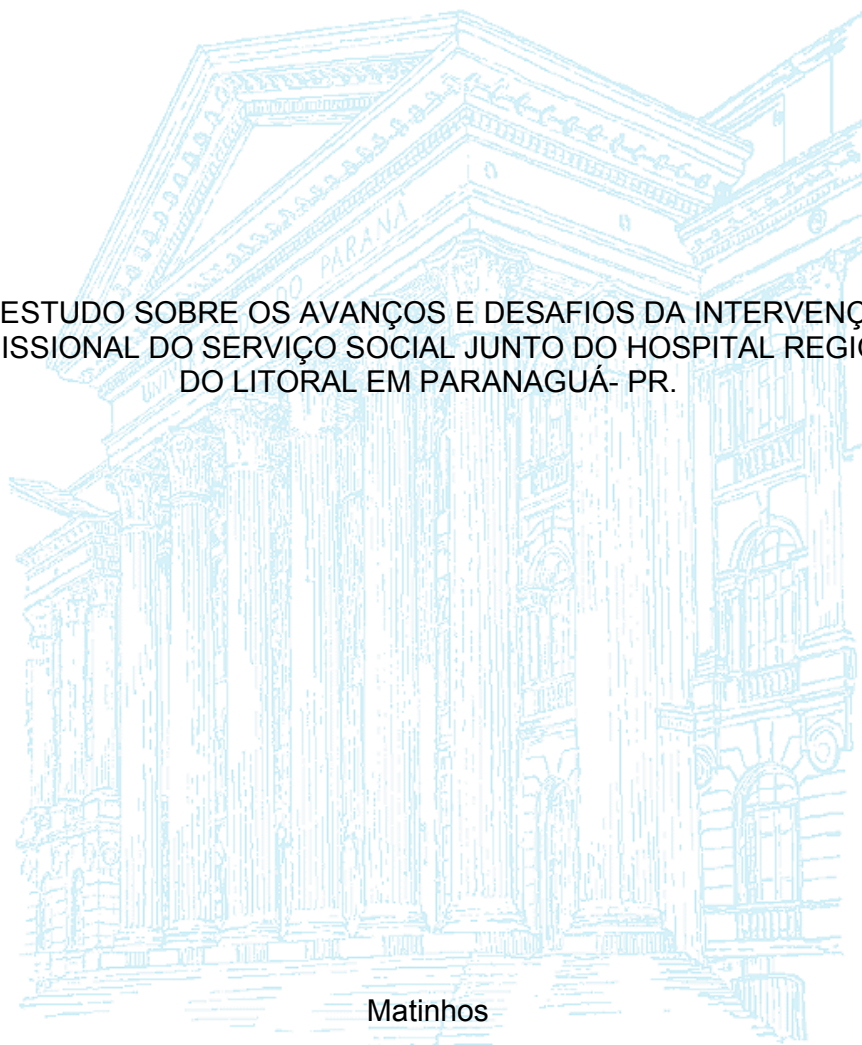


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL

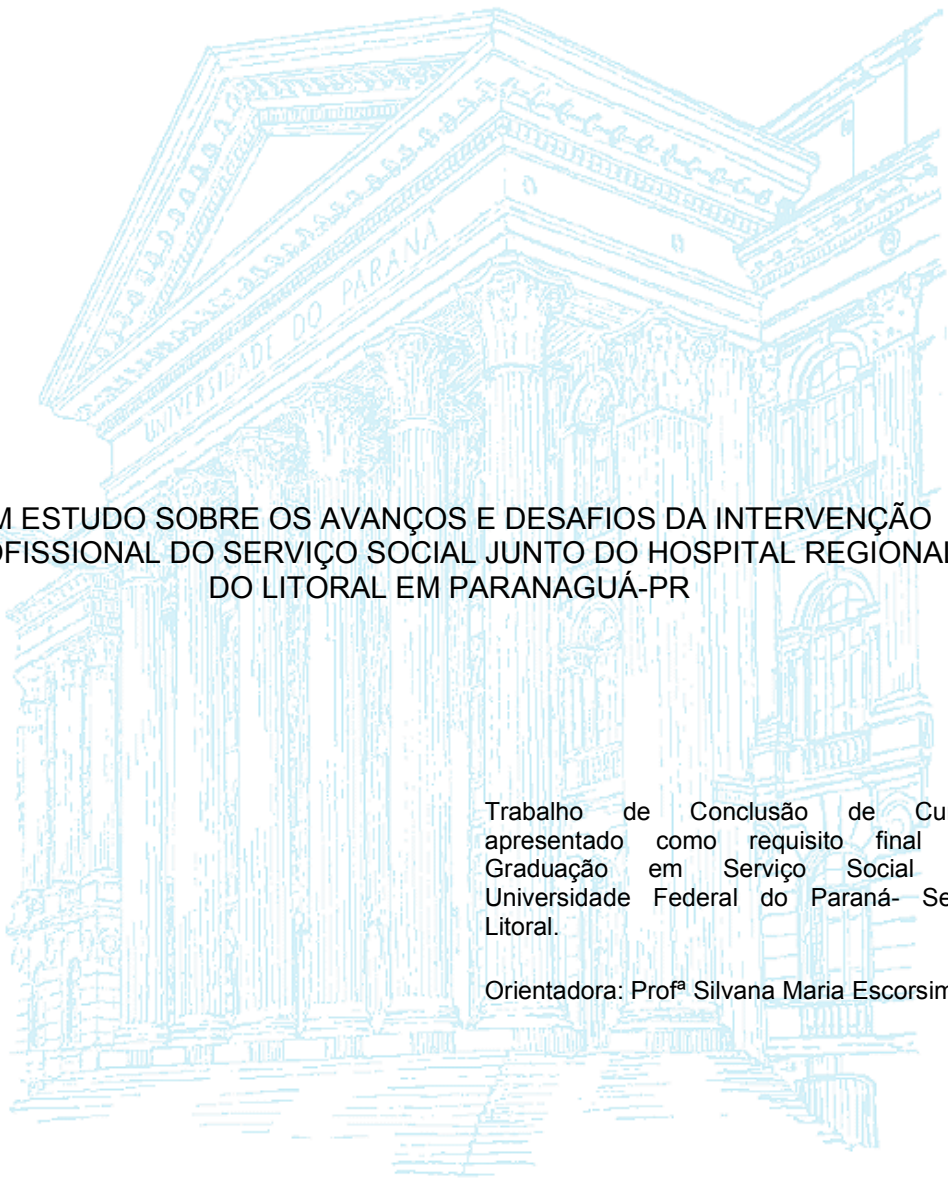
DANIELE CRISTINA DOS SANTOS

UM ESTUDO SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO DO HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL EM PARANAGUÁ- PR.



