo de trabalho, pelo menos na atual conjuntura. A prova disso, é que não foi possível dar continuidade, ou seja, os últimos trabalhos realizados constam dados de até meados do ano de 2006. Conforme comentado anteriormente, a demanda do hospital aumentou muito, gerando a falta de tempo para realização da sistematização de dados coletados.

Contraditoriamente aos muitos relatos apresentados durante a entrevista, todas as entrevistadas relataram ter autonomia no seu trabalho, mas não aprofundaram a temática.

Segundo Barbosa (et al, 1998), a autonomia técnica deste profissional é regulada de forma externa através da legislação que assegura seu exercício profissional. Entretanto, há também dois fatores coercitivos do trabalho: o assalariamento e a burocratização como cita Barbosa:

“Na realidade, a autonomia legal é confrontada com a própria condição de assalariamento, com que o assistente social sempre exerceu seu trabalho. Pois, ao vender ao vender sua força de trabalho fica reduzido o controle sobre os meios de produção do seu trabalho, submetendo-se as normas regulatórias e hierárquicas administrativas que organizam os serviços”.

Como o serviço social tende a atender uma diversidade de demandas, sua atuação tende a se adequar a múltiplos processos de trabalho. O serviço social em seu processo de trabalho busca conduzir suas ações de forma autônoma, contudo ao mesmo ele é um trabalho assalariado devendo atender as necessidades da instituição que onde está inserido. Por isso, no trabalho deste profissional existe uma dupla determinação.

Como afirma Iamamoto (2008), existe uma ligação entre projeto profissional e trabalho assalariado, pois se de um lado fica a afirmação da autonomia do assistente social na condução de suas ações, legitimada pelo aparato legal que regulam a profissão. Do outro, a mercantilização da força de trabalho, ou seja, seu assalariamento impõe condicionantes à autonomia desse profissional na condução de seu trabalho. No que tange o trabalho do Serviço Social no HMRO, o dilema é o mesmo, pois apesar da autonomia garantida por lei, ao mesmo tempo o trabalho deve satisfazer as expectativas da direção que por muitas vezes já demonstrou não entender as atribuições do Serviço Social. Muitas vezes impondo atribuições que não são pertinentes ao serviço social.

Uma outra contradição observada foi quando foi perguntado acerca da relação profissional entre os membros da equipe e ninguém apontou nenhum relacionamento difícil entre alguns profissionais, ou seja, de pessoas que podem até se suportar, mas não concordam com as atitudes e posicionamentos umas das outras.

Segundo as entrevistadas, é muito bom o relacionamento com outros profissionais no interior da instituição, contudo percebi no período em fui estagiária, que os profissionais em geral têm preferência por algumas assistentes sociais. Eles atribuem essa preferência ao “modo de trabalhar” de cada uma delas. Uns relatam que determinada assistente social é lenta demais, outra é vista como mais eficaz face as demandas chegadas ao hospital. Já quanto aos profissionais de outras instituições o contato é muito reduzido, percebem-se poucos laços entre estes, quer dizer, avalio isso como resultado de pouca articulação. A comunicação entre estes se resume praticamente em alguns contatos telefônicos para resolução de demandas pontuais.

Acerca das expectativas da direção do Hospital em relação ao processo de trabalho do serviço social apesar das diferentes falas das entrevistadas, foi notória uma perspectiva utilitarista por parte dos gestores.

Segundo Barbosa (et al, 1998), o processo de trabalho do Assistente Social não é proveniente somente do interesse de quem o contrata de ter uma categoria técnica capaz de prover a subsistência dos subalternizados, mas sim na lógica capitalista em transformar todas as formas de trabalho em mercadoria, por meio do assalariamento, além da fragmentação e parcelamento do mesmo. Sendo assim, o trabalho que deveria interagir com o trabalho coletivo acaba sendo “pormenorizado”.

