

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR LITORAL

FABIANE CAROLINE SOARES

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBITO HOSPITALAR

MATINHOS

2017

FABIANE CAROLINE SOARES

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBITO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado ao curso de Serviço
Social, Setor Litoral, Universidade
Federal do Paraná, como requisito
parcial a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Silvana
Maria Escorsim

MATINHOS

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

FABIANE CAROLINE SOARES

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBITO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, como requisito a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pela seguinte banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Silvana Maria Escorsim
(orientadora).

Prof^a. M^a. Andréa Luiza Currelino Braga
(integrante da banca)

Prof^a. M^a. Mirian Cristina Lopes
(integrante da banca)

Matinhos, de de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por me amparar sempre em minhas orações e nas minhas angustias e medos, ao meu esposo Osorio que sempre esteve comigo, ao meu filho Nicolas André que é a razão do meu viver e a minha querida vó Avani que sem ela nunca chegaria onde estou minha segunda mãe.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, depois a minha vó e mãe que sempre me incentivaram a voltar a estudar, a minha mãe que pagou a inscrição do vestibular para mim acreditando que eu iria passar e assim foi.

Minha vó querida, abençoada que cuidou do meu filho Nicolas seu bisneto, todos esses anos principalmente para que eu pudesse estagiar em outra cidade saindo de casa as 6: 00 da manhã e retornando as 23: 00 da noite para casa.

Foi uma época muito difícil para mim e nestas horas os anjos aparecem um deles foi minha companheira de curso Kelly Neu que sempre me incentivou a lutar por esse estagio, não desistir, me emprestou dinheiro varias e varias vezes quando eu não tinha nem para comer lá, para o ônibus, a Kelly é uma daquelas pessoas que levo no coração e para vida toda companheira de jornada, amiga e futuramente parceira de profissão.

Agradeço a minha supervisora de estagio Lylian que é uma excelente profissional comprometida com nosso Projeto ético- político e Código de Ética da profissão, que tive a sorte enquanto muitos reclamavam de seus estágios e supervisores e rolava aquela frase clichê que “na pratica a teoria é outra”, eu me sentia agradecida por estar naquele espaço com uma assistente social como ela.

Foram 4 anos em sala e mais 1 ano externamente no estagio que eu tive a honra de executar no Complexo Hospital de Clinicas (CHC) em Curitiba- Pr.

Caronas então basicamente todos esses anos fui e voltei para a faculdade graças às caronas outro anjo em minha vida acadêmica é a Millena Cecilia outra companheira de caminhada e de profissão, inesquecível tão jovem e tão firme no que acredita e no que quer para sua vida, meu orgulho e incentivo.

Agradeço ao meu esposo Osorio por ter paciência, muita paciência com minhas ausências, meu desespero, ansiedade, falta de tempo para tudo e na rotina de trabalhar, estudar, estagiar, cuidar de casa, de filho deixando ele sempre por ultimo se houvesse um tempinho. Sua paciência comigo e essa vida que escolhi para sempre me impulsionam a nunca desistir porque sei que a caminhada é eterna.

Agradeço ao meu filho Nicolas que quando iniciei na faculdade tinha 4 anos agora esta com 8 anos posso dizer que como criança ele foi também foi muito paciente com a ausência da mãe e que a palavra faculdade já esta semeada na sua cabecinha para o futuro.

Agradeço a todas as minhas colegas de turma que foram fundamentais nesse processo somos todas muito diferentes e essas diferenças nos complementaram nesse caminho, as divergências de opiniões e atitudes de

alguma forma me fizeram refletir sobre cada situação e entender que o mundo não gira ao meu redor jamais.

Agradeço a todos os professores que eu tive a honra de conhecer, vivenciar atividades inesquecíveis, aulas maravilhosas e tumultuosas. Iniciamos com professora Mirian Lopes, professor Zan e Katuta foi um início de semestre com tudo novo e inimaginável para cada um de nós do que era ser universitário e o que era o curso de Serviço Social.

Agradeço ao professor Jayson por 1 ano e meio de PDUR, projeto de extensão que vivenciei com ele e por seu meu orientador de estagio e por todos os ensinamentos.

Agradeço a professora Andrea Braga que foi minha orientadora de vários P.AS sempre acreditou em mim, sempre incentivou e meus olhos brilhavam ao ouvir suas falas políticas, suas aulas são verdadeiras vivencias do que é o Serviço Social e o que nos espera como futuros assistentes sociais.

Agradeço a minha orientadora Silvana Escorsim por toda paciência comigo e relevar minhas loucuras do dia- dia rsrs...e por termos chegado até aqui.

Agradeço a Ufrp- Litoral por sem como é e prometo a lutar sempre pela manutenção do nosso PPP, que é a raiz a essência dessa instituição.

Agradeço a cada funcionário dessa instituição desde o pessoal da limpeza até os técnicos, secretarias, bibliotecários, aos motoristas do Inter campi que vivem uma rotina exaustiva que vivenciei por 1 ano com eles 3 vezes na semana.

Agradeço a vida por me presentear com essa vivencia inesquecível que é a universidade, eu sei que de alguma forma ira modificar meu futuro para sempre desde a primeira vez que pisei na sala de aula eu soube disso.

“Desistir...

Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério, é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

(Cora Coralina)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso- TCC aborda o trabalho do assistente social na política de saúde e no âmbito hospitalar. O trabalho buscou trazer o que os autores de artigos científicos publicados na base de dados Scielo estão debatendo a respeito da atuação do Serviço Social no contexto hospitalar. Fazendo uma reflexão do estava sendo debatido, avanços e os desafios atuais na intervenção do assistente social encontrados nas publicações. Trazendo uma análise sobre o que esta evidenciado nas publicações e a atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar.

Palavras-Chave: Serviço Social; Política de Saúde, Âmbito hospitalar.

ABSTRACT

The present Work of Conclusion of Course - TCC addresses the work of the social worker in the health policy and in the hospital scope. The work sought to bring what the authors of scientific articles published in the Scielo database are debating about the performance of Social Service in the hospital context. Making a reflection of the was being debated, advances and the current challenges in the social worker intervention found in the publications. Bringing an analysis about what is evidenced in the publications and the role of the Social Worker in the hospital.

Keywords: Social Service; Health Policy, Hospital Scope.

LISTA DE SIGLA

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CHC- Complexo Hospital de Clínicas

CAP- Caixa de Aposentadoria e Pensões

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CPMF- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CISPLGBT- Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis

IAP- Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros

NOB- Norma de Operação Básica

PPP- Projeto Político Pedagógico

PNAS- Política Nacional de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde

UEP- Unidade de Endocrinologia Pediátrica

UFPR- Universidade Federal do Paraná

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	pg.13
CAPITULO I	
A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	pg.15
A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE: DE 1930 A 1964.....	pg. 17
A POLITICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR: MODELO DE PRIVILEGIAMENTO DO PRODUTOR PRIVADO.....	pg.21
A POLITICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1980: A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE REFORMA SANITARIA.....	pg. 24
A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOLTADO PARA O MERCADO.....	pg. 28
A SAÚDE NO GOVERNO LULA DA SILVA: ALGUMAS REFLEXÕES..	pg. 30
CAPITULO II	
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....	pg. 34
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	pg.39
ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE ASSISTENTES SOCIAIS.....	pg. 39
PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE.....	pg.40
ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS.....	pg. 43
AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS.....	pg.44
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE.....	pg. 45
AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS.....	pg. 50
MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	pg. 51
INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO.....	pg. 52
ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	pg. 53
CAPITULO III	
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E QUALITATIVA.....	pg. 56

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: DESAFIOS COTIDIANOS.....	pg. 56
A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR E OS LIMITES PARA A EFETIVAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.....	pg. 61
A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO ESPAÇO HOSPITALAR: UM ESTUDO A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL.....	pg. 63
ANALISE DOS ARTIGOS.....	pg. 68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	pg.71
REFERENCIAS.....	pg.74

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é um dos requisitos para obtenção do título em bacharel em Serviço Social, onde será abordada a inserção do assistente social na política de saúde e no âmbito hospitalar. O interesse de estudar sobre o Serviço Social no âmbito hospitalar iniciou-se no estagio curricular obrigatório que permite ao aluno vivenciar e atuar com a supervisão de um assistente social formado no campo de estagio.

O estagio foi realizado no Complexo Hospital de Clinicas (CHC), durante o prazo de 1 ano, na Unidade de Endocrinologia Pediátrica (UEP) em Curitiba-PR.

No estagio curricular obrigatório são desenvolvidos vários trabalhos acadêmicos que propiciam ao aluno conhecer seu campo de estagio, as principais políticas usadas naquela área e por final desenvolver um projeto de intervenção naquele espaço. Que vai de encontro com o Projeto Político e Pedagógico (PPP) da UFPR- Setor Litoral, integrando o aluno ao conhecer e compreender, compreender e propor, propor e agir.

Este trabalho de conclusão de curso tem como problema de pesquisa buscar quais os debates atuais em artigos científicos publicados nos últimos anos sobre a intervenção do assistente social no âmbito hospitalar.

Traz como objetivo geral analisar sobre a intervenção do assistente social no âmbito hospitalar a partir dos debates evidenciados nos artigos científicos.

E como objetivos específicos destacar os principais debates em artigos científicos publicados sobre a intervenção do assistente social no âmbito hospitalar.

E também refletir sobre a atuação do assistente social no âmbito hospitalar.

Como justificativa entendemos que a atuação do assistente social no âmbito hospitalar contribui para a defesa das políticas públicas na saúde, garantia dos direitos sociais, fortalecimento do SUS e também para o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social.

Concluimos com algumas considerações, destacando nossa intenção de contribuir para o registro e importância da inserção do profissional de Serviço Social na política de saúde e no âmbito hospitalar.

Na metodologia a natureza da pesquisa é qualitativa e foi utilizada a pesquisa bibliográfica, os artigos foram escolhidos entre o ano de 2011 há 2017, trazendo leituras da atuação do assistente social em âmbito hospitalar, foram analisadas suas principais categorias, e depois feita uma reflexão do que os autores estão debatendo e quais desafios aguardam os assistentes sociais nesses espaços de intervenção profissional.

O presente trabalho está dividido em três capítulos: o primeiro apresenta a história da política de saúde no Brasil, o segundo traz a atuação do assistente na saúde e seus instrumentais de trabalho e o terceiro apresenta uma pesquisa bibliográfica e qualitativa de artigos publicados sobre o tema de estudo.

CAPITULO I

A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. O setor saúde sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. Há premissas importantes a serem compreendidas para analisarmos a história da política de saúde, Polignano nos traz:

A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;

A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;

Segundo Polignano a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde;

As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente, e preferencialmente tem sido direcionada para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;

A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer;

Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos;

“Bravo (2009), afirma que no Brasil a intervenção estatal na área da saúde só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30”.

Com o passar do tempo nos últimos anos do século XIX, a saúde e fortemente reivindicada pelo movimento operário.

“Concorda-se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1986: 41-42) que a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”. (BRAVO, 2009, pg. 90).

A emergência do trabalho assalariado aliada a boas condições de saúde e higiene começam a fazer sentido no aumento das produções das indústrias e o capital e o Estado necessitaram ceder a mudanças na saúde pública e novas estratégias em prol de seu próprio interesse e manutenção.