Matinhos
2016

DANIELE CRISTINA DOS SANTOS



UM ESTUDO SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO DO HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL EM PARANAGUÁ-PR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito final da
Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal do Paraná- Setor
Litoral.

Orientadora: Prof^a Silvana Maria Escorsim.

Matinhos

2016

TERMO DE APROVAÇÃO
DANIELE CRISTINA DOS SANTOS

UM ESTUDO DOS AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO DO HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL EM PARANAGUÁ-PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, defendido e aprovado em Banca Examinadora, no dia 13 de junho de 2016, composta pelos seguintes integrantes:

Professora Dra. Silvana Maria Escorsim
Orientadora

Professora Dra. Giselle Ávila Leal de Meirelles

Professora Msc. Andréa Curralinho Braga

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A minha orientadora Silvana Maria Escorsim, pelo suporte, ao pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A professora Adriana Lucinda Oliveira que no momento mais frágil da minha vida, quando perdi minha mãe, me incentivou a não desistir.

Aos meus filhos que me apoiaram nessa jornada, com amor carinho e compreensão.

Meus agradecimentos as amigas Carolina Miranda, Renata Falcão e Priscila Moreira Dáveis, companheiras de trabalhos e irmãs na amizade, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza.

Aos colegas de trabalho que entendiam quando eu precisava sair mais cedo, ou quando ficava pesquisando nos meus momentos de folga.

A todos que, direta ao indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente nas horas de angústia.

A minha mãe Olga Lucinda de Borba Santos "In Memoriam", que foi meu pai e mãe. A ela todas as honras, mulher de garra, caráter e símbolo de quem eu queria ser, sempre me incentivou, proibindo inclusive que eu fizesse os serviços domésticos para estudar, sempre foi meu exemplo.

Agradeço a ela de hoje eu ser quem em eu sou.

Dedico aos meus filhos para que compreendam que é possível vencer na vida mesmo com todas as dificuldades.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

RESUMO

O Serviço Social é uma profissão regulamentada pela Lei nº 8.662/93, cujo exercício profissional é normatizado pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Trata-se da profissão que se concretiza na área das políticas sociais, tendo o compromisso de garantir o acesso da população aos direitos sociais. O presente estudo teve o objetivo de analisar os avanços e desafios da intervenção do profissional do Serviço Social junto do Hospital Regional do Litoral, localizado no município de Paranaguá, estado do Paraná. A metodologia de pesquisa aplicada foi a revisão bibliográfica e a pesquisa de campo, realizada com três Assistentes Sociais que atuam no Hospital Regional do Litoral, no intuito de conhecer a realidade destes profissionais, destacando seus limites, desafios e perspectivas. Ao término desta pesquisa, concluiu-se que as principais dificuldades da profissão no ambiente hospitalar se tratam das relações de poder e as atribuições destinadas aos Assistentes Sociais, diferentes de suas competências. O acúmulo de funções adversas à profissão compromete a atividade reflexiva, a elaboração de projetos de intervenção, que norteia as ações do Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Políticas Públicas. Direitos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Social work is a profession regulated by Law No. 8,662 / 93, whose professional activity is regulated by the Code of Professional Ethics of Social Workers. This is the profession that is realized in the area of social policies, and the commitment to ensure the population's access to social rights. This study aimed to analyze the progress and challenges of professional intervention of Social Work with the Regional Coastal Hospital, located in the city of Paranaguá, Paraná state. The research methodology applied was a literature review and field research conducted with three social workers who work in the Regional Coastal Hospital in order to know the reality of these professionals, highlighting its limitations, challenges and perspectives. At the end of this research, it was concluded that the main difficulties of the profession in the hospital to deal with the relations of power and the allocations for the social workers, different from their skills. The accumulation of adverse functions to the profession undertakes reflective activity, the development of intervention projects, which guides the actions of the Social Service.

Keywords: Social Service. Health. Public Policy. Rights. Health Unic System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIMENSÕES E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	15
1.1. O Serviço Social no Brasil- Conquistas e Limites	15
1.2 O Serviço Social na Saúde.....	26
2 HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL- DO SÉCULO XX ATÉ A ATUALIDADE	32
2.1 A política nacional de saúde brasileira	32
2.2 A Constituição de 1988 e os avanços na saúde pública- a criação do Sistema Único de Saúde	38
3 O SERVIÇO SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR	45
3.1 A visão dos Assistentes Sociais do Hospital Regional do Litoral- limites e desafios	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE	71
ANEXO	72

INTRODUÇÃO

A saúde pública é um direito social e constitucional de todo cidadão, sendo de obrigação do Estado a promoção de um sistema funcional, efetivo e que vá de encontro às necessidades da população. Enquanto um direito se concebe a “[...] idéia de que as dificuldades enfrentadas pelos homens serão assumidas coletivamente pela sociedade, com supremacia da responsabilidade de cobertura do Estado, que deverá criar um sistema institucional capaz de dar conta dessas demandas”. (COUTO, 2004, p.183).

Assim, esta pesquisa se justifica pelo estreitamento das discussões acerca da intervenção do Serviço Social no âmbito da saúde. Para efeito deste estudo, o Hospital Regional do Litoral serve de base para análise, especialmente na questão dos avanços, desafios e limitações na prática cotidiana.

O Hospital Regional do Litoral (HRL), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, possui uma área de total de 12.000 m², sendo 10.000 m² de área construída (Schemell, 2015). Trata-se de um estabelecimento de referência para o atendimento médico assistencial no Litoral do Paraná, socorrendo os pacientes oriundos dos Municípios de Pontal do Paraná, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Antonina, Guaraqueçaba e Paranaguá, onde está localizado, através dos serviços de urgência e emergência.

A expectativa do presente trabalho é buscar um maior entendimento das competências do Assistente Social (AS) no ambiente hospitalar, bem como a finalidade do Serviço Social (SS) neste contexto, no intuito de demonstrar como os AS contribuem para os avanços que determinam o atendimento aos usuários do SUS, bem como apontar os principais desafios enfrentados por estes profissionais.

Desta forma, o principal problema a ser focado na presente pesquisa é a análise da intervenção do Serviço Social no Hospital Regional do Litoral, destacando a percepção dos Assistentes Sociais sobre esta prática, considerando especialmente as dificuldades, limitações e perspectivas dos profissionais para a prática no ambiente hospitalar.