A administração do Hospital entende o trabalho do Serviço Social como de grande importância, mas tem uma visão superficial das suas atribuições. A mesma resume o trabalho do serviço social em “Resolução das demandas que são passadas” ou no “que aquela família está demandando”. Apesar dos elogios ao trabalho das profissionais, ao final ele se resume “em conseguir”: a vaga no abrigo, a documentação das usuárias e seus bebês, etc. Ele é o contato com outras instituições como o Conselho tutelar e a previdência social, “coisas que os médicos não fazem”, em síntese prevalece a ideia de “resolutividade”. Outra entrevistada relatou claramente que seu serviço é um amparo para os médicos. Isso significa que ela entende seu trabalho como limitado às atribuições que o médico não pode realizar. As demais referiram que muitas vezes há uma dificuldade dos outros profissionais entenderem o que é função da profissão e o que não é. Todas disseram considerar que seus trabalhos são reconhecidos pela direção do hospital.

O serviço social tem suas intencionalidades muitas vezes submetidas e mediadas pela lógica institucional. Esse fato vai além do HMRO, sendo do ponto de vista mais abrangente visto como resultado do processo de constituição da profissão, ou seja, atender interesses institucionais e das classes dominantes. Assim as políticas sociais, inclusive as de saúde, produzem uma dinâmica fragmentada o que reflete no exercício profissional.

Neste contexto, o assistente social fica privado da visão de totalidade das políticas sociais do município, tendo que submeter-se a intervenções microscópicas, ou seja, nas singularidades. Tal fato não acontece por falta de uma perspectiva contrária ao modelo político vigente, pois em todo período de estágio e durante a realização das entrevistas para este trabalho todas demonstraram um posicionamento crítico, mesmo que em alguns casos limitadas.

Quando perguntadas a respeito das maiores dificuldades no processo de trabalho, as respostas foram diferenciadas. A primeira profissional disse que as dificuldades eram as intervenções complexas como violência contra mulher, por exemplo. Já outra profissional falou que o que mais a incomoda em seu trabalho é a indefinição quanto ao papel do assistente social no Hospital. Segundo uma delas (assistente social IV), a própria direção as vezes não tem clareza das atribuições: *“Para você ter uma ideia já fomos obrigados a preencher o livro de óbito. Para muitos profissionais, o assistente*

social tem que resolver todos os tipos de problema. Quando você for profissional saberá que CFESS tem uma legislação que define o que é e o que não é atribuição nossa, isso servirá para você dizer não. Mas nem sempre vai ser assim, é uma correlação de forças e nós temos que fazer o que não é atribuição, mesmo contrariadas”. (Cf. Anexo: 2.1. IV).

Outra profissional entrevistada atribuiu sua maior dificuldade à desinformação das mulheres usuárias do hospital além do número reduzido de profissionais para o atendimento em média de setenta e dois leitos diariamente. Outro incômodo referido de grande relevância foi o comentário de uma das entrevistadas para quem o que verdadeiramente a contraria é o fato de ser obrigada a fazer solicitação do número do título de eleitor durante suas entrevistas, para preencher a ficha social da usuária.

Ela (idem) expressou sua revolta diante da imposição institucional na seguinte frase: *“E aí que não faça pra ver, se no dia seguinte não estamos lá em Rocha Leão” (como elas são concursadas se não fizerem o que é determinado pela chefia, podem ser deslocadas para trabalhar em um bairro bem distante, Rocha Leão, com condições de trabalho bem inferiores as atuais). (Cf. Anexo: 2.1. IV).*

Quando perguntado como cada uma enxergava as políticas de saúde do município o único comentário que se destacou dos demais foi umas das assistentes sociais, que apontou que a conduta de determinados médicos em alguns postos do município era de descaso com as pacientes, sendo esta postura responsável por alguns problemas que desaguavam posteriormente no hospital. Esta profissional foi a única que sem deixar de falar dos problemas de saúde como política, ou seja, de forma abrangente, se utilizou também dados particulares. Outras duas falaram da deficiência do atendimento básico de saúde, da fragmentação da política saúde. Outra ainda apontou a questão do procedimento da marcação de consultas, pois através como o acesso sempre foi restrito, uma vez que as marcações de exames e consultas sempre foram realizados pelo Centro de Controle e Avaliação, COCAA, de Rio das Ostras, unidade onde são concedidos ou não a realização de exames laboratoriais e médicos do município, conhecido como “Rosinha”. Nesta unidade até os dias atuais funciona da mesma forma que acontecia antes da emancipação do município.