A saúde pública na década de 1920 é usada como mais uma forma de poder do capital. A reforma Carlos Chagas de 1923 constituiu uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, pelos tenentes, a partir de 1922.

De acordo com Polignano com todo esse processo ocorreu uma urbanização crescente e grande utilização de imigrantes europeus (italianos, portugueses) como mão-de-obra nas indústrias decorrente de sua experiência no setor que já era bem desenvolvido na Europa.

Nessa época os trabalhadores não tinham nenhum direito trabalhista como férias, pensão, horário de trabalho definido absolutamente nenhuma garantia.

Os imigrantes italianos (anarquistas), já tinham consigo as lutas e mobilizações do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já haviam sido conquistados por operários europeus, sendo assim procuraram organizar e mobilizar a classe operária do Brasil para a luta e conquista dos seus direitos.

As condições de trabalho existentes na época eram desumanas e humilhantes, sem qualquer direito trabalhista, assim, o movimento operário se organizou e realizou duas grandes greves gerais, uma em 1.917 e outra em 1.919.

“Bravo (2009) nos traz que em 24 de janeiro de 1923, surgiu o sistema previdenciário brasileiro sendo a mais importante à criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), a partir da Lei Elói Chaves, sendo futuramente a base da Previdência Social Brasileira”.

As CAPs eram pagas pela União, pelas empresas empregadoras e obviamente pelos trabalhadores da mesma, eram organizadas por tipos de empresas de modo que somente empresas de grande porte conseguiam financiar as CAPs. Quem nomeava o presidente das CAPs era o presidente da República, e patrões e empregados participavam da administração igualmente.

“Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio- funeral”. (BRAVO, 2009, pg.90).

As CAPs devem ser entendidas como uma resposta do Estado e dos empresários as reivindicações da classe operaria e ao crescimento da questão social. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários em 1923 devido a importância que esse setor representava a economia do país naquela época e pela mobilização e organização que a categoria possuía, estivadores e marítimos em 1926, e os demais só conseguiram após 1930, comerciários e bancários.

Segundo Polignano em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas.

A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE: DE 1930 A 1964

Polignano afirma que a crise de 1929 parou temporariamente o setor agrário- exportador reorganizando o estado, para novos caminhos na vida dos

brasileiros. A crise do café e ação dos setores agrários e urbanos redefiniu um novo padrão de uso de poder no Brasil.

Getúlio Vargas em 1930 instalou a revolução, que rompeu com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais que elegia o Presidente da República sempre entre esses dois estados.

O movimento foi vitorioso e ocorreram varias mudanças na estrutura do estado foram criados o Ministério do Trabalho, o da Indústria e do Comercio, da Educação e da Saúde. A implantação do Estado Novo em 1937 representou um acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial.

“As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas as reivindicações dos trabalhadores”. (BRAVO, 2009, pg.90).

A década de 30 possibilitou o surgimento de políticas sociais brasileiras que responderam algumas das questões naquela época. Transformando-se a saúde em questão política, com intervenção do Estado e criação de espaços que organizassem e efetivassem de fato os direitos dos trabalhadores urbanos.

“Segundo Bravo (2009), a política de saúde nesse período foi dividida em dois subsetores: saúde publica e medicina previdenciária, saúde publica será predominante ate o inicio dos anos 60 e irá focar diretamente na criação de condições mínimas sanitárias para as populações urbanas e somente algumas para as do campo, já a medicina previdenciária só ira ultrapassar a saúde publica a partir de 1966”. (BRAVO, 2009, pg. 91).

BRAGA e PAULA citado por Bravo, 2009 nos traz as principais atividades adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940:

“Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder politico e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão- de- obra para as cidades; Criação de serviços de combate ás endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller de origem norte- americana);

Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública”. (BRAVO, 2009, pg.91).

De acordo com Bravo (2009), a medicina previdenciária que surgiu na década de 30 junto com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um numero maior de categorias de assalariados urbanos e seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações futuras dessas categorias.

“O inicio da legislação de 30 trouxe a diferença entre “previdência” e “assistência social”, e no mesmo período foram definidos limites máximos de despesas com assistência médico- hospitalar e farmacêutica”. (BRAVO, 2009, pg.92).

A Política Nacional de Saúde, que se tinha desde 1930 foi efetivada e manteve- se no período de 1945-1950, o Serviço Especial de Saúde Publica (SESP) foi criado durante a 2º Guerra mundial, em convenio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller.¹

“Em 1948 surge o Plano Salte, nome de um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia, exatamente o significado da sigla "SALTE".²

¹ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais vivenciada no início do século XX. Com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, consolidou-se nessa época uma ampla rede de organizações internacionais, cujo financiamento provinha, em sua maior parte, dos Estados Unidos. Instituição filantrópica e de cunho científico, ela atuou prioritariamente nas áreas de educação, medicina e sanitarismo. Estava associada a um grande grupo industrial e comercial norte-americano, liderado pelo milionário John D. Rockefeller, e priorizou o campo da saúde pública, atuando inicialmente no sul dos Estados Unidos, mas depois estendeu seus métodos de trabalho a outros países que apresentassem necessidade de controle e erradicação de moléstias, tais como ancilostomíase, febre amarela e malária. Por meio da recém-criada Junta Internacional de Saúde e com base em convênios de cooperação com instâncias governamentais federal e estadual em diversos países, teve sua atuação estendida a grande parte da América Latina. Chegou ao Brasil em 1916 e logo entrou em contato com importantes cientistas do país.

<http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-rockefeller-fundo-2>

Acessado 13-05-17 as 14: 00 hm

² <http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/plano-salte/>

Este plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas acabou não sendo implementado. A situação da saúde da população entre 1945 a 1964 teve variações como a malária doença que castigava as regiões nordestinas, Dutra empenhou uma campanha de erradicação com a compra de inseticidas de ação residual. Já no Rio de Janeiro o Presidente mandou construir o Hospital dos Servidores do Estado, projetado para ser o maior hospital da América Latina.

Nos anos 50, 56 e 63 os investimentos em saúde foram um pouco maiores ocorrendo uma melhoria nas condições sanitárias, mas não conseguiu eliminar as doenças infecciosas e parasitárias e as grandes taxas de morbidade mortalidade infantil e também mortalidade em geral.

De acordo com Bravo (2009) partir dos anos 50 o atendimento hospitalar privado com fins lucrativos já estava pronto e caminhava na direção de formação de empresas médicas. Os médicos ligados aos interesses capitalistas eram os mais organizados e pressionavam o Estado por financiamentos, defendendo fortemente a privatização. Mesmo com as pressões, até 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

“Bravo (2009) descreve que as formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minorias e pouco expressivas no quadro geral da prestação de assistência médica pelos institutos”.
(BRAVO, 2009, pg. 93)

Esta situação irá mudar radicalmente no regime que se instalou no Brasil após 1964.

A POLITICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR: MODELO DE PRIVILEGIAMENTO DO PRODUTOR PRIVADO

Polignano afirma que o movimento de 64 contava com parcerias políticas extremamente fortes, a maior parte dos capitalistas burgueses apoiava a internacionalização da economia brasileira e alegava que o processo ainda enfrentava obstáculos para se legitimar, segundo os burgueses pela proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista do governo de João Goulart.

João Goulart esteve no poder de setembro de 1961 a abril de 1964, mês em que foi afastado do poder por uma articulação civil- militar, evento denominado por alguns como “Golpe de 1964” e por outros como “Revolução de 1964”. Goulart também era conhecido com o apelido de Jango.

Havia também uma preocupação do aumento do comunismo e do socialismo no mundo, em especial na América Latina, que colocava em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, fortemente americano nesta região, num período chamado de guerra fria.

De acordo com Polignano ainda, diante desses fatos as forças armadas brasileiras articularam e executaram um golpe de estado em 31 de março de 1964, e instalaram um regime militar com a ajuda dos Estados Unidos. Um regime que se instalou na maioria dos países da América Latina, trazendo um ciclo de ditaduras militares em toda a região. “Criaram-se atos institucionais, principalmente o de nº 5 de 1968, que limitavam as liberdades individuais e constitucionais”. (POLIGNANO, pg.13).

Polignano nos relata que esse regime ideológico foi acionado com a retirada dos estudantes, em especial os universitários de qualquer autonomia representativa e os mantinham afastados dos movimentos de transformações políticas. Em 1969 ocorreu também o processo de afastamento dos professores com repressão brutal as manifestações estudantis, articulados ou não a organizações políticas clandestinas, houve uma exclusão dos estudos sociais negando a profissão de sociólogo, colocando novas disciplinas como a Educação Moral e Cívica.

O regime militar que se instalou em 1964 era totalmente ditatorial e repressivo usava forças policiais e o exército para se impor.

Segundo Bravo (2009) a ditadura trouxe ao país um novo modelo econômico- social e político, as questões estruturais continuaram ali cada vez mais fortes e aumentando como o desemprego, a fome, miséria, falta de saúde pública de qualidade entre outros, com esse novo modelo de desenvolvimento tornou- se tudo mais difícil do que já estava.

Polignano destaca que a repressão militar jamais conseguiria afirmar o governo ditatorial por muito tempo sozinho, o regime instituído procurou atuar na formulação de algumas políticas sociais na busca de apoio e legitimação do governo perante a população.

“Um outro aspecto importante do regime militar, diz respeito a utilização da tecnoburocracia. Em consequência da repressão e do desmantelamento de todas as organizações da população civil, não podendo contar com a voz e não querendo a participação organizada da sociedade civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia, constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade, e colocados sob a tutela do estado, para repensar sob os dogmas e postulados do novo regime militar, a nova estrutura e organização dos serviços do estado, os tecnoburocratas. Pessoas que realmente acreditavam estar fazendo o melhor, repensando a sociedade brasileira de acordo com dados e pressupostos teóricos, colocando como exemplo abstrato a participação da sociedade. Assim, que dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo se utiliza do sistema previdenciário. Visto que os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, o governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social”. (POLIGNANO, pg. 14)

Bravo (2009) ainda nos relata que em 1966 ocorreu a unificação da Previdência Social através da junção dos IAPs, com a intervenção do Estado e aos trabalhadores restando somente o papel de financiadores, excluindo- os do jogo político e da gestão da previdência. A criação do INPS em 1966 revela a modernização da máquina estatal e seu poder regulatório sobre a sociedade.

A saúde assim como outros setores precisava segundo o Estado, se renovar assumindo características capitalistas, com isso a saúde pública foi

deixada de lado e o foco era a medicina previdenciária principalmente após a reestruturação em 1966.

De acordo com Bravo (2009), “A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência Social.” A saúde precisava assumir características capitalistas com as modificações tecnológicas ocorridas no exterior, nesta época a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu com a reestruturação do setor e, 1966.

Segundo OLIVEIRA e TEIXEIRA FLEURY(1986: 207) citado por Bravo, 2009, foi implantado no país nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

“Maior cobertura previdenciária de forma a abranger quase toda a população urbana, após 1973, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e os autônomos; aumento na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, aliada a articulação do Estado com os interesses capitalistas internacionais, através das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares; criação do complexo médico- industrial; interferência estatal na previdência, criando um padrão de organização da prática médica direcionada para o lucro do setor da saúde, capitalizando a medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades, prática médica desenvolvida de acordo com a expansão do capitalismo”. (BRAVO, 2009, pg. 94).