Historicamente, os serviços destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados ineficazes e incapazes de atender a

demanda de indivíduos que dele necessitam por inúmeras razões. Os problemas se apresentam de todas as ordens, desde nos aspectos profissionais, estruturais, organizacionais dentre outros, até o tratamento direto dispensado ao cidadão, que muitas vezes tem seus direitos negados, o que reforça a exclusão em níveis institucionais e sociais.

Esta exclusão é consequência da realidade social que se vive atualmente, marcada ainda pela supremacia do capital, que fortalece o agravamento das relações sociais. O agravamento destas relações se traduz, no âmbito da saúde, pela desigualdade de oportunidades no setor público e privado, com consideráveis diferenças no acesso ao sistema de saúde, nos atendimentos, qualidade de serviços ofertados e condições de diagnóstico e tratamento.

Neste contexto, a privação e ausência de muitos direitos assumem dimensões consideráveis tanto na esfera organizacional quanto no contato direto com o cidadão, marcado muitas vezes pela dificuldade para agendar uma consulta, uma determinada especialidade ou ter acesso a um diagnóstico de qualidade.

É neste contexto que o projeto ético-político do Serviço Social se efetiva, uma vez que dentre as principais atribuições do AS se destaca a garantia de direitos e equidade social, visando a superação da rotulação e exclusão de comunidades historicamente segregadas. Cabe ao profissional do SS, assim, proteger e consolidar os direitos sociais, especialmente daqueles indivíduos que, por diferentes motivos e situações, são vítimas de privação ou ausência dos mesmos.

Dentre os princípios fundamentais das responsabilidades do Assistente Social, conforme se depreende do II Seminário Nacional: o serviço social no campo sóciojurídico na perspectiva da concretização de direitos (2012, p. 149), salienta-se

[...] a luta pela consolidação e ampliação dos direitos sociais. Com isso, o trabalho profissional é mediado pelo desafio cotidiano de concretizar direitos numa sociedade que os retira constantemente. O compromisso de materializar um trabalho que contribua para a efetivação dos direitos sociais se insere no reconhecimento de que o espaço institucional é permeado por contradições, impondo determinados limites à ação profissional. Nesse contexto, o trabalho do/a assistente social é tensionado, por um lado, pelas condições institucionais e, por outro, pelas demandas postas pelos/as usuários/as. Trabalhar na perspectiva da garantia dos direitos

significa também compreender que as condições estruturais da sociedade capitalista inflexionam a construção desses direitos e a organização dos sujeitos sociais na luta pela sua garantia.

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os avanços e desafios da intervenção profissional do Serviço Social junto ao Hospital Regional do Litoral.

Os objetivos específicos pretendem:

- ✓ Analisar a prática do Assistente Social na instituição HRL, conhecendo seus desafios e limites;
- ✓ Identificar como os Assistentes Sociais percebem a intervenção do SS na instituição;
- ✓ Conhecer os desafios que os profissionais encontram no seu cotidiano;
- ✓ Conhecer as perspectivas futuras que os profissionais almejam dentro desta prática.

Logo, o desenvolvimento do presente trabalho irá promover uma apurada compreensão sobre os componentes teóricos, discorrendo sobre a articulação dialética destes com a prática, pois ambos demonstram as possibilidades e estratégias do fazer profissional.

Da mesma forma, é fundamental analisar as barreiras que a própria rotina institucional, ou seja, o cotidiano na instituição impõe para a intervenção profissional, para que a partir dela se construam estratégias coletivas de superação.

Assim, o trabalho está organizado em três capítulos. A primeira sessão versa sobre a descrição do Serviço Social, apontando como referência teórica a história do Serviço Social no Brasil e como subtítulo o Serviço Social na Saúde, especialmente através dos documentos norteadores da profissão, como o Código de Ética do Assistente Social (Lei nº 8662/93).

O segundo capítulo irá discorrer sobre o histórico da Política Nacional de Saúde no Brasil, do século XX até a atualidade.

No terceiro capítulo serão apresentados os dados coletados na pesquisa de campo e a interpretação dos mesmos. Nas considerações finais se espera responder ao tema central desta pesquisa, que é analisar a intervenção do SS no Hospital Regional do Litoral.

A metodologia de pesquisa empregada é qualitativa que “explora particularmente as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que esses instrumentos penetram na complexidade de um problema” (RICHARDSON, 1999, p. 82).

Neste sentido, será realizada uma entrevista semi-estruturada que, para Marconi & Lakatos (1999, p. 94) consiste no “encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto”. Esta entrevista será gravada com quatro Assistentes Sociais pertencentes ao quadro de funcionários do Hospital Regional do Litoral.

Será realizada também a revisão bibliográfica que, para Gil (2002, p. 44) “é definida como a pesquisa desenvolvida a partir de material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos”.

A realidade encontrada no HRL será confrontada com a base teórica analisada, de natureza qualitativa. De acordo com Silva e Menezes (2001, p. 20)

[...] a estratégia da pesquisa do ponto de vista de abordagem do problema, classificada como qualitativa, considera uma relação dinâmica entre o mundo real e o pesquisador. Tem como base a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas e tem como focos principais de abordagem o processo e seu significado.

A interpretação dos dados coletados na pesquisa consistirá na análise de conteúdo que, para Bardin (2011) se trata de

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Ainda segundo a autora (2006) a análise de conteúdo abarca três fases, sendo elas a “pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação”.

De acordo com a proposta do presente estudo, as entrevistas realizadas com os Assistentes Sociais do HRL constituem a fase de exploração do material que, relacionada à revisão bibliográfica constante na pré-análise, permitirá o tratamento dos resultados, baseados na inferência e na interpretação dos mesmos, no intuito de responder ao objetivo geral deste

trabalho, ou seja, os avanços e desafios do Serviço Social no campo de estudo.

Enfim, espera-se ao término deste estudo contribuir para o alargamento das discussões sobre as competências do Serviço Social no âmbito hospitalar, no sentido de aprimorar a construção da prática do Assistente Social, tendo por base os avanços e desafios da intervenção destes profissionais em relação às necessidades de saúde da população encontrada no Hospital Regional Litoral.

CAPÍTULO I

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIMENSÕES E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 O Serviço Social no Brasil- Conquistas e Limites

A história do Serviço Social no Brasil, desde sua origem e ainda hoje, está relacionada aos aspectos econômicos e políticos do país, que interferem no social, onde uma minoria foi e ainda é detentora de direitos e condições de abastada sobrevivência, em detrimento da grande maioria da população, em que muitos estão relegados ao descaso e ausência de participação nas políticas sociais.

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, uma época marcada pelo acentuado processo de industrialização e pleno desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país. O sistema capitalista vigente, sustentado pela incongruência entre capital e trabalho, estava fundamentado na centralização da propriedade privada e dos meios de produção. A injusta distribuição de renda acarretou a movimentação da classe trabalhadora, o proletariado, em busca de melhores condições de vida, de cidadania e direitos sociais.