Considerações Finais

Conforme mostrado no decorrer do trabalho, ainda há muita coisa a ser feita para que efetivamente os direitos das usuárias sejam garantidos. Para que isso se torne uma realidade, primeiramente é necessário rever as falhas no atendimento básico, pois os postos de atenção do município possuem uma estrutura física mais que razoável, contudo, o atendimento deixa a desejar uma vez que as usuárias chegam ao HMRO em seu nono mês de gestação, sem registro e acarretadas de outros problemas. Isso significa que para além do prédio construído são necessários unidades de saúde com especialidades suficientes e plenamente equipadas, bem como recursos humanos na mesma proporção.

Caso não haja um compromisso do poder público local em assumir a saúde pública como uma prioridade, muito pouco pode ser feito a partir do HMRO. Neste contexto a participação dos próprios profissionais da saúde e a pressão popular são de extrema importância, pois permitem a luta pelo direito à saúde constitucionalmente sancionada por meio do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, o Serviço Social tem um papel importante, uma vez que é um grupo capaz de mobilizar e organizar a formação de conselhos de saúde, mostrando aos usuários e demais profissionais a importância e a necessidade de se unir e de se organizar para reivindicar frente aos organismos políticos o exercício dos direitos de cidadania, podendo assim o serviço prestado alcançar um caráter mais democrático.

É preciso reivindicar uma política de saúde que supere a idéia do regionalismo presente no discurso de alguns profissionais: “Rio das Ostras para o riostrense”, reafirmando a universalidade presente na proposta do SUS. É primordial garantir a construção de um sistema de atenção à saúde conforme os princípios e diretrizes contidos na proposta constitucional de 1988, e ao mesmo tempo aprimorar a prestação de serviço em todas as instâncias da saúde, isso inclui que esta funcione como uma rede integrada a outras políticas públicas como educação, saneamento, etc, rompendo assim a fragmentação das políticas públicas. Nesta perspectiva, mais do que tratá-las como um conjunto de unidades isoladas, é preciso compreendê-las como um conjunto complexo, numa perspectiva de totalidade que não exclua as particularidades.

ANEXOS

ANEXO I:



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que visa colher dados para elaboração de uma monografia de Serviço Social. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas através de uma entrevista previamente elaborada. Será assegurado o sigilo sobre sua participação caso julgue necessário. Os dados **não** serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (a pesquisadora protegerá e assegurará a privacidade e através de pseudônimos). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

[Universidade Federal Fluminense](#)/ Pólo Universitário de Rio das Ostras

Endereço: [Rua Recife, s/n, Jardim Bela Vista, Rio das Ostras - RJ](#)

CEP: 28890-000

Tel: (22) 2760-0848 / **Tel/Fax:** (22) 2764-9164

Vanessa Alves Batista dos Reis.

Assinatura da pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO II:

Anexo 2: ENTREVISTAS

- 2.1.I) Psicóloga e funcionária da Secretaria de Saúde de Rio das Ostras. Entrevistada em março de 2009, através de entrevista semi-estruturada.
- 2.1.II) Obstetra Naélma Silva: Ex-Secretária de Saúde de Rio das Ostras ocupou este cargo por duas vezes e atualmente é médica obstetra diarista do HMRO. Entrevistada em maio de 2009, formada na Universidade Federal Fluminense em Niterói é uma das profissionais mais antigas do município.
- 2.1.III) Usuárias: M. Souza e P.Gomes.; C. Silva e J. Pereira, entrevistadas no mesmo dia da psicóloga. Enquanto aguardava na sala de espera da Secretaria de Saúde, houve um momento no qual tive que me apresentar à secretária da recepção, quando as usuárias ouviram que se tratava de um trabalho a respeito da saúde do município se ofereceram a me “explicar” como as coisas funcionavam em Rio das Ostras.
- 2.1.IV) As assistentes sociais do HMRO, entrevistadas em maio de 2009, terão seus nomes preservados, sendo denominadas respectivamente de acordo com a ordem das entrevistas, ou seja, assistente social I; assistente social II, III e IV.