Bravo (2009) afirma que o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964 não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil.

A mesma autora também afirma que, no período de 1974 a 1979 houve um maior enfrentamento da “questão social” com políticas sociais com o intuito de acalmar as reivindicações populares. Houve a necessidade de estabelecer novos meios de mediação, que reforçassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais.

Já Polignano nos relata que isso ocorreu devido a idéia do modelo econômico implantado pela ditadura militar de que era preciso fazer a economia crescer para depois redistribuí-la para a população; isso não se confirma no plano social, os pobres ficaram cada vez mais pobres e os ricos

cada vez mais ricos, a população com baixos salários contidos pela política econômica e pela repressão, ocorre o aumento do desemprego e suas consequências sociais, aumento da marginalidade, favelas, mortalidade infantil, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas falhas sociais.

Sendo assim:

“A política nacional de saúde enfrentou permanentemente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário”. (BRAVO, 2009, pg.95).

Bravo (2009) descreve que as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter às falhas da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação na Previdência Social, através de ações curativas, administradas pelo setor privado.

“O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde”. (BRAVO, 2009, pg. 95).

Bravo (2009) relata que como exemplo de medidas nessa direção destaca a interiorização dos serviços de saúde, a implantação de estrutura básica de saúde pública e o aumento da cobertura, viabilizadas por programa piloto.

A POLITICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1980: A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE REFORMA SANITARIA

Nos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, pós- ditadura de 64 enfrentou também uma profunda e prolongada crise econômica, ocorreram muitas decepções com a transição democrática principalmente com seu conservadorismo após 1988, que não se transformou em ganhos materiais para a massa da população, que experimentou uma profunda e prolongada crise econômica.

Bravo (2009) afirma que a saúde nessa época, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da

população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que se espalhou a sociedade civil.

A saúde tomou uma dimensão política, estando ligada a democracia, os novos personagens que entraram em cena destacaram-se os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que saíram um pouco do corporativismo, defendendo questões mais complexas como a melhoria do setor da saúde, fortalecimento do setor público e o movimento sanitário.

Sendo assim o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), foi o veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e elaboração de contrapropostas aos partidos políticos de oposição, que levaram até o Congresso esses debates em torno do setor da saúde. Já os movimentos sociais urbanos realizaram eventos articulados com outras entidades da sociedade civil.

De acordo com Bravo (2009) o fato marcante e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. A 8ª Conferência contou com a participação de 4.500 pessoas, sendo destas 4.000 delegados.

Sendo assim um marco porque introduziu a discussão da situação da saúde a sociedade, a questão da saúde saiu da análise somente dos setores, propondo-se um debate sobre o Sistema Único e a Reforma Sanitária.

“A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio de construção do SUS, em consonância com os princípios de intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado”. (CFESS, 2010, pg.19).

De acordo com Bravo (2009) o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram no plano jurídico a promessa de afirmação e ampliação dos direitos sociais no Brasil, frente a grave crise e as demandas

de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal trouxe avanços que tentaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas durante séculos, que foram incapazes de universalizar os direitos, pelo fato da longa tradição de privatizar as coisas públicas pelas classes dominantes.

“A assembléia constituinte, com relação a Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor”. (BRAVO, 2009, pg. 97).

Bravo (2009) destaca que a eficácia dessa Plenária das Entidades, tais como sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos, movimentos populares, associações de usuários, entre outros, para alcançar seus objetivos, foi resultado de três instrumentos de luta, a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional de forma clara e firme, a pressão constante sobre as constituintes e a mobilização da sociedade.

Sérgio Arouca indicado pela Plenária de Saúde apresentou uma proposta de emenda popular, e colocou para defende- lá no Plenário Constituinte e foi assinada por mais 50mil eleitores, que representavam 167 entidades, tais como, sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros.

Segundo Bravo (2009) o texto constitucional com relação ao setor da saúde, após vários acordos políticos e pressão popular atendeu em grande parte as reivindicações do movimento sanitário prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar e não mudou a situação da indústria farmacêutica.

Esse texto constitucional inspirou-se nas propostas defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha conseguido atender a todas as demandas, uma delas foi a saúde do trabalhador, como o direito de

recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, e de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não estabelecendo um percentual sobre os orçamentos, com relação aos medicamentos houve apenas um lembrete a competência do sistema de saúde de fiscalizar sua produção.

“A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais: a politização da questão saúde, alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais”. (TEIXEIRA, citado por Bravo, 2009, pg.98).

Bravo (2009) descreve que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem cumpridas com o propósito de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar uma grande visibilidade para entrar na agenda governamental e garantir apoio político e a implementação das mudanças necessárias. Assim sendo, a 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante para essas mudanças acontecerem.

Bravo (2009) relata que em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos passos mais avançados na reformulação do setor da saúde. No entanto, essas medidas não obtiveram tanto sucesso nas condições de saúde da população devido à falta de operacionalização do sistema que não ocorreu. As forças progressistas a partir de 1988 começaram a perder espaços no governo, e como consequência no interior dos aparelhos institucionais.

Esse retrocesso político do governo em transição democrática impacta na saúde, nos aspectos econômicos tanto quanto no político.

Já no final da década de 80 havia dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto da Reforma Sanitária.

TEIXEIRA FLEURY citado por Bravo (2009) nos traz que a burocratização da reforma sanitária afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A efetivação da reforma tem duas grandes tensões: o processo reformador, importantíssimo para transformar instituições e processos, e o revolucionário, que é a Reforma Sanitária. A construção

democrática era o único modo para alcançar a Reforma Sanitária e as mobilizações políticas, o desafio foi colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria se concretizar na década de 90.

A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE VOLTADO PARA O MERCADO

Nos anos 90, há um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, o texto constitucional continha grandes avanços, mas houve um forte ataque dos capitalistas aliados a grupos interessados no declínio da Reforma Sanitária.

De acordo com Polignano o neoliberalismo procurou rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado Estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação foi feita pelo mercado capitalista.

Ressalta-se que a Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Bravo (2009) já relata que o governo ao agendar a reforma da previdência e não da Seguridade Social, tinha como intenção desmontar a proposta da Seguridade Social escrita na Constituição de 1988, seguridade virou previdência e previdência ficou considerada como seguro.

De acordo com Bravo (2009) também a Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do plano no qual o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo. O Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

BRESSER PEREIRA citado por Bravo, 2009 nos conta que o referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora tivesse funções públicas seguiam as ordens e interesses das leis do mercado capitalista.

Segundo Bravo (2009) o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão a ele, foi descumprido nos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde no geral.

Ainda de acordo com Bravo (2009) o avanço do SUS foi comprometido devido a algumas questões como o desrespeito do princípio da equidade na alocação dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal, afastamento do princípio da integralidade entre prevenção e atenção curativa, havendo uma prioridade para a assistência médico- hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde, a idéia de Reforma do Estado para o setor da saúde, ou contra- reforma (neoliberal), era de dividir o SUS em dois o hospitalar e o básico.

COSTA citado por Bravo, 2009 descreve que o projeto de saúde articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, estava pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção de gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

A função do Estado nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento dos que tem dinheiro para pagar. Suas propostas são: caráter focalizado para atender populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Bravo (2009) afirma que a Universalidade do direito que é um dos fundamentos centrais do SUS e esta no projeto da Reforma Sanitária foi um dos aspectos que provocou resistência dos formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado, pois esse projeto tem concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra- hegemônico.

A SAÚDE NO GOVERNO LULA DA SILVA: ALGUMAS REFLEXÕES

De acordo com Bravo (2009) a análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estavam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Com relação à saúde houve uma expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária que foi questionado nos anos 90, ocorrendo no período a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

Mesmo o governo Lula ter colocado como desafio a incorporação da agenda ético- política da reforma sanitária, manteve os dois projetos, tanto da reforma quanto do interesses privatistas do capital. Em algumas ações procurou fortalecer o primeiro projeto e em outros manteve o segundo, enfatizando a focalização e o desfinanciamento.

Segundo Bravo (2009) ocorreu sim aspectos de inovação da política de saúde no governo Lula, o retorno da concepção Reforma Sanitária que nos anos 90 foi abandonada, a escolha de profissionais comprometidos com a reforma para ocupar o segundo escalão do Ministério, alterações na estrutura organizativa do Ministério da saúde, a convocação da 12^o Conferencia Nacional de Saúde e sua realização em dezembro de 2003, a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Criou- se Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde, que tinha como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho nesta área, esta secretaria buscava recursos humanos para o SUS. Uma das medidas fundamentais para questão de recursos humanos foi a Norma Operacional Básica (NOB).

Criou- se também a Secretaria de Atenção a Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, integrando as atribuições das extintas secretarias de política de saúde e de Assistência a Saúde.

E também a Secretaria de Gestão Participativa que tinha como função fortalecer o controle social, organizar as conferencias de saúde e estabelecer a

comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

“A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência, foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo 10 (dez) eixos temáticos: Direito a saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção a Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS e Informações, Informática e Comunicação”. (BRAVO, 2009, pg. 103).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária, havia uma grande expectativa em torno da conferência, a idéia e de que ela fosse um marco significativo com relação às anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, que ocorreu em 1986. Na mesma época em Brasília houve a Conferência Nacional de Assistência Social e algumas propostas foram feitas de forma unificada entre as duas conferências para fortalecer a concepção de Seguridade Social, mas esta sugestão não foi acatada pelas comissões organizadoras das duas conferências.

Segundo Bravo (2009) como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, destaca-se no governo Lula a focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e a falta de ações para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Um exemplo de focalização é o Programa Saúde da Família (PSF) que ficou centralizado, sem alterações significativas para que o programa se transformasse em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes.

Outro exemplo está relacionado à precarização e a terceirização dos recursos humanos ampliou-se a contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não eram regulamentadas como

auxiliar técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental.

Segundo Bravo (2009) a questão do desfinanciamento foi a mais séria, pois esteve diretamente articulada ao gasto social do governo e foi a determinante para a manutenção da política social focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.

O financiamento do SUS viveu nesses anos vários problemas como a proposta da desvinculação da CPMF da receita do setor de saúde, utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas, decisão do Presidente da República orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda, de ampliar o conteúdo das ações de serviços de saúde, incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar, o que gerou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

De acordo com CARVALHO citado por Bravo (2009) o argumento utilizado pelos economistas do governo foi de que a vinculação da saúde e educação inibia de maneira significativa um modo mais justo de usar os recursos públicos. O governo se comprometeu com o FMI em estudar a desvinculação de recursos para saúde e educação o que significava eliminar da Constituição Federal os preceitos que obrigam União, Estado e Municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de saúde e educação.

Para finalizar Bravo (2009) nos traz os resultados divulgados pelo governo federal com relação à saúde em 6 de julho de 2004, documento editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.