Sobre os trabalhadores da época:

O histórico das condições de existência e de trabalho do proletariado industrial – principalmente a partir do início do século, quando começam a aglutinar-se nos centros maiores as empresas industriais dispersas, [...] – mostra a extrema voracidade do capital por trabalho excedente. A população operária se constitui em uma minoria – composta majoritariamente por imigrantes– marginalizadas social e ecologicamente dentro das cidades, algumas já bastante desenvolvidas, [...] essa parcela da população urbana vivia em condições angustiantes. Amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectas, sendo muito frequente a carência – ou mesmo falta absoluta – de água, esgoto e luz. Grande parte das empresas funciona em prédios adaptados, onde são mínimas as condições de higiene e segurança, e muito frequentes os acidentes. O poder aquisitivo dos salários é de tal forma ínfimo que para uma família média, mesmo como o trabalho extenuante da maioria dos seus membros, a renda obtida fica em nível de insuficiente para a subsistência (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 128).

Assim, esta sociedade capitalista, em transição de uma economia baseada na exportação cafeeira para uma industrialização, financiada e nos moldes das grandes potências européias, gerou uma realidade social marcada pela disputa de classes, o aumento das camadas operárias e conflitos oriundos da intensa exploração do proletariado que, mergulhados num crescente processo de desigualdade, intensificaram a luta em defesa da igualdade de condições e direitos.

Neste contexto, a caótica situação social necessitava emergencialmente de respostas, principalmente do Estado. Assim,

[...] O Serviço Social é requisitado pelas complexas estruturas do Estado e das empresas, de modo a promover o controle e a reprodução (material e ideológica) das classes subalternas, em um momento histórico em que os conflitos entre as classes sociais se intensificam, gerando diversos 'problemas sociais' que tendem a pôr a ordem capitalista em xeque. (CARVALHO e IAMAMOTO, 2006, p. 126)

Na ausência de ações efetivas neste cenário marcado pela crise econômica, pelas desigualdades sociais e geográficas, os índices de extrema pobreza em níveis alarmantes, a exploração da força de trabalho e a ausência de leis trabalhistas, coube a Igreja Católica [...] “desempenhar um importante papel nos momentos mais críticos para a estabilidade do novo regime e com ele disputará arduamente a delimitação das áreas e competências de controle social e ideológico”. (IAMAMOTO, 2004, p.155).

A ânsia da Igreja, neste momento, era a de apresentar sua doutrina como única solução para as carentes condições de vida da população, no intuito de resgatar muitos dos seus fiéis de volta ao cristianismo e recuperando, assim, sua hegemonia de “uma força ideológica mundial”, que havia sido substituída por uma “força subalterna” (IAMAMOTO, 2008). Suas ações foram voltadas para as obras assistencialistas destinadas às camadas populares.

De acordo com lamamoto, o Serviço Social

[...] começa a surgir como um “departamento” especializado da Ação Social e da Ação Católica, num momento extremamente importante para a definição do papel da Igreja dentro das novas características que progressivamente vai assumindo a sociedade brasileira. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005, p. 214).

Esta ação social, motivada pelo assistencialismo da Igreja Católica, era voltada para a caridade, sendo seus objetivos

[...] direcionados para o atendimento da pobreza, através da assistência, prestação de serviços e orientação individual, sendo seus conhecimentos baseados no neotomismo, expressos pelo ensino das encíclicas e pela moral, pela filosofia e pela religião. Sendo sua prática operada basicamente pelas técnicas da entrevista e da visita domiciliar. A formação profissional, apresentava-se então um cunho doutrinário e religioso (SILVA, 1995, p. 10).

As primeiras bases do Serviço Social estavam voltadas, neste cenário, à prática da caridade e do assistencialismo, destinada aos “segmentos mais vulnerabilizados e empobrecidos da classe operária, especialmente mulheres e crianças” (RAICHELIS, 2006, p. 1). A concepção que se desejava incutir ao proletariado, em nome do modelo capitalista vigente e dos detentores dos meios de produção, era a de que a responsabilidade pela situação de miséria e desigualdade social advinha do próprio trabalhador oprimido.

Segundo Martinelli (2006) a intencionalidade da burguesia, maior beneficiária na exploração do capital sobre a força trabalho

Era para criar tais ‘bases’ de sustentação, capazes de garantir a irreversibilidade do capitalismo, que a burguesia desejava utilizar a prática social dos filantropos, dentre outras estratégias. Utilizando-se da facilidade do acesso desses agentes à família operária, a classe dominante pretendia transformá-la em um expressivo veículo de sujeição do trabalhador às exigências da sociedade burguesa constituída em um instrumento de desmobilização de suas reivindicações coletivas. (MARTINELLI, 2006, p. 65).

Os primeiros profissionais do Serviço Social recrutados, motivados e executores das ações sociais promovidas pela Igreja Católica passam a ser aproveitados pelo Estado, a partir da década de 1930, constituindo-se em “[...] um dos elementos que participa das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas” (IAMAMOTO, 1982, p.27), num momento em que a profissão caminha rumo à institucionalização.

Embora estes profissionais, para os detentores de poder, tivessem a finalidade de reforçar a ideologia dominante da época, mantendo as condições econômicas, políticas e sociais na conjuntura em que se apresentavam, para Ortiz (2007, p. 163) “o que moveu os pioneiros a buscarem o Serviço Social não foi a necessidade de incorporação imediata ao mercado de trabalho, mas a vocação e o interesse em aperfeiçoar o apostolado”.

Neste sentido, em nome dos interesses da burguesia e do Estado, começa a emergir “a necessidade de formação técnica especializada para a prática da assistência [...] que não apenas o aparato religioso, mas também o Estado e o empresariado” (IAMAMOTO, 1982, p. 184).

Antes do surgimento das primeiras escolas oficiais de Serviço Social, já eram realizados “cursos de formação social e de semanas sociais, entre outros” (AGUIAR, 1995, p. 28). A profissão se institucionaliza, assim, com a fundação da primeira escola em 1936, na cidade de São Paulo, pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), com bases fortemente religiosas, cujo objetivo maior era o de

[...] promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e de fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais, visando tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais e adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2003, p. 168).