ANEXO III:

Roteiro preliminar de entrevista, foco: Gestores do Sistema Único de Saúde em

Rio das Ostras:

Bloco I - Dados de identificação

Profissão

Vínculo com o município

Há quanto tempo trabalha em Rio das Ostras?

Há quanto tempo atua na política de saúde?

Bloco II) Histórico da política de saúde em Rio das Ostras:

1- Como era tratada a saúde pela população de Rio das Ostras no passado (relatar a medicina de curandeiros, curiosos, mulheres de caridade, do séc XX em diante)

2- Qual foi o a 1ª unidade de saúde do distrito de Cassimiro, quando foi criado e em que contexto?

3- Quando a cidade desponta como balneário nos anos 80 como fica a saúde da população?

4- Desde da Emancipação como se dá o desenvolvimento da saúde privada

5- Como foram e quais as diferenças da política de saúde em cada uma das gestões municipais?

Bloco III- Política de Saúde na atualidade

1- Quantas são as unidades de saúde e nível de complexidade?

2- Em média quantos são os atendimentos mensais no município e na obstetrícia?

3- Perfil da morbi-mortalidade (linhas gerais)

4- Principais problemas com que a gestão se defronta (execução das políticas)

5- Estatuto do SUS no município (é de plena autonomia? Ver NOB-SUS)

6- A área da saúde da mulher no município: quando começou, quais as preocupações, quais serviços são oferecidos e os desafios?

7- Em que medida o trabalho sócio-educativo garante o direito à saúde?

8- Perfil geral das usuárias.

9- Você acha que as políticas atendem/ garantem os direitos de cidadania?

10- Quais são suas falhas e limitações? E seus triunfos? Breve histórico das conquistas

ANEXO IV:

QUESTIONÁRIO:

Público-alvo: assistentes sociais atuantes no Hospital Municipal de Rio das Ostras

Bloco I: Dados pessoais e profissionais

- nome
- experiências de trabalho anteriores
- tempo de exercício profissional
- tempo de permanência no Hospital
- se tem outros vínculos trabalhistas
- universidade em que se formou
- ano de graduação
- se possui cursos complementares (complementação, especialização lato sensu, strictu sensu)
- saber se escolheu trabalhar em saúde e no Hospital

Bloco II: Processo de trabalho do assistente social no Núcleo

principais atividades

finalidades das ações do SS no Hospital

periodicidade das reuniões

se há atividades de planejamento e como se dão estas atividades (do SS e da equipe multi-profissional)

técnicas e instrumentos utilizados

o porquê dos trabalhos estarem estruturados da presente forma e não de outra condições materiais de trabalho (condições da sala, mobiliário, iluminação, ventilação etc.)

equipamentos: de informática, veículos de transporte, gráficos etc)

aproveitamento do tempo de trabalho (se tem autonomia e em que medida)

se há projetos de intervenção e pesquisa (como foram elaborados e de quem partiu a iniciativa)

atividades sócio-educativas realizadas (e como avalia)

sistematização de dados (os dados são organizados estatisticamente, há produtos: trabalhos, artigos etc.)

relação com os profissionais da própria equipe

relação com os profissionais das outras equipes do Hospital

relação com profissionais de outras instituições (rede de saúde mental)

Bloco III: Possibilidades e dificuldades do processo de trabalho

- expectativas dos gestores do hospital acerca do processo de trabalho do SS
- elementos para serem problematizados
- o que o processo de trabalho possui de mais atraente

- o que produz maiores dificuldades no espaço de trabalho
- como vê a política de atenção à saúde no município atualmente
- quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho
- o que mudaria no processo de trabalho
- satisfação ou não com as intervenções que realizam
- quais as suas preocupações com relação ao trabalho

ANEXO V:

Roteiro de entrevista para as usuárias Hospital Municipal de Rio das Ostras

1-Idade-

2-Trabalha:

3-Carteira Assinada?