O documento ressalta as seguintes ações: 3.200 novas equipes no Programa Saúde da Família, contratação de 13.040 novos agentes comunitários de saúde, aumento do repasse da atenção básica para as prefeituras de 10 para 12 reais por habitante, aumento de 68% das equipes de saúde bucal, implantação de 17 farmácias populares, implantação de 132 unidades do SAMU em 1.200 municípios e entregues 252 ambulâncias.

Bravo (2009) descreve que os dados apresentados reforçam as questões que já foram levantadas a respeito da política de saúde, e a insistência das ações em programas focais, e as grandes questões foram deixadas de lado como a universalização das ações, financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.

CAPITULO II

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

A renovação do Serviço Social no Brasil ocorre a partir de meados dos anos 1980. Segundo NETTO (1996) Citado pelo Cfess, 2010 é possível identificar três tendências em disputa: modernizadora, de reatualização e a intenção de ruptura. Sendo a modernizadora com influencia do funcionalismo³, a de reatualização do conservadorismo com recurso a fenomenologia⁴, e a de intenção de ruptura⁵ responsável pela interlocução com o marxismo.

“Para análise do Serviço Social e Saúde na atualidade é necessário recuperar os avanços e lacunas ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura- e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e tem pouca capilaridade nos serviços”. (NETTO, BRAVO, 1996, citado por Cfess, 2010, pg. 25).

BRAVO citado pelo Cfess, 2010 afirma que na saúde os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 a principio com

³ O funcionalismo é uma teoria sociológica que procura explicar fenômenos sociais realizando o papel das instituições na sociedade. Se uma determinada mudança social promove equilíbrio harmonioso é considerado funcional. No entanto, se este elemento promove o oposto a essa harmonia e continuação do sistema da sociedade, então é disfuncional e não tem nenhum efeito. http://filosofiasociologiacursonormal.blogspot.com.br/2013/04/o-funcionalismo_1.html
Acessado 19-10-17 as 15: 11 hm

⁴ Fenomenologia é o estudo de um conjunto de fenômenos e como se manifestam, seja através do tempo ou do espaço. É uma matéria que consiste em estudar a essência das coisas e como são percebidas no mundo. <https://www.significados.com.br/fenomenologia/>
Acessado 19-08-17 as 15: 19 hm

⁵ O processo de renovação crítica do Serviço Social é também conhecido como processo de ruptura do Serviço Social com o tradicionalismo profissional. Este processo não aconteceu de imediato, mas iniciou-se a partir de questionamentos e reflexões críticas acerca do seu conteúdo metodológico e da sua prática profissional, explicitando assim, os conflitos e contradições existentes, configurando novas possibilidades de ação voltadas para a classe trabalhadora. <https://pt.scribd.com/doc/14943699/O-MOVIMENTO-DE-RECONCEITUACAO-DO-SERVICO-SOCIAL-E-O>
Acessado 19-08-17 as 15: 30 hm

uma alteração do trabalho institucional, continuando como categoria desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária, sem nenhuma organização e ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão, e uma produção insuficiente sobre “as demandas postas a prática em saúde”.

“Considerando que os anos de 1990 foram o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, identifica-se que, nesse contexto, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, passam a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social”. (BRAVO, 1998, citado por Cfess, 2010, pg. 26).

De acordo com Cfess (2010) o projeto privatista⁶ requisita do assistente social demandas como a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio de ideologia do favor e ações voltadas ao individualismo.

Já o projeto de Reforma Sanitária apresenta ao assistente social demandas como a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo à participação popular.

O Cfess (2010) nos traz que há uma relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o de reforma sanitária, principalmente nos grandes eixos: “Principais aportes e referencias teóricas, formação profissional e princípios”. (CFESS, 2010, pg. 26)

Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se firmam na década de 1980, as demandas democráticas e populares, mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de mudanças políticas e sociais e a urgência da articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para a sociedade.

⁶ O projeto privatista, por sua vez, engloba democracia restrita, com restrição também dos direitos sociais e o Estado se retirando de suas obrigações. “Estado mínimo para as questões sociais e Estado máximo para o capital”. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/reforma-sanitaria-trazida-tons>

O projeto da Reforma Sanitária e o projeto Privatista continuavam em disputa na área da saúde, o Serviço Social estava presente em meio a toda essa tensão, a década de 90 segundo o Cfess (2010) foi marcada pela hegemonia da tendência a intenção de ruptura, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual, nesta mesma época identificou-se uma ofensiva conservadora a intenção de ruptura.

O questionamento a intenção de ruptura afirmou que o marxismo não apresentou respostas para os desafios colocados à profissão na contemporaneidade.

“Segundo Netto (1996), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do Serviço Social”. (NETTO, citado por Cfess, 2010, pg. 27).

De acordo com o Cfess (2010) é na saúde que essa questão se expressa, a uma forte crítica ao projeto hegemônico da profissão passando pela reatualização do discurso das diferenças entre o estudo teórico e a intervenção profissional. Há uma descrença da possibilidade da existência de políticas públicas suficientes e na suposta necessidade da construção de um saber específico na profissão, que esta no caminho tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou caminha para estudos exclusivos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

“A primeira constatação é a de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico”. (CFESS, 2010, pg. 27).

Segundo o Cfess (2010) essa proposição é decorrente de um movimento composto de um grupo de assistentes sociais com formação especializada em várias abordagens clínicas como holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. É um grupo diferente que

reivindica da categoria e das entidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional.

Cfess (2010) afirma que percebe-se um discurso sobre a necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates direcionados a importância da produção de conhecimento sobre o Serviço Social em diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada, os profissionais envolvidos nessa tendência tem impulsionado a criação de associações de assistentes sociais em várias especialidades médicas.

Cfess (2010) ressalta que o problema não está no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem conhecimentos na área da saúde, o que também é fundamental para a profissão, o problema está quando o profissional devido aos seus conhecimentos específicos nesta área começa a exercer outras atividades como direção de unidades de saúde, controle de dados epidemiológicos, entre outros, e não mais se identificam como os de um assistente social.

Sendo assim o assistente social traz novamente a concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente é herdado na divisão do trabalho coletivo em saúde, que consistiria apenas na ação direta com os usuários, NETO (1990) citado pelo Cfess, 2010 denomina de execução terminal da política social.

Novas demandas como gestão, assessoria e pesquisa explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996) na maioria das vezes não são assumidas como competências ou atribuições profissionais.

O Cfess (2010) nos conta também que a uma tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, o problema não está no uso de referências no campo da psicologia ou sobre doenças, mas quando este profissional no seu campo de atuação se distancia do objeto de intervenção dos assistentes sociais, que na área da saúde passa pelos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo

saúde- doença e na busca de estratégias político- institucionais para o enfrentamento e intervenção dessas questões.

O assistente social não deve desconsiderar as situações vividas no cotidiano dos usuários, como condições de vida e trabalho, e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina.

“As novas diretrizes das diversas profissões tem ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada”. (CFESS, 2010, pg. 29)

Na saúde a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, entendendo que este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser a preocupação central da categoria.

Sendo assim compreende- se que o Serviço Social tem de estar articulado com outras categorias que defendem o aprofundamento do SUS, e criar mecanismos que busquem afirmar experiências nos serviços de saúde efetivando o direito social a saúde.

Ainda segundo o Cfess (2010) o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões na prestação de serviços diretos a população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

O Cfess (2010) afirma que não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático, sua defesa não deve ser feita apenas por assistentes sociais, que não se deve ficar acuado mediante os obstáculos da atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas ainda pelos profissionais do Serviço Social.

Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que defendam os mesmos princípios, sempre questionando as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, entendo que o neoliberalismo põe em risco os direitos e conquistas da população defendidas pelo projeto ético- político profissional.

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo explicaremos o que o Cfess (2010) caracteriza como atribuições e competências gerais do assistente social na área da saúde e também as ações dos profissionais de saúde.

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE ASSISTENTES SOCIAIS

De acordo com o Cfess (2010) as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, independente de serem exercidas na saúde ou em outro espaço sócio- ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados tanto pelos profissionais como pelas instituições empregadoras.

O Cfess (2010) reafirma que o assistente social deve afastar- se de abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam o conservadorismo e colocam as situações como problemas pessoais do usuário e que devem ser resolvidos individualmente.

“O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais”. (CFESS, 2010, pg.35).

A intervenção profissional baseada nesta perspectiva teórico- política estabelece uma leitura crítica da realidade e a capacidade de identificação das condições materiais de vida, descobrimento de respostas existentes no espaço do Estado e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa dos seus direitos, tudo colocado em uma formulação e construção coletiva com os trabalhadores.

Envolvendo estratégias políticas e técnicas para mudanças da realidade existente e a criação de formas de pressão sobre o Estado, com o intuito de

garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários para a garantia e ampliação dos direitos.

De acordo com o Cfess (2010) as competências e atribuições com base na Lei de Regulamentação da Profissão, exigem do assistente social algumas competências gerais que são fundamentais para entender todo o contexto sócio- histórico em que se encontra sua intervenção, entre eles estão:

“Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio- histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado”. (ABEPSS, 1996).

Estas competências permitem ao assistente social realizar a análise crítica da realidade, estruturando seu trabalho e estabelecendo as competências e atribuições específicas necessárias para o enfrentamento das demandas sociais que surgem no dia- dia.

PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

Para entendermos melhor os parâmetros de atuação profissional na saúde é importante compreender o entendimento de ação profissional que:

“Segundo MIOTO, NOGUEIRA (2006) citado pelo Cfess, 2010 se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados as abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contem os fundamentos teóricos- metodológicos e ético- políticos construídos pela profissão em determinado ,momento histórico e os procedimentos técnico- operativos”. (CFESS, 2010, pg. 39).

O Cfess (2010) nos ressalta que o projeto ético- político da profissão, construído nos últimos anos, tem como pauta a perspectiva da totalidade social

e tem na questão social a raiz de sua fundamentação. Portanto, alguns conceitos são fundamentais para a intervenção dos assistentes sociais na saúde como concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação social e a interdisciplinaridade.

O conceito de saúde que está escrito na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.808/1990 nos traz as expressões da questão social ao dizer que:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF, 1988, artigo 196).

E indica os fatores determinantes e condicionantes da saúde:

“entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Segundo IAMAMOTO (1982) citado pelo Cfess, 2010 essas expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Ao defender e compreender essa concepção de saúde o movimento de Reforma Sanitária destaca a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção de saúde o fundamental é compreender o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde- doença.

O Cfess (2010) reforça que a saúde do trabalhador vem se mostrando como importante área de atuação para o assistente social nas últimas décadas.

“A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização

das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo”. (CFESS, 2010, pg. 40).

Estes processos exigem intervenções profissionais que desenvolvam ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo varias pessoas e setores.

Os assistentes sociais atuam no atendimento aos trabalhadores tanto individual como em grupo, na pesquisa, assessoramento e mobilização dos trabalhadores, estando presente nas equipes multiprofissionais.

O Cfess (2010) afirma que são vários desafios pela frente, mesmo com avanços como a III Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, a um longo caminho ainda como a construção e implementação da politica e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, entre eles estão os órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimento dos trabalhadores, com destaque para organização sindical, etc.