Importante salientar que esta primeira escola era freqüentada por moças, oriundas dos cursos de formação social em 1932. O projeto profissional dos primeiros Assistentes Sociais foi norteado pelo pensamento filosófico neotomista, cuja doutrina

[...] reconhece que o homem é um ser dotado de razão, o que lhe permite refletir sobre seus atos e superar suas limitações. Assim, deverá o homem dominar seus instintos e paixões para viver em sociedade com os outros homens, colaborando para a construção do bem comum; caso contrário, deverá este homem se submeter a um tratamento capaz de devolvê-lo a serenidade e a tendência de progresso e perfectibilidade. (ORTIZ, 2007, p. 132)

Pode-se afirmar que dentro de tais princípios, a Igreja Católica mantém seu poder sobre as camadas mais populares, enquanto o Estado e a burguesia, da mesma forma, promovem a manutenção da ordem social que atendia ao seu interesse maior, que era o de perpetuar a ideia de que as desigualdades entre os homens são de providência divina, devendo ser respeitadas.

Para Iamamoto (1994), esta dialética entre Igreja e Estado pode ser explicada pela dependência velada entre seus objetivos.

Para a Igreja, “questão social”, antes de ser econômica-política, é uma questão moral e religiosa. A sociedade é tida como um todo unificado, através de conexões orgânicas existente entre seus elementos, que se sedimentam pelas suas tradições, dogmas e princípios morais, de que a Igreja é depositária. Deus é a fonte de toda a justiça, e apenas uma sociedade baseada nos princípios cristãos pode realizar a justiça social. A intervenção do Estado na “questão social” é legítima, já que este deve servir ao bem comum. O Estado deve assim preservar e regular a propriedade privada, impor limites legais aos excessos da exploração da força de trabalho e, ainda, tutelar os direitos de cada um, especialmente do que

necessitam de amparo. Mas o Estado não pode negar a independência da sociedade civil. Entre ele e os indivíduos existem os grupos sociais “naturais” (a família, a corporação, a nação etc), organismos autônomos, mais que mera soma de indivíduos que limitam a ação dominadora do Estado. A Igreja deve compartilhar com este a atuação diante da “questão social”, na tarefa de recristianização da sociedade através de grupos sociais básicos, especialmente a família. Impõe-se uma ação doutrinária e organizativa com o objetivo de livrar o proletariado das influências da vanguarda socialista do movimento operário e harmonizar as classes em conflito a partir do comunitarismo cristão. A partir deste suporte analítico e dessa estratégia de ação, a Igreja deixa de se contrapor ao capitalismo, e passa a concebê-lo através da “terceira via”, que combate veementemente o socialismo e substitui o liberalismo pelo comunitarismo cristão. (IAMAMOTO, 1994, p. 18)

Pode-se inferir, assim, que o Estado e a Igreja Católica, mesmo tratando de diferentes ângulos a questão social, acabam por defender objetivos de controle social em comum. Para o Estado, a luta pela recristianização da Igreja funciona como uma fonte de disciplina sobre as camadas populares, abafando conflitos. Para a Igreja Católica, esta aproximação com o Estado significou o fortalecimento de sua luta contra o comunismo e a reunificação dos seus dogmas com a sociedade burguesa.

Em 1937, é fundado no Rio de Janeiro o Instituto de Educação Familiar e Social, diferentemente do ocorrido quando da criação escola de São Paulo, cujo objetivo era

[...] formar entre as mulheres, não de uma classe, mas de todas as classes sociais, uma consciência de comunidade cristã que venha substituir o individualismo liberal egoísta sem cair na socialização inumana e estatal. Para isso formar assistentes sociais, educadores familiares e donas de casa que venha ser no meio em que vivem e trabalham, nos institutos em que ensinam ou ambientes sociais em que atuam, como elementos de correção das anomalias sociais, verdadeiros elementos da renovação pessoal e católica. (AGUIAR, 1995, p. 30).

A década de 1940, auge do processo de industrialização no Brasil foi marcada pelo crescimento do proletariado e consolidação da burguesia industrial. Com a intensificação dos conflitos entre essas classes e no intuito de conter as reivindicações da classe trabalhadora, o Estado passou a estruturar políticas sociais a serem executadas em instituições de assistência. Para atender esta demanda, o Serviço Social foi requisitado.

A profissão amplia sua área de ação, alarga as bases sociais de seu processo de formação, assume um lugar na execução das políticas sociais emanadas do Estado e, a partir desse momento, tem seu

desenvolvimento relacionado com a complexidade dos aparelhos estatais na operacionalização de Políticas Sociais. Dessa forma, gradativamente, o Estado vai impulsionando a profissionalização do assistente social e ampliando seu campo de trabalho em função das novas formas de enfrentamento da questão social. (YASBEK, 2009, p. 10).

Importante ressaltar que neste momento começou a ser delineado o perfil dos primeiros Assistentes Sociais que, oriundos de uma ação social promovida pela Igreja Católica, passaram a compor o conjunto de políticas sociais de iniciativa estatal.

Nesta conjuntura e frente às novas demandas impostas pelo avanço do capitalismo, aliada à necessidade de respostas para a questão social por parte do Estado, a influência da Igreja Católica começa paulatinamente a perder força, dando lugar ao positivismo do Serviço Social norte-americano. Saliente-se, entretanto, que “a ação normativa social do Estado brasileiro, neste momento, apresenta fortes características paternalistas e repressivas, reforçadores da ideia de um Estado humanitário e benemerente”. (YASBEK, 2009, p. 132).

A aproximação com o Serviço Social norte-americano efetivou-se por meio da oferta de bolsas de estudo aos Assistentes Sociais brasileiros, em sua maioria mulheres, para se especializarem em Universidades dos Estados Unidos do Norte, promovendo o primeiro movimento rumo ao pensamento teórico-metodológico da profissão, em detrimento do tradicionalismo e conformismo frente à realidade social imposto pela Igreja Católica até então.

Para Brandão (2006, p. 46) esta aproximação do Serviço Social brasileiro junto às universidades americanas foi marcada pela “triade metodológica”, que “orientou o Serviço Social na busca da integração do homem ao meio social em que vivia”.

O reflexo desta influência norte-americana se traduziu pela reformulação da intervenção profissional do Assistente Social, que a partir deste contato passou a se utilizar de métodos de estudo, diagnóstico e tratamento, além de técnicas inovadoras de Serviço Social de Caso e, posteriormente, de Grupo e de Comunidade.

O Serviço Social recebeu, de início, uma influência da Sociologia, mas é a Psicologia que fundamentará esse método: há preocupação com o indivíduo, suas emoções e personalidade. Isso se faz possível dado o desenvolvimento econômico dos Estados Unidos, o que não era e não é o caso do Brasil. Mas, como o Serviço Social brasileiro

carecia de um aparato instrumental, o Serviço Social norte-americano aparece como solução. (AGUIAR, 1995, p. 60).