4-Porque o hospital foi sua escolha p/ ter o bebê?

5-O atendimento escolhido atende suas expectativas?

6-Você fez algum pré-natal? Em Rio das Ostras?

7-Foi preciso a apresentação do Cartão do SUS? (morar no município)

8-O que você acha do atendimento de saúde no município?

9-E a facilidade/ acesso ao atendimento?

10-E quanto ao Hospital?

11-Em algum momento na sua gravidez você teve contato com Serviço Social?

12-O que você conhece a respeito de direito a saúde?(mídia, vizinhos, orientação informal)

12-Conhece o SUS?

13-Conhece alguma política voltada para mulheres como planejamento familiar?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

LIMA, Maria da Glória D'Almeida, **Pérola entre o Rio e o Mar_** A história de Rio das Ostras_ Rio das ostras, Fundação Rio das ostras de Cultura, Poema, 1998.

LAMEGO, Alberto Ribeiro. **O homem e a restinga**, editora Lidador: 1974.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde, questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo e casos.** São Paulo. EPU, 1998.

COHN. A. **“Mudanças econômicas e políticas no Brasil”**, In Laureal AC (org.) Estado e políticas Sociais no neoliberalismo.

COVRE MLM. **O que é cidadania.** Brasiliense, São Paulo,1991.

FLEURY ST (org) 1989. **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria.** Cortez-Abrasco, São Paulo- Rio de janeiro.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo (org). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para Saúde**, RJ: UERJ, Rede Sirius, 2007.

BENEVIDES, Maria Victoria. **A Questão Social no Brasil** - Os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais. In: <http://www.hottopos.com/vdletras3/vitoria.htm>

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: **Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2ª edição. Cortez editora: 2003.

TAVARES, Laura; BRAVO, Maria Inês Souza (org.), **Saúde e Serviço Social** - 3ª edição - São Paulo: Cortez ; Rio de Janeiro: UERJ, 2007

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de Capital Feitiche: capital financeiro, trabalho e questão social** – 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008

BRAVO, Maria Inês Souza (org). **Serviço social e reforma sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez- UFRJ, 1996

LIMA, Nísia TRINDADE (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOTA, Ana Elizabete. **A Cultura da Crise e a Seguridade Social**: Um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. Editora São Paulo: Cortez, 1995. P.117 a 157

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-Reforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. SP: Cortez, 2003

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. EELAN/ UFRJ, 1999.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social** (p.51-63). IN Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília:CFESS/ABEPSS/CEAD/Unb, 2000.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a História da Saúde Pública: ideias e autores, Ciência e saúde**. Vol 5 nº 2, Rio de Janeiro, 2000. In: www.scielo.org/php/index.php.

Hochman, G. **A Era do Saneamento**. Hucitec-ANPOCS, São Paulo, 1998. In: www.scielo.org/php/index.php.

DURIGUETTO, Maria Lúcia, **Sociedade Civil e Democracia: Um debate necessário**, São Paulo: Cortez, 2007.

MS (Ministério da Saúde), 1984. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.

OSIS, M. J. D.,. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção. Dissertação de Mestrado**, Universidade Estadual , de Campinas., 1994

TAPAJÓS, Renato. Filme: **Políticas de saúde no Brasil. Um século de luta pelo direito à saúde**. Ministério da Saúde/ UFF/ Fundação Euclides da Cunha.

OLIVEIRA, Suenny Fonseca e ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de **Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço**. *Psicol. Soc.*, Ago 2008, vol.20, no.2, p.237-246.

HENRIQUE, Flávia e CALVO, Maria Cristina Marino **Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Abr 2008, vol.24, no.4, p.809-819.

BARBOSA, Rosangela Nair Carvalho; CARDOSO, Franci Gomes; ALMEIDA, Ney Luiz Texeira de. **A categoria “Processo de Trabalho” e o Trabalho do Assistente Social**. *Revista Serviço Social & Sociedade*, nº 58, ano XIX, NOV/2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
– Brasília: Ministério da Saúde, 2006.