Sendo a saúde um campo de atuação privilegiado para o assistente social, seguindo a direção adotada pela profissão nas últimas décadas e com a parceria de outros profissionais e movimentos sociais que compartilham dos mesmos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético- político, contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

Já nas equipes de saúde mental o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético- político. Seguindo estes direcionamentos os assistentes sociais vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional.

MIOTO e NOGUEIRA (2006) citado pelo Cfess, 2010 declaram que:

“ao caracterizarem as ações profissionais na saúde, consideram que há três processos básicos, dialeticamente articulados: processos

politico- organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais”.(CFESS, 2010, pg. 41).

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional. Estes eixos não devem ser compreendidos de forma dividida e sim articulados dentro de uma concepção de totalidade.

ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS

O atendimento direto aos usuários acontece em vários espaços de atuação profissional na saúde, da atenção básica até os serviços que se dividem em ações de média e alta complexidade.

“ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal”. (CFESS, 2010, pg. 41).

Nesse caminho o atendimento direto aos usuários da saúde ganha materialidade.

As intervenções que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas. Essas ações compõem o processo coletivo de trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

De acordo com o Cfess (2010), entretanto para que essas ações aconteçam é fundamental a investigação, planejamento, mobilização e participação social dos usuários para a garantia do direito a saúde e assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS

De acordo com Cfess (2010) as ações socioassistenciais tem se constituído como as principais demandas profissionais de Serviço Social.

“Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos à universalização, a descentralização e a participação popular”. (COSTA (2000), citado pelo Cfess, 2010, pg. 42).

Mesmo com tudo isso novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que não colaboram de uma forma positiva para a implementação do SUS constitucional, no dia- dia impactam nas questões operativas como demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, o não atendimento dos usuários.

Há também questões que envolvem as condições de trabalho dos profissionais de saúde como a baixa remuneração, precarização do trabalho, aumento e diversificação das atividades, redução de pessoal e carga horária excessiva.

Há também outras demandas como as reais condições de vida dos usuários como desemprego e subemprego, ausência de moradia, violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho, abandono do usuário.

Os assistentes sociais tem que desenvolverem ações de caráter emergencial e burocráticas, com uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio- históricas a que são submetidos os usuários e a sua mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito a saúde.

“o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas”. (CFESS, 2010, pg. 43).

O Cfess (2010) explica que as demandas emergenciais se não forem encaminhadas para os setores corretos por meio de um planejamento coletivo da unidade de saúde, vão atrapalhar o trabalho do assistente social no enfoque as suas ações profissionais competentes.

AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE

O Cfess (2010) defende que o trabalho em equipe tem que ser refletido e as atribuições dos assistentes sociais precisam ser especificadas e divulgadas para os demais profissionais, mantendo a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendido na saúde.

Iamamoto (2002, pg. 41) afirma que:

“é necessário desmistificar a ideia que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva a diluição de suas particularidades profissionais”. (IAMAMOTO, citado pelo Cfess, 2010, pg. 46).

A autora considera que “são as diferenças de especialização que permitem atribuir unidade a equipe, enriquecendo- a e, ao mesmo tempo preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, citado pelo Cfess, 2010, pg. 46).

Entende- se que o trabalho coletivo não vai atrapalhar ou acabar com as competências e atribuições de cada profissional e sim exigir um maior esclarecimento das mesmas.

O Cfess (2010) afirma que as equipes de saúde e os empregadores frente às condições de trabalho e por falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais tem historicamente requisitado diversas ações que não são atribuições dos profissionais de Serviço Social que são elas:

“marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre

alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)⁷, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes”. (CFESS, 2010, pg. 46, 47).

Essas dificuldades de compreensão por parte das equipes de saúde das competências e atribuições do trabalho dos assistentes sociais devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas funções e rotinas de trabalho.

O Cfess (2010) nos traz outra demanda que é a alta hospitalar que necessita ser refletida pela equipe com o intuito de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais, a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários ou sua família é que vai indicar se há necessidade para intervenção direta do profissional de Serviço Social na alta.

A alta médica e a alta social devem ocorrer juntas, em situações que o usuário receber a alta médica, mas não estar em condições para a alta social, o profissional tem que avisar a equipe registrando no prontuário sua intervenção de forma a separar o caráter do atendimento de cada profissional, com o objetivo de estabelecer uma de suas atribuições com o usuário, família e a equipe.

Algumas reflexões são necessárias sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e quais procedimentos a equipe deve proceder conjuntamente.

⁷ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilha-tfd-sespa.pdf>

Acessado 14-08-17 as 14h20 hm

“O usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido. No caso de solicitação de alta, o usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. Segundo o artigo 46 do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário. (CFESS, 2010, pg. 48).

Os fatores que mais contribuem para o pedido de alta pelos usuários são:

“desinformação quanto ao tratamento e procedimentos; aspectos culturais e religiosos; necessidade de sobrevivência/manutenção familiar; demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família”. (CFESS, 2010, pg. 48).

Sendo assim o assistente social tem que orientar, esclarecer e fazer uma reflexão junto ao usuário e a equipe de saúde com relação as condições objetivas que estão incentivando os usuários a tomarem essa decisão. O profissional responsável pela alta e por seus procedimentos tem que ser o médico e não o assistente social.

O assistente social pode ser um mediador entre os usuários e a equipe de saúde relacionando os determinantes sociais, entendendo que “o respeito pela diversidade é um princípio que deve se fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional”. (CFESS, 2010, pg. 49).

O Cfess (2010) considera que no âmbito da saúde é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana, visto que as pessoas em sua diversidade expressam diferentes relações de gênero, étnico- racial, de orientação sexual, identidade de gênero, entre outras que demonstram as suas particularidades.

No entanto:

“na sociabilidade do capital, a tendência prevalecente é que os indivíduos se reconheçam diversos na vivência da opressão que é determinada pelo não reconhecimento ético-político e jurídico da sua diferença. Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos direitos, pela negação da liberdade e extravio da igualdade”. (SANTOS (2008) citado pelo Cfess, 2010, pg. 49).

A diversidade humana não é garantida na sociedade, a varias violações de direitos, inúmeras formas de opressão que ocorrem no dia-dia dos usuários, a opressão é resultado da negação da diversidade humana e trazem consequências como violência, principalmente contra mulheres, jovens, crianças, adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros).

Segundo o Cfess (2010) a diversidade sexual é cotidianamente negada nos espaços institucionais, lazer e quase todos os espaços da vida social, essa exclusão implica na saúde dos indivíduos, com o fortalecimento do movimento feminista e do movimento LGBT, foi possível verificar que as situações de preconceito e de discriminação vividas pelos LGBT, e situações ocorridas pelo machismo e sexismo⁸ às mulheres tem levados essas pessoas a processos de adoecimento.

O Cfess (2010) afirma também que a partir dessa realidade, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT), entendendo a necessidade de garantia da equidade, sendo um dos princípios do SUS.

Implicando a adoção de medidas de ação afirmativas para a população LGBT no cumprimento de seu direito a saúde, e expondo que a discriminação e a violência contra as pessoas LGBT determinam seu adoecimento e morte (CNS nº 410/2009).

Ainda nessa direção a Resolução CFESS nº 489/2006 constitui um instrumento estratégico para manter e efetivar os direitos da população LGBT, uma vez que “estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do- da assistente social, regulamentado principio inscrito no Código de Ética Profissional”.

⁸ Sexismo é o ato de discriminação e objetificação sexual, é quando se reduz alguém ou um grupo apenas pelo gênero ou orientação sexual. ... A discriminação contra mulheres é o machismo ou misoginia, enquanto o preconceito contra homens é chamado de misandria.

<https://www.significados.com.br/sexismo/>

Acessado 14-08- 17 as 16h14 hm

Ocorrem ainda varias outras demandas que aparecem nas equipes de saúde referidas a violência contra as crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes físicos e mentais, entre outros, a responsabilidade de notificações nesses casos é de toda a equipe. Não sendo uma atribuição privativa do assistente social, e sim intervindo com uma colaboração junto a todos.

O profissional de Serviço Social deve fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar informações em relação aos recursos sociais existentes e mediar os encaminhamentos necessários, entre eles estão os encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e- ou garantidos pela legislação social estabelecida no país, entre eles estão:

- Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006);
- Estatuto do idoso (Lei nº 10.741/2003);
- ECA (Lei nº 8.069/1990);
- LOAS (Lei nº 8.742/1993);
- Lei da Acessibilidade (Lei nº 10.098/2000);
- Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei nº 7.853/1989);
- LOS (Lei nº 8.080- 1990 e nº 8.142/1990);
- Resolução do CFESS (nº 489/2006);

O Cfess (2010) nos relata que a humanização é outro tema que surgiu com ênfase no final de 1990 e inicio dos anos 2000, conseguindo legitimidade a partir da 11ª Conferencia Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2000, que teve como tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”.

“Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção”. (CFESS, 2010, pg. 51).

Um dos pontos de questionamento é ter clareza das diversas concepções de humanização, entendendo que envolvem vários processos desde a operacionalização da saúde pautada em valores como a garantia de direitos sociais, compromisso social e saúde.

“O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão”. (CFESS, 2010, pg. 52).

De acordo com Cfess (2010) o grande desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, focada na centralidade dos usuários na construção coletiva do SUS, essa concepção de humanização encontra-se no projeto ético-político do Serviço Social assim sendo, um compromisso e preocupação profissional.

A Política Nacional de Humanização não pode estar separada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, tendo como referência o Projeto de Reforma Sanitária.

AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

De acordo com o Cfess (2010) essas ações consistem em orientações reflexivas e o repasse de informações feitas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários, família e a população.

“As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária”. (CFESS, 2010, pg. 55).

Segundo BERLINGUER (1978) citado pelo Cfess, 2010 consciência sanitária é entendida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito das pessoas e de sua comunidade, as forças sindicais e políticas podem ter dependendo da orientação e dos instrumentos que lhe forem passados uma grande importância na formação da consciência sanitária.

O assistente social deve utilizar segundo VASCONCELOS (1993) citado pelo Cfess, 2010 a prática reflexiva, que faz com que os usuários analisem o descobrimento de situações vivenciadas por meio da reflexão crítica estimulada pelo assistente social, compreendendo sua realidade social e futuramente de forma consciente intervindo nesses processos de transformação da realidade.

MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Neste eixo o Cfess (2010) nos traz um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares, trabalhadores da área da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social como conselhos, conferenciais, fóruns de saúde, entre outros, na luta em defesa da garantia do direito a saúde.

Essas atividades incentivam e facilitam na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, para que possam inscrever suas reivindicações na agenda política da saúde.

Outra demanda consiste na democratização da instituição por meio da criação de conselhos gestores⁹ e outros órgãos colegiados, que se preocupem com a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade.

Um dos espaços criados para a comunicação entre os usuários e a instituição é a ouvidoria.

“A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as

⁹ O Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde e que segue a estrutura dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Sua proposição significa a possibilidade de aprofundamento da democracia. Entretanto, não foi viabilizado na maioria dos municípios e estados brasileiros. (CFESS, 2010, pg. 57).

solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. (CFESS, 2010, pg. 57).