Com isso ocorre uma modificação de eixo da prática profissional, que passa a contemplar os problemas da comunidade ao invés da preocupação com o indivíduo, o que era praticado até então.

Assim, a partir dos novos métodos adotados, o Serviço Social de Caso passou a conceber “o ser homem, inserido em sua realidade, isto é, em sua situação total e não só o indivíduo e suas relações sociais, como também, a conexão com todos os fatores de seu ambiente” (BRANDÃO, 2006, p. 86).

Nestes pressupostos, a base de sua intervenção prevê que o homem era o responsável pela mudança das suas condições, em todas as ordens.

O Serviço Social de Grupo, por sua vez, considerava “os aspectos metodológicos do trabalho com grupos, os princípios de ação, as técnicas ou tipos de instrumentalização possíveis, não deixando de lado as atitudes e habilidades inerentes ao desempenho profissional [...]” (BRANDÃO, 2006, p. 86).

Neste viés, o objetivo do Serviço Social era preparar os grupos para a participação social, priorizando a importância da vivência do indivíduo em sociedade, uma vez que esta integração seria efetiva para a transformação da comunidade

O Serviço Social voltado ao Desenvolvimento de Comunidade, alicerçado aos métodos de Caso e de Grupo, ressalta que dentre as questões sociais emergentes neste contexto

A pobreza deve ser entendida como um problema estrutural. Nesse contexto sugere-se que o Serviço Social e o desenvolvimento de comunidade devem ter compromisso de conhecer essa realidade e inserir-se nas lutas sociais para ter um bom resultado no combate à pobreza; [...] a prática profissional deve estar atenta a demanda diversificada, procurando ocupar espaços e ser condizente com as diferenças existentes; os modos de pensar e de agir do Serviço Social acompanham as mudanças sociais da consciência e das práticas. [...] é preciso ter um conhecimento dessa nova realidade e uma renovação na maneira de intervir nas comunidades (BRANDÃO, 2006, p. 93).

Como se pode perceber, essa ‘tríade metodológica’ desenvolvida pelos Assistentes Sociais brasileiros, fruto do modelo norte-americano e numa sociedade de base e contexto extremamente capitalista, nesta conjuntura social, serviu para submeter os princípios de ação destes profissionais à influência católica de bases americanas.

Em 1957 o Serviço Social foi reconhecido enquanto profissão num momento de profunda crise política e econômica, onde o capitalismo estava em amplo processo de consolidação e os direitos sociais básicos se viam comprometidos.

A atuação do Serviço Social neste período foi marcada por um pensamento acerca da profissão diferente daquele de origem, ou seja, “o eixo teórico-prático da intervenção em organização de comunidade consistia em melhorar o meio, as condições imediatas, enquanto, nos anos 30, consistia em mudar o comportamento do indivíduo e da família.” (FALEIROS, 2001, p. 15).

Na década de 1960, na expectativa de redefinir objetivos e finalidades do Serviço Social, aconteceu o movimento de Reconceituação em toda a América Latina, em que os profissionais do Serviço Social passaram a repensar a profissão. Sobre esse movimento, pode-se afirmar que

[...] foi, na sua especificidade, um fenômeno tipicamente latino-americano. Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sócio-políticas, da direção social da prática profissional de seu *modus operandi*. (IAMAMOTO, 2001, p. 205).

Com a Ditadura Militar no Brasil, em 1964, o país foi governado durante 25 anos pelos militares, sendo um período marcado pela intensa repressão, censura e perseguições. A partir das condições políticas e econômicas impostas, a crise vivenciada nesta fase significou, no interior do Serviço Social, uma necessidade de “renovação [...], abrangente e plural, expressa tanto nos campos da pesquisa e do ensino, na organização político-cooperativa dos Assistentes Sociais como no mercado de trabalho profissional” (IAMAMOTO, 2001, p. 202).

Nestes pressupostos, a Reconceituação no Brasil sofreu as consequências deste momento político, ficando limitado à “[...] execução de políticas sociais em expansão e dos programas de Desenvolvimento de Comunidade” (SILVA, 2002, p. 30).

As primeiras modificações nos princípios da profissão já encontravam relação com a saúde pública, também em processo de transição de princípios, finalidades e objetivos. O Serviço Social, nestes pressupostos, se dispunha a romper com o tradicionalismo que marcava suas ações, tendo como principal preocupação “o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de

ação, de busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico” (CARVALHO E IAMAMOTO, 2003, p. 364-365).

Entre as décadas de 1980 e 1990, especialmente em função da promulgação da Constituição Federal de 1988, que passa a garantir por força de lei inúmeros direitos básicos a todos os cidadãos, o Serviço Social passa por transformações, com novas intervenções e limites, principalmente nos aspectos teórico-metodológicos, éticos e políticos.

Em 1993 foi criado o Código de Ética do Assistente Social e a Lei nº 8662/93 que discorre sobre a regulamentação da profissão. Ambos os documentos são de suma importância enquanto regulador dos parâmetros da profissão e sua missão ética e política. A Lei 8662/93 define as competências do Serviço Social que, na área da saúde, é composto

[...] por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde. (COSTA, 2012, p. 38).

Pode-se inferir, desta forma, que o Serviço Social começa a se afirmar como profissão voltada a defesa dos direitos inalienáveis de todo cidadão. Para Iamamoto (2001) essa transição progressiva dos princípios do Serviço Social até a atualidade aponta que, dentre os inúmeros desafios dos profissionais da área, o principal é “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano” (IAMAMOTO, 2001, p. 20).

Dentre os documentos oficiais que regulamentam as atribuições e competências do SS, os principais aparatos legais são a Lei nº 8662/93, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, e o Código de Ética Profissional do Assistente Social, do mesmo ano.

O Artigo 4º da Lei 8662/93 aponta as competências do Assistente Social,

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos,

grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, LEI n.º. 8662/93)

Percebe-se que o Artigo 4º define as atribuições dos Assistentes Sociais especialmente nos âmbitos de elaboração, acompanhamento, gerenciamento e fiscalização de políticas sociais voltadas à defesa e garantia de direitos constitucionais de todos os cidadãos, de forma igualitária nos aspectos de manutenção e garantias.

Importante ressaltar que tanto o Código de Ética quanto a Lei 8662/93 mantém como objetivo principal normatizar a ação do Assistente Social e instrumentalizar legalmente a profissão na defesa dos interesses da classe trabalhadora e comunidades historicamente excluídas em direção a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Nestes termos, o Projeto Ético Político do Assistente Social visa, sobretudo, reforçar o reconhecimento de suas ações no campo da ciência, sendo determinante para reafirmar seu compromisso com a classe trabalhadora.