Mesmo assim algumas reflexões tem que ser levantadas sobre a ouvidoria, as críticas e sugestões são colocadas de maneira individual sem levar em consideração que as dificuldades são vividas pelos usuários coletivamente, resultado da não efetivação do SUS, portanto exigem respostas coletivas.

Os assistentes sociais podem ser chamados para implantar os serviços de ouvidoria nas unidades de saúde, mas cabe destacar que a ouvidoria não é uma atribuição privativa do profissional de Serviço Social, podendo ser realizada por outros profissionais de outras áreas e também estando relacionada à gestão da unidade.

De acordo com o Cfess (2010) a fatores importantes para a mobilização e participação social, estar articulado com os movimentos sociais, para o fortalecimento dos fóruns, conselhos, discutirem a política de saúde e colocar alternativas para a garantia dos direitos sociais.

Entendendo que a efetivação desses dispositivos não depende somente do querer do assistente social, e que sempre terá uma correlação de forças.

Há ações desenvolvidas muito importantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e constituem uma contribuição fundamental do assistente social. Mesmo os assistentes sociais não tendo uma inserção obrigatória na equipe mínima da ESF, eles vem sendo demandados e incorporados às equipes de vários municípios para atuarem na mobilização da população, ações socioeducativas e intersetoriais, contribuindo para a promoção da saúde.

INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

O Cfess (2010) nesta parte nos traz que este eixo envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, produzindo em equipe e intersetorialmente propostas que facilitam e potencializam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde.

“O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade”. (CFESS, 2010, pg. 60).

As investigações realizadas pelos assistentes sociais têm como objetivo aumentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, de saúde local, regional, estadual e nacional.

Outra contribuição do Serviço Social é na gestão e no planejamento que busca a intersetorialidade, com o intuito de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social.

Mesmo com tudo isso diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão existentes na contrarreforma do Estado estão sendo propostas contrárias ao SUS constitucional, ampliando as ações do mercado no setor temos como exemplo as Fundações de Direito Privado e Organizações Sociais (OS), deixando claro que o Serviço Social é totalmente contrário a essas proposições.

O Cfess (2010) afirma que é importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento, e a realização de investigação tendo como diretriz o projeto ético- político profissional.

ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Segundo o Cfess (2010) as atividades de qualificação e formação profissional tem como principio o aprimoramento profissional e a melhoria da qualidade dos serviços prestados a população.

Neste eixo estão colocadas às ações relacionadas especificamente com a equipe de Serviço Social, e os demais profissionais de saúde, sendo assim podendo ser realizadas atividades para cada área profissional como atividades

que incentivem a qualificação da equipe de saúde na perspectiva de um trabalho interdisciplinar.

“As atividades de formação profissional envolvem a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional e a preceptoria de residentes. A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento dessas atividades”. (CFESS, 2010, pg. 64).

Um das preocupações centrais que deve orientar a formação profissional são o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e participação social.

O debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para modelo assistencial voltado a saúde é fundamental, tanto quanto a gestão democrática, pública e universal.

MATOS (2006) citado pelo Cfess, 2010 nos fala que a assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional de conhecimento da área que pega a realidade como objeto de estudo e tem uma intenção de mudá-la. O assessor pode estar ligado a uma proposta que tenha como princípio a emancipação desses trabalhadores e o aumento da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou a dominação das mesmas e a redução da esfera estatal.

A assessoria pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência, como atribuição privativa o profissional desenvolve assessoria na matéria Serviço Social, e só poder ser concluída por uma pessoa graduada na área.

Para finalizar o Cfess (2010) afirma que é importante ressaltar que os quatro eixos de atuação profissionais colocados aqui como atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional envolvem um conjunto de ações a serem desenvolvidas e efetivadas pelos assistentes sociais.

Essas ações profissionais são orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos tendo como

ponto de partida o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos anos.

CAPITULO III

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E QUALITATIVA

Iniciamos este capítulo trazendo uma pesquisa bibliográfica e qualitativa dos referentes artigos pesquisados e analisados, os artigos foram retirados da base de dados do Scielo, e trazem publicações de 2.011 há 2.017.

Ao decorrer da pesquisa na base de dados Scielo foram encontrados muitos artigos no âmbito hospitalar, mas, especificamente foram poucos que falavam da atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar no geral, os outros relatavam a atuação do Serviço Social em setores específicos como oncologia, UTI, pediatria, entre outros e consigo traziam políticas particulares de cada setor hospitalar.

A maioria dos artigos não relatava um trabalho de atuação somente do assistente social, mas sim de toda uma equipe multiprofissional do hospital.

Este trabalho tem a intenção de analisar a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, e por fim refletir como esta o contexto atual e os desafios a serem enfrentados pelos profissionais.

Foram escolhidos artigos de 2.011 há 2.017, para podermos compreender exatamente a atualidade que se encontra o Serviço Social nesses espaços de trabalho.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: DESAFIOS COTIDIANOS

Maria Lúcia Martinelli¹⁰

¹⁰ Assistente social, doutora em Serviço Social, docente, pesquisadora e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP, Brasil. E-mail: mlmartinelli@terra.com.br.

Este artigo de Martinelli (2011) nos apresenta os desafios colocados cotidianamente para os assistentes sociais que atuam na área da saúde, afirmando as dificuldades envolvidas no contexto hospitalar, envolvendo o Projeto Ético- Político do Serviço Social, o atendimento direto aos usuários e os devidos os cuidados.

Ressaltando a importância da pesquisa para qualificar os assistentes sociais e a sua intervenção profissional.

Martinelli (2011) começa afirmando que o Serviço Social é uma profissão com uma identidade marcada historicamente, que os assistentes sociais têm como fundamento a própria realidade social e sua matéria prima o trabalho que trazem as inúmeras expressões da “questão social”.

Segundo Martinelli (2011) o Serviço Social é uma profissão de natureza totalmente interventiva, que atua nas construções da vida social, participa do processo global de trabalho e é uma profissão com dimensão política.

Consolida seu significado social na prática com outras profissões, no enfrentamento de situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral, dando prioridade as demandas mais empobrecidas da sociedade.

Martinelli (2011) ressalta que em cada ato profissional envolvem-se conhecimentos, saberes e prática que intercedem uma ampla opção de mediações e seu uso adequado para cada situação, os instrumentos de trabalho que darão sucesso aos objetivos de intervenção.

“Cada um desses momentos é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais que estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas, pautadas sempre em valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, com base no Projeto Ético-Político profissional, como expressão que é do Código de Ética, aprovado pela Resolução do CFESS n. 273/93, com alterações posteriores, bem como da Lei n. 8662, de junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional”. (MARTINELLI, 2011, pg. 2).

Todas as intervenções do assistente social devem ter uma dimensão ética, reafirmando a emancipação humana e trazendo a humanização da prática profissional.

Martinelli (2011) reafirma “consolidamos a nossa identidade profissional, fortalecemo-nos enquanto seres humanos quando somos capazes de humanizar a nossa prática”. (MARTINELLI, 2011, pg. 3).

Martinelli (2011) reflete que isso não acontece com o trabalho individual, mas no coletivo, na área da saúde isto é explicado com a política de humanização, por ser uma área que pulsam os valores humanos, onde trabalha-se com a vida das pessoas e suas várias expressões da questão social desde o nascimento, infância, adolescência, vida adulta, processo de envelhecimento até a morte.

Ela destaca que na área da saúde o profissional de Serviço Social irá trabalhar no atendimento direto com os usuários, geralmente pessoas fragilizadas que necessitam no mínimo de um gesto humano podendo ser uma escuta atenta, um acolhimento para o fortalecimento da sua própria humanidade.

Martinelli (2011) destaca a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 145, de 15 de outubro de 2004, e afirma que ela nos pede um novo olhar para o social sendo o da proteção social como direito, como elemento fundamental para a construção da cidadania dos sujeitos.

Trazendo também os princípios da Política Nacional de Saúde Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, “nos direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população”. (MARTINELLI, 2011, pg. 3).

Martinelli (2011) afirma que o assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde, as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 29 de março de 1999, além da Resolução nº 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, explicam e fundamentam esse pensamento.

Ela dá um destaque para os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, entendendo que os parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos no contexto da sociedade de cidadania e democracia.

Martinelli (2011) nesta parte do artigo relata que este é um compromisso que tem que ser assumido pelos assistentes sociais através das práticas interdisciplinares, pautados sempre na ética da humanização e de respeito à vida.

Ainda de acordo com Martinelli (2011) essas ações exigem do profissional vários conhecimentos pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente.

Ela destaca novamente a ética profissional como um valor imprescindível para a efetivação do Projeto Ético- Político do Serviço Social.

“Na área da saúde, as várias dimensões da ética são imprescindíveis, especialmente no que se refere: à ética dos cuidados; à ética da proteção social; à ética militante”. (CHAUI (2000) citado por Martinelli, 2011, pg. 5).

O destaque da ética é importantíssimo, mas, temos que levar em consideração também segundo Martinelli (2011) à vontade política, pois a falta de políticas rompe com os princípios éticos necessitados para cada situação, aí aparece o dever ético- político.

“O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação”. (MARTINELLI (1995) apud Martinelli, 2011, pg. 7).

Com esta citação Martinelli (2011) traz a importância sistematização das ações e na construção de conhecimentos, se os assistentes sociais querem qualificar suas intervenções tem que fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, com destaque novamente para a pesquisa

entendendo que ela é indispensável para subsidiar a construção do conhecimento e a qualidade do exercício profissional.

Martinelli (2011) traz que muitos dos usuários que os assistentes sociais trabalham no contexto hospitalar veem aquele espaço como uma parte ruim da vida, mas que mesmo assim os profissionais não podem perder o compromisso de construção de novas possibilidades positivas contribuindo para a reinvenção da própria vida.

Entendo que o contexto de ética se afirma nessas ações relacionadas com a vida desses usuários e em todas as suas expressões, incluindo o momento da morte.

Por final Martinelli (2011) destaca a “Carta dos Direitos do Paciente Terminal”¹¹, cujo princípio é: “Tenho o direito de ser tratado como pessoa humana até que eu morra”.

Ela explica que o termo paciente terminal é questionado por vários estudiosos da bioética entre outros e que ela achou oportuno citar e colocar a carta no artigo devido a sua profundidade ética.

Martinelli (2011) cita FERNANDO PESSOA¹² (1965, pg. 343) enfatizando a insistência dela mesma e importância da humanização, do humano.

E no final traz a “Carta dos Direitos do Paciente Terminal”:

Carta dos Direitos do Paciente Terminal

“Tenho o direito de ser tratado como pessoa até que eu morra.”

“Tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder às minhas

¹¹ Barchifontaine e Pessini, estudiosos da Bioética, divulgam em seu livro Bioética e saúde (1989, p. 198-99) a “Carta dos direitos do paciente terminal”, que resultou de um seminário realizado em Lansing, Michigan, nos Estados Unidos, sobre esta temática — Paciente terminal, como ajudá-lo? (Martinelli, 2011, pg. 8).

¹² Torna-me humano, ó noite,

Torna-me fraterno e solícito.

Só humanitariamente é que se pode viver.

Só amando os homens, as ações, a banalidade dos trabalhos,

Só assim se pode viver.

Torna-me humano, ó noite.

necessidades e me ajudarão a enfrentar a morte e garantir a minha privacidade.”

“Tenho o direito de ser aliviado na dor e no desconforto.”

“Tenho o direito, ao aceitar minha morte, de receber ajuda de meus familiares e de que estes também sejam ajudados.”

“Tenho o direito de não morrer sozinho.”

“Tenho o direito de receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de cura mudem para objetivos de conforto.”

“Tenho o direito de discutir e aprofundar minha religião e/ou experiências religiosas, seja qual for o seu significado para os demais.”

“Tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.”

“Tenho o direito de expressar à minha maneira, sentimentos e emoções frente à minha morte.”

“Tenho o direito de participar das decisões referentes aos meus cuidados e tratamentos.”

“Tenho o direito de ter esperança, não importa quais mudanças possam acontecer.”

“Tenho o direito de ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que ocorram mudanças.”

(BARCHIFONTAINE, PESSINI (1989) citado por Martinelli, 2011, pg.10).

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR E OS LIMITES PARA A EFETIVAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Luana Pimentel Moro¹³

Yanne Angelim Acioly¹⁴

Este artigo nos traz a atuação do assistente social na saúde, no âmbito hospitalar e considera as exigências institucionais no contexto da privatização e a necessidade da efetivação do Projeto ético- político do Serviço Social.

¹³ Graduanda em Serviço Social. Universidade Federal de Sergipe. Contato: luana_moro15@hotmail.com

¹⁴ Assistente Social, Mestre em Políticas Públicas e Sociedade. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Integra o grupo de pesquisa: Serviço Social, Políticas Públicas e Movimentos Sociais/UFS. E-mail: yanneufs@gmail.com

O presente artigo aborda conteúdos de uma pesquisa realizada com assistentes sociais em um hospital de referência em Sergipe.

Moro e Acioly (2012) nos trazem que é fundamental analisar as condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar. Os assistentes sociais entrevistados ressaltaram questões como a ausência e a insuficiência de recursos para a garantia de condições adequadas de trabalho, suas particularidades na condição de trabalhador, a qualidade dos serviços prestados a população e o sigilo profissional.

Moro e Acioly (2012) destacaram também dentre as demandas algumas que não são atribuições do Serviço Social, além de não serem competências profissionais para os assistentes sociais essas demandas vão contra o código de ética profissional, dentre elas esta que os “usuários de alta desocupem leitos”, para outros pacientes que aguardam internamento sejam colocados no lugar.

Elas destacam que com essas ações os assistentes sociais no âmbito hospitalar reproduzem a lógica produtivista, onde acabam exercendo objetivos da instituição se distanciando Projeto Ético- Político do Serviço Social e do Projeto da Reforma Sanitária.

Segundo Moro e Acioly (2012) outro ponto trazido pelos profissionais de Serviço Social no âmbito hospitalar entrevistados por elas, foi a autonomia profissional sendo colocada como autonomia relativa tendo em vista as condições de trabalho que estavam inseridos. As autoras ressaltaram aqui também os limites para o exercício da autonomia profissional a partir das próprias condições de salários desses profissionais.

Destacam a profissão de Serviço Social como a condição de profissão situada na sociedade capitalista que tem que oferecer respostas as demandas do capital e do trabalho. Explicando que a autonomia relativa possibilita responder prioritariamente aos interesses dos trabalhadores, e a importância do nível de aumento da autonomia no exercício profissional.

Moro e Acioly (2012) trazem também a fragilidade e a ausência de planejamento das ações na instituição trazendo um caráter rotineiro e sem finalidade definida das ações.

Outro aspecto detectado pelas autoras foi o número insuficiente de profissionais diante da demandada instituição, sem uma previsão para a contratação de novos profissionais aprofundando a sobrecarga de trabalho para esses trabalhadores da saúde.

De acordo com Moro e Acioly (2012) com isso fortalece-se a lógica da abordagem individualista e da demanda-resposta imediata o que fragiliza e fragmenta as possibilidades de implementar uma ação profissional mais qualitativa e efetiva.

Outro elemento trazido pelas autoras foi a imagem social da profissão, os assistentes sociais entrevistados por elas destacaram a dificuldade por parte dos demais profissionais de saúde em compreender as reais atribuições dos assistentes sociais no âmbito hospitalar, muitos confundem a função do Serviço Social como “apaziguar” ou “mediar” conflitos na instituição entre usuários, instituição, profissionais entre si.

Por fim nos trazem destaque para que os assistentes sociais tenham uma organização política da categoria sua inserção em movimentos contra-hegemônicos que superem os limites institucionais e da própria profissão.

A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO ESPAÇO HOSPITALAR: UM ESTUDO A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL

Schaianny Lima Rios¹⁵

Keli Regina Dal Pra¹⁶

¹⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS). Brasil. E-mail: schaiannyrios@hotmail.com

¹⁶ Assistente Social, docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS). Brasil. E-mail: keli.regina@ufsc.br

O presente artigo nos traz a discussão sobre o Serviço Social na saúde e sua inserção no âmbito hospitalar a partir de um estudo comparativo, a partir da vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital universitário.

Dando destaque para os desafios impostos aos assistentes sociais no âmbito hospitalar desde seu reconhecimento profissional, suas competências e atribuições.

Rios e Dal Pra (2017) trazem no artigo que o Serviço Social ganha reconhecimento legal na área da saúde no final na década de 1.990 com a Resolução¹⁷ nº 038/93 e com a Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), mas que mesmo assim existem muitos desafios no que se refere à compreensão e atuação do assistente social no âmbito hospitalar, tanto pelos usuários como para outros profissionais da saúde.

E ainda destacam que essas lacunas podem ser encontradas nas próprias equipes de assistentes sociais das instituições hospitalares.

As autoras ressaltam a atuação profissional fragmentada que ainda se faz nesses espaços de trabalho, e envolvem praticas como a de atender somente casos emergências sem um maior envolvimento político dentro da instituição.

“A incorporação das competências específicas e exclusivas dos espaços institucionais enquanto competência profissional é também uma atitude que compromete o reconhecimento da profissão”. (RIOS e DAL PRA, 2017, pg. 5).

Nessa parte do artigo elas destacam a importância dos assistentes sociais se organizarem com ações de cunho político- organizativas, ações que tenham um planejamento profissional e que rompam com essas barreiras burocráticas do âmbito hospitalar, fazendo com que as praticas profissionais fiquem somente concentradas em rotinas institucionais e emergenciais.

¹⁷ A Resolução nº 017 do Conselho Nacional de Saúde, de 28 de novembro de 1991, considera os seguintes cursos de graduação como área da Saúde, a saber: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física. Em 1993, a Resolução nº 038 inclui os cursos de Biologia, Medicina Veterinária e Serviço Social entre os cursos relacionados no item nº 3 da Resolução nº 017/ 1991.

Rios e Dal Pra (2017) afirmam que nas suas experiências profissionais enquanto residentes de Serviço Social no âmbito hospitalar perceberam que a atuação do assistente social ainda esta ligada ao assistencialismo, e que surgem muitas questões da instituição que os afastam de suas competências profissionais.

E que essas questões trazidas para os assistentes sociais pelas instituições não são resolvidas por elas mesmas devido ao tamanho de sua burocracia de acesso, e o que o Serviço Social no âmbito hospitalar ainda é requisitado para ser o mediador de conflitos entre usuário, profissionais e instituição.

Segundo Rios e Dal Pra (2017) nos hospitais em que há o plantão social isso se mostra mais constante com questões como: consultas marcadas em datas erradas, instituições privadas que encaminham os pacientes para os hospitais públicos, entre outras, todas destinadas para os assistentes sociais resolverem e que os próprios profissionais de outros setores do hospital que encaminham esses usuários ao plantão do Serviço Social.

Desta forma fazendo com que involuntariamente os assistentes sociais desempenhem intervenções dentro do âmbito hospitalar que reforçam o assistencialismo.

Nesse contexto Rios e Dal Pra (2017) trazem questões para ser analisadas no trabalho do assistente social no âmbito hospitalar tais como: em que momento o Serviço Social esta trabalhando com demandas coletivas? O assistente social esta inserido em espaços de participação social? Esse profissional busca com suas ações socioeducativas mobilizar os usuários para a participação social?

Entendendo que estes questionamentos servem como objetivos para pesquisas futuras do Serviço Social.

Rios e Dal Pra (2017) explicam que as ações dos assistentes sociais no âmbito hospitalar devem trazer com destaque o projeto profissional e suas necessidades de acordo com o projeto de sociedade imposto. Pois entende-se que o cotidiano profissional vai solicitar intervenções para atender as diversas

demandas que resultam em sua maioria de uma sociedade contraditória que é a sociedade capitalista vigente.

Afirmam também que é preciso ter clareza e compreensão das demandas e suas determinações para não reduzir e limitar as ações profissionais ao imediatismo.

Rios e Dal Pra (2017) destacam que através de suas experiências profissionais no âmbito hospitalar perceberam que as ações socioeducativas são a maior demanda apresentada nesse espaço, estão relacionadas às orientações de acesso aos direitos sociais, tais como: direitos previdenciários, benefícios eventuais, rotinas hospitalares, entre outras. Ocorrem geralmente após o primeiro contato com o paciente e a identificação de outras demandas.

Ressaltam ainda que o cotidiano profissional no âmbito hospitalar traz um elemento particular no modo da socialização das informações, e que a efetividade da compreensão das informações depende da forma como são abordadas pelos profissionais e sua relação com o usuário, e que é preciso ter muito cuidado com a abordagem a ser utilizada pelo assistente social.

Rios e Dal Pra (2017) explicam que foi observado tanto para os assistentes sociais quanto para os outros profissionais da saúde, que eles colocam suas informações de uma forma tecnicista e esquecem que essas informações não fazem parte do cotidiano do usuário, fazendo com que os usuários se sintam constrangidos em questionar o profissional por não entenderem suas orientações.

Outra demanda que elas destacam que é bastante procurada pelos acompanhantes de pacientes é alternativas para garantir a alimentação e a permanência desses acompanhantes no período de internação dos usuários.

E afirmam que os hospitais colocam as demandas institucionais no geral como metas e objetivos profissionais a serem resolvidos pelos assistentes sociais.

Rios e Dal Pra (2017) descrevem que as demandas dos usuários não são isoladas e que trazem consigo demandas da família toda que envolvem crianças, adolescentes, idosos, direitos das mulheres, entre outros. Desta forma o assistente social acaba atendendo mais membros das famílias o que

acaba sobrecarregando o profissional entendendo que estas demandas necessitam de respostas.

Elas perceberam que, entretanto essas respostas por diversas vezes não atendem as reais necessidades dos usuários, pois as políticas sociais são carregadas de critérios seletivos, burocracias e condicionalidades que não atendem as necessidades mínimas desses usuários.

Rios e Dal Pra (2017) relatam também que todas as demandas devem ser registradas pelos assistentes sociais tanto as atendidas quanto as que o profissional de Serviço Social não consegue atender. O significado da escrita deve ir para além disso, destacando as demandas que o Serviço Social no âmbito hospitalar não está dando conta de atender, com as políticas sociais nos setores e instituições onde está atuando.