Ainda no ano de 1993, outra importante lei foi sancionada no âmbito do Serviço Social, visando nortear a assistência social como uma política pública de direito de todos os cidadãos. Por meio do Decreto n.º 6214, de 7 de dezembro de 1993, foi instituída a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, que no Artigo 1º afirma que

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (DECRETO 6214/1993, LOAS).

A partir da LOAS restou estabelecido que a finalidade da assistência social seria universalizar os direitos mínimos para que todos os indivíduos fossem portadores de condições básicas de sobrevivência, com dignidade. De forma concreta, a LOAS organizou o campo de atuação da assistência, que são as necessidades sociais, determinando as ações para atender de forma efetiva as demandas que se impunham, fortalecendo a cidadania enquanto um direito social.

O Serviço Social, assim, tem na atualidade como maiores desafios a consolidação da cidadania por meio da garantia dos direitos sociais. A partir das novas perspectivas propostas no campo da Assistência Social

Programas e serviços são reconhecidos legalmente e implementados como direitos e possibilitam aos cidadãos se manter sem depender do mercado, contribuindo, assim, para mudar a relação entre cidadania e classe social, ainda que as relações econômicas e sociais não tenham sido estruturalmente transformadas no sentido de extinguir a sociedade de classes. (BOSCHETTI, 2004, p. 111).

Desta forma, compete aos Assistentes Sociais colocar em prática os eixos éticos políticos, metodológicos e técnicos específicos, constantes nos aparatos legais que regulamentam a profissão.

A participação efetiva do Serviço Social atualmente, ainda numa sociedade capitalista, requer a articulação entre as ações propostas e de responsabilidade do Estado e as respostas sociais, baseadas historicamente na relação trabalho e capital. Sua intervenção deve ser crítica e alicerçada nas mudanças ocorridas na sociedade, atuando de forma crítica nos debates e demandas sociais, que interferem e caracterizam diretamente a qualidade do fazer profissional.

De acordo com Iamamoto (2000), um dos maiores desafios do Serviço Social atualmente consiste no desenvolvimento da

[...] sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais e atua na relação direta com a população usuária. Hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com a sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado. (IAMAMOTO, 2000, p. 130)

Pode-se finalizar, assim, afirmando que nos anos 2000 o Serviço Social se depara com demandas referentes à reanálise da questão social frente às políticas sociais, no sentido de que, historicamente, a finalidade da profissão era a de aproximar a população dos seus direitos. Atualmente, se percebe que as necessidades da sociedade exigem que estes profissionais sejam efetivos também na proposição e construção de projetos que acompanhem a dinâmica com que as situações vão se apresentando cotidianamente, oferecendo respostas eficazes e funcionais.

Aliado a essa conjuntura, a banalização da formação profissional é uma realidade, percebida por meio do crescimento avassalador da oferta de cursos e vagas. Como consequência, a precarização das discussões acerca do Projeto Ético Profissional, bem como a construção de projetos coletivos voltados à consolidação e aquisição de direitos sociais ficam comprometidos, uma vez que as ações e estratégias adotadas pelos Assistentes Sociais se tornam imediatistas e distantes da finalidade maior da profissão.

Desta forma, diante de tais desafios, se torna emergencial a constante capacitação profissional, o diagnóstico criterioso da realidade social além da organização coletiva dos Assistentes Sociais rumo a atualização e o fortalecimento do projeto ético político da profissão, que norteia suas ações.

1.2 O Serviço Social na Saúde

De toda a história do Serviço Social no Brasil, marcada pelos diferentes movimentos sociais, se pode afirmar que na atualidade sua intervenção está fundamentada em “um trabalho profissional, articulado aos interesses e necessidades dos segmentos que vivem do trabalho”, e, por conseguinte, “necessita estar mediado pelos princípios de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade” (VASCONCELOS, 2000, p. 136).

Assim, para compreender o Serviço Social no âmbito da saúde é fundamental contextualizar a Política de Saúde no Brasil, destacando três momentos de suma importância que, segundo Bravo (2001), podem ser subdivididos em:

- Assistencialista - que envolve o período que antecede a 1930, onde o Estado não reconhece a questão social, enquanto objeto de sua intervenção política.
- Previdencialista - que desenvolve no período pós-30, onde o Estado passa a assumir a questão social, enquanto elemento de intervenção estatal. A Política de Saúde, nesse momento, abrange fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, aquele de carteira assinada.
- Universalista – fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988, mas que não foi implementada efetivamente, tendo impasses e regressão na década de 1990. (BRAVO, 2001, p. 21)

Ainda de acordo com Bravo (2006), o ingresso do Serviço Social no campo da saúde se deu a partir da década de 1930. Originalmente, o Serviço Social mantinha bases européias que, com a influência do capitalismo, foram substituídas pelas raízes norte-americanas, especialmente em razão da incorporação do capitalismo, que veio a se consolidar como modelo econômico no Brasil, agravando as questões sociais.

A inserção do Serviço Social na área da saúde se deu a partir do “[...] novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que enfocava aspectos biopsicossociais, determinando que outros profissionais (além dos profissionais da área médica) fossem requisitados para atuar no setor” (BRAVO, 2004, p. 28).

Este novo conceito de saúde está baseado no bem estar físico dos indivíduos, relacionado à qualidade de vida, desagregando esta concepção da presença ou ausência de doenças. Para Silva (2002) este momento do Serviço Social na saúde, na década de 1940, esteve vinculado ao

[...] surgimento das grandes instituições como o Conselho Nacional de Serviço Social em 1938, a Legião Brasileira de Assistência em 1940, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial em 1942, o Serviço Social da Indústria, o Serviço Social do Comércio e a Fundação Leão XIII em 1946, amplia o mercado de trabalho para a profissão permitindo ao Serviço Social romper com suas origens confessionais e transforma-se numa atividade institucionalizada. (SILVA, 2002, p. 25)

Nesta época, o fazer profissional acontecia “nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO e MATOS, 2006, p. 199). Sua principal atuação era no sentido de orientação e prevenção de doenças transmissíveis e hereditárias, através das ações de “plantão, triagem ou seleção,

encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. (BRAVO, 2006).

Em 1943, o Serviço Social efetivamente ingressou no campo da saúde, através do Serviço Social Médico desenvolvido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, onde sua prática estava baseada no Serviço Social de Casos, Grupos e Comunidades, de bases norte-americanas.

Para Bravo (2006) tendo em vista o aprofundamento dos problemas sociais da época, especialmente no campo da saúde, a atuação dos profissionais do Serviço Social se dava de forma multidisciplinar, na qual foi priorizada a intervenção por meio da prática educativa sobre os hábitos de higiene e saúde, efetivada por meio da participação nos programas existentes na política de saúde.