Elas alegam que o registro profissional deve possibilitar reflexões sobre as ações, sendo uma forma de analisar e planejar tanto para os atendimentos profissionais, como para projetar novos espaços (programas e projetos) para a população atendida pelo Serviço Social no âmbito hospitalar.

Rios e Dal Pra (2017) nos trazem as concepções de encaminhamentos, elas entrevistaram os assistentes sociais do âmbito hospitalar e os profissionais citaram o contato telefônico e o documento escrito como concepção do que é encaminhamento. Após o atendimento os assistentes sociais encaminham os usuários aos órgãos competentes para o atendimento, desta forma o encaminhamento pode ser um instrumento que facilita o acesso dos usuários a determinados serviços sociais.

Assim elas verificaram que são os usuários que realizam a intersetorialidade após os encaminhamentos, desta forma o usuário passa a contar sua história repetidas vezes sendo vítima de um processo burocrático de acesso aos direitos sociais.

Elas observaram também nos relatos profissionais que os encaminhamentos em sua maioria não são acompanhados para saber a resolutividade das demandas. Desta forma trazendo que o assistente social na maioria das vezes não tem instrumentos para avaliar a efetividade de suas ações.

No hospital em que atuaram a instituição também não corresponde com os resultados da pesquisa feita por elas, pois não há um mecanismo para acompanhar os encaminhamentos realizados aos usuários se não for pelo contato da instituição a qual foi encaminhada ou pelo retorno do paciente ao hospital, e quando o usuário volta traz a mesma demanda e demandas novas.

Na concepção de intersectorialidade a pesquisa de Rios e Dal Pra (2017) revelou a ruptura entre o discurso teórico e a prática profissional, elas afirmam que os assistentes sociais compreendem a importância da intersectorialidade, mas que naquele âmbito hospitalar no cotidiano não ocorre.

ANALISE DOS ARTIGOS

Após a leitura de cada um dos artigos pude evidenciar várias categorias de análise em questão presente em cada um deles.

O primeiro artigo de Martinelli (2011) destaca a ética, traz elementos como ética dos cuidados, ética da proteção social e a ética militante da profissão.

A ética no sentido da emancipação humana, como instrumento de efetivação do Projeto Ético- Político do Serviço Social.

Ressalta a importância da pesquisa para qualificar a intervenção profissional dos assistentes sociais. Entendendo que os instrumentais de trabalho trarão a efetividade para as demandas dos usuários e também afirma que os assistentes sociais tem que fortalecer a produção teórica do Serviço Social.

Destaca o trabalho coletivo no âmbito hospitalar, e o reconhecimento do assistente social como um profissional da área da saúde tendo seu fundamento por lei.

Finaliza trazendo a humanização, o humano.

Acredito que este artigo mostra ao assistente social que antes dele ser um profissional, ele é humano, e que quando Martinelli (2011) enfatiza a ética, a humanização ela nos remete ao fato de ser assistente social e seguir com

parâmetros, legislações, leis, resoluções, código de ética entre outros não pode estar dissociado do fato de sermos humanos e tratarmos nossos usuários como nós gostaríamos de sermos tratados em uma situação de vulnerabilidade.

Sem dissociar-se da Política de Humanização do SUS e a necessidade da efetivação permanente dessa política.

Ressaltando que o âmbito hospitalar é um espaço com maior delicadeza entendendo que os assistentes sociais estão trabalhando, intervindo em situações de vida ou morte.

E que quando ela traz a Carta dos Direitos do Paciente Terminal, ela está tentando falar sobre o Serviço Social respeitar absolutamente todas as particularidades dos sujeitos, independente de sua situação atual e os seus desejos futuros, os assistentes sociais tem o dever de garantir e efetivar todos os seus direitos garantidos em leis ou não, observando-se que há assuntos extremamente delicados e que no conceito da sociedade ainda não tem o devido direito e respeito garantido.

Por fim amenizando o âmbito hospitalar e fazendo desse espaço para os pacientes e suas famílias um ambiente de efetivação de sua cidadania.

O segundo artigo de Moro e Acioly (2012) nos faz refletir sobre a importância das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar, a falta da autonomia profissional sendo uma autonomia relativa.

Destaca a fragilidade e a falta de planejamento nas ações institucionais e dos assistentes sociais que acabam ficando na rotina e sem uma finalidade suas ações.

Outro elemento trazido por elas foi a insuficiência de profissionais na área da saúde em todos os setores, sobrecarregando os trabalhadores de um modo geral. Que acaba por fortalecer a abordagem individual com respostas imediatas.

E finalizam ressaltando a importância da organização política da categoria dos assistentes sociais no âmbito hospitalar e o envolvimento dos profissionais em movimentos sociais trazendo a perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e com qualidade como traz os

Parâmetros de Atuação dos Assistentes sociais na Política de saúde, na parte de assessoria, qualificação e formação profissional.

E o último artigo de Rios e Dal Pra (2017) que nos traz a atualidade profissional e nos faz refletir o reconhecimento, competências e atribuições dos assistentes sociais no âmbito hospitalar. Destacando a falta de compreensão sobre a atuação do Serviço Social por usuários, profissionais da saúde e a própria categoria presente na instituição.

Como o segundo artigo apresentado de Moro e Acioly (2012) este último artigo também destaca a importância da organização das ações que tenham um planejamento profissional para responder aos objetivos atribuídos aos assistentes sociais que lhes competem.

Para não cair na rotina emergencial da instituição e deixar de lado suas atribuições e competências profissionais, resolvendo somente questões com caráter institucional.

Afirmam que ainda há uma forte presença do assistencialismo no âmbito hospitalar na área do Serviço Social.

E que a maior demanda encontrada no âmbito hospitalar é as ações socioeducativas, que trazem como responsabilidade para o assistente social atividades que sensibilizem os usuários acerca de seus direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos, entre outras.

Afirmam também que há uma abordagem tecnicista das informações oferecidas aos usuários por todos os profissionais da saúde e que isso atrapalha na compreensão e resolução das demandas apresentadas pelos pacientes e suas famílias.

Por fim apresentam o registro profissional, coleta de dados para reflexão sobre as ações futuras dos assistentes sociais no âmbito hospitalar e que a um rompimento com a intersectorialidade evidenciando uma ruptura do discurso teórico e a prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de Conclusão de Curso possibilitou a reflexão e evidenciou as dificuldades, possibilidades e potencialidades da inserção do assistente social na saúde e no âmbito hospitalar.

A partir das leituras observam-se os desafios que aguardam os futuros profissionais na área hospitalar como conteúdo enfatizamos os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, trazendo objetivos para subsidiar a ampliação do debate e possibilitar nossa reflexão em vistas das ações realizadas e o fortalecimento do Projeto Ético- Político do Serviço Social.

Cada artigo analisado trouxe categorias de análise de uma forma uma ligada na outra, após todo esse processo verifica-se a necessidade de atualização constante do Serviço Social e que todos os parâmetros, atribuições, competências, ações no âmbito da saúde continuam mesmo com o passar do tempo desde sua publicação sendo os instrumentos de base para a efetivação de intervenções profissionais com garantia de direitos respeitados e a defesa das políticas públicas de saúde.

Os assistentes sociais precisam ter um constante cuidado no seu espaço de trabalho entendendo que a várias armadilhas que são colocadas pelas próprias instituições hospitalares e pelo nosso sistema capitalista.

E que essas armadilhas enfraquecem a nossa atuação profissional, a necessidade de compreender todo o contexto histórico da profissão e do nosso país para não se reproduzir a fragmentação nos atendimentos aos usuários.

Desta forma a pesquisa bibliográfica e qualitativa tem como objetivo registrar, evidenciar e refletir o Serviço Social na saúde e sua atuação profissional no âmbito hospitalar através de esclarecimentos sobre os processos históricos, avanços e desafios atuais. A pesquisa bibliográfica e qualitativa ressaltou que a um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelos profissionais de Serviço Social no âmbito hospitalar e que são

essas ações que irão garantir o fortalecimento da participação Social e a análise crítica da realidade no contexto hospitalar.

A pesquisa analisou artigos de 2011 a 2017 e se não fossem as datas colocadas os anos anteriores passariam despercebidos a realidade de 2017, as críticas são basicamente as mesmas e a luta para efetivação do Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão, Projeto Ético- Político se mostra diária ainda.

A pesquisa bibliográfica e qualitativa inicialmente não agradou muito, pois a intenção era ter feito uma pesquisa de campo que não foi possível devido a vários fatores externos e particulares da acadêmica. Mas com o passar do processo e as leituras tornou- se gratificante e importante para a futura atuação profissional, trazendo a tona o significado social da profissão e de seu desenvolvimento histórico desvelando possibilidades de intervenção profissional nos espaços de atuação contidas na realidade.

A pesquisa bibliográfica e qualitativa nos trouxe a realidade dos assistentes sociais no âmbito hospitalar, destacou e nos fez refletir muito a respeito de:

Instrumentais de trabalho existentes, ética profissional, humanização do SUS, trabalho coletivo, fortalecimento da produção teórica do Serviço Social, condições de trabalho, autonomia profissional, ausência do planejamento das ações profissionais, insuficiência de profissionais na saúde, sobrecarga de trabalho, abordagem individual, organização política da categoria, envolvimento em movimentos sociais, reconhecimento profissional, reconhecimento das competências e atribuições, presença do assistencialismo, ações socioeducativas como demanda principal do âmbito hospitalar, abordagem tecnicista, importância da sistematização de dados (registros profissionais) e o rompimento do Serviço Social com a intersetorialidade.

Conclui- se desta forma que os desafios para atuação do assistente social no âmbito hospitalar são diversos e que a atualização e capacitação destes profissionais têm que ser permanente, para romper com práticas rotineiras e burocráticas das instituições hospitalares e que a aproximação dos assistentes sociais com seus usuários é muito importante para a intervenção

com ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as demandas atuais.

REFERENCIAS

BRAVO, M. I. S.; MOTA, A. E.; UCHOA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 4^oed. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições Privativas do Assistente Social em Questão**. 1^a ed. Ampliada, Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providencias.

GLOCK, R. S.; GOLDIM, J. R. **Ética Profissional é Compromisso Social**. 2003.
Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eticprof.htm>>.
Acesso em: 23/08/16 as 18: 40 hm.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. Ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MARTINELLI, M. L. **O Trabalho do Assistente Social em Contextos Hospitalares: Desafios Cotidianos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf>
Acessado 19/08/17 as 15: 25 hm.

MORO, ACIOLY. **A Atuação Profissional do- a Assistente Social no Âmbito Hospitalar e os Limites para a Efetivação do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. VI Colóquio Internacional. Setembro de 2012.
Disponível em: http://educonse.com.br/2012/eixo_19/PDF/30.pdf
Acessado 20/08/17 as 12: 35 hm.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**.
Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>.
Acessado 28/07/17 as 11: 30 hm.

Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

RIOS, DAL PRA. **A Intervenção Profissional no Espaço Hospitalar: Um Estudo a Partir do Serviço Social.** II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, III SEMINÁRIO NACIONAL DE TERROTÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS, II CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL. Fundamentos do Serviço Social - Exercício Profissional trabalho e processos de trabalho. Julho de 2017.

Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134421.pdf>

Acessado 21/08/17 as 17: 01 hm.