Entre os anos de 1945 a 1950, em razão do desenvolvimento e implantação da Política Nacional de Saúde, a participação do Serviço Social na saúde foi intensificada.

Na década de 1960, teve início na América Latina o movimento de Reconceituação, marcado pela redefinição da profissão. No Brasil, entretanto, as tentativas nesse sentido foram abafadas pela Ditadura Militar (1964), que instaurou em todo o país um regime de repressão e conservadorismo. A renovação no Serviço Social, assim, se aproximou da visão modernizadora, fundamentada na ação curativa e de assistência médica previdenciária.

Para Bravo (1996) a atuação do Serviço Social na assistência médica previdenciária, regulamentado em 1967, se concretizava por meio da ação

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica. (BRAVO, 1996, p, 90-91)

Os debates entre os profissionais do Serviço Social sobre sua intervenção no âmbito da saúde não foram determinantes para a modificação de seu projeto de atuação. Entretanto, entre as décadas de 1960 e 1970, em virtude da ação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que na sequência foram integrados, resultando no surgimento do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), percebeu-se um maior no campo de trabalho dos Assistentes Sociais na área da saúde.

A ação dos profissionais, neste momento, estava voltada a:

[...] oferecer uma ajuda psicossocial às pessoas envolvidas no processo da medicina preventiva ou curativa, através do instrumento dialético de compreensão. A autora ressalta a colaboração do profissional no planejamento, na organização e administração dos programas, enfatizando que deve ter uma ação humanizadora. (BRAVO, 1996, p. 104).

A partir de 1970, com a intensificação da resistência contra a Ditadura Militar, teve início no Brasil o movimento de Reforma Sanitária, que passou a discutir melhores condições de vida para a população, contemplando a saúde coletiva. Para o Serviço Social, porém, este momento não influenciou os debates teórico-práticos do seu fazer profissional.

O avanço da organização da categoria, iniciado no âmbito sindical e de ensino, não rebateu na construção de alternativas para a ação do profissional em nível institucional. A prática do assistente social nas instituições foi apenas permeada pelo discurso do compromisso com as classes trabalhadoras. Faltavam, entretanto, propostas de ação que seriam elaboradas de forma incipiente nos anos 80. A prática hegemônica continuou sendo norteadas pelos pressupostos anteriores, pautando-se na modernização, tecnificação, sofisticação, baseando-se na postura estrutural-funcional com forte influência da teoria dos sistemas. É importante salientar que a visão sistêmica influenciou a elaboração dos programas sociais e a política social, em especial, a política de saúde (BRAVO, 1996, p. 100-101).

Com a consolidação da Reforma Sanitária em 1986, na ocasião da 8ª Conferência de Saúde, aliada a aprovação da Constituição Federal, em 1988, a Assistência Social juntamente com a Previdência Social passaram a fazer parte da Seguridade Social, representando novas demandas para o Serviço Social, dentre as quais

[...] busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO e MATOS, 2007, p. 206)

Pode-se afirmar que ainda neste contexto, a participação do Serviço Social na esfera da saúde estava limitada à aplicabilidade das políticas sociais vigentes, estando às margens das determinações constitucionais e práticas institucionais, o que foi traduzido pela desarticulação dos profissionais no tocante às dimensões da ação profissional.

A década de 1990 foi marcada pelo surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS, Lei nº 8080), num cenário marcado pela ideologia neoliberal na realidade brasileira, cuja consequência, segundo Bravo e Matos (2007), foram as privatizações, prejuízo das políticas sociais, novos arranjos fiscais, dentre outras. Barroco (2003) faz uma análise das condições do país, nesta conjuntura:

[...] as condições sócio-econômicas e ideo-políticas dos anos 1990 atinge diretamente a classe trabalhadora, rebatendo duplamente no Serviço Social, seus agentes são atingidos como cidadãos e trabalhadores assalariados e como profissionais viabilizadores de direitos sociais. A vertente profissional que, nos anos de 1980, ganhou a legitimidade na direção das entidades de profissionais e estudantes, na organização sindical, no debate crítico, na produção inserida na tradição marxista, na revisão curricular de 1982 e na reelaboração do Código de Ética de 1986, defronta-se com o desafio de responder à essa conjuntura, sem perder suas conquistas. (BARROCO, 2003, p. 180).

Esta nova dinâmica ocasionou o envolvimento do Serviço Social com a Teoria de Marx, provocando uma mudança de mentalidade com relação ao campo de atuação dos profissionais do Serviço Social, seu fazer profissional e uma nova visão da sociedade de então.

Com a aprovação do Código de Ética Profissional do Assistente Social e a Lei de regulamentação da profissão em 1993 (Lei nº 8662), e as novas questões sociais influenciadas pela política neoliberal, o compromisso dos Assistentes Sociais foram legitimados em defesa da classe trabalhadora.

No âmbito da saúde, Vasconcelos (2009) ressalta que os profissionais do Serviço Social tem a incumbência de

[...] organizar e realizar a atenção aos direitos, baseados nas demandas dos usuários, realizar e divulgar estudos socioeconômicos dos que conseguem e dos que não conseguem acesso aos recursos da saúde, identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas, priorizar as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, danos, agravos, e riscos, [...] sem prejuízo do tratamento e da reabilitação (VASCONCELOS, 2009, p. 258-259).

Desta forma, como enfrentamento da realidade apresentada, a intervenção do Serviço Social na saúde, especialmente a partir de 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde, passou a contemplar o indivíduo e sua saúde como um direito social, constitucional e, com isso, de competência da ação profissional dos Assistentes Sociais.

Nestes pressupostos, se pode afirmar que a intervenção destes profissionais na área da saúde se efetiva no sentido de

Apreender– nas suas relações e conexões -, explicitar e dar respostas às diferentes expressões da questão social presentes na área da saúde, para além do sofrimento físico e psíquico; f
Criar condições para que a passagem pelo Serviço Social capacite, incentive e contribua na mobilização e organização dos usuários na luta pelos seus direitos - individuais e coletivos - conquistados e a serem ampliados, em todas as áreas; diferente do simples acesso a um recurso. (VASCONCELOS, 2008, p. 29).

Conforme a mesma autora (2008), por fim, cabe aos Assistentes Sociais assumir e concretizar seu compromisso na busca pela preservação dos direitos de todos os cidadãos, não apenas através da acessibilidade aos recursos, mas da conscientização e inclusão destes indivíduos, por meio da participação, na efetivação dos direitos e discussão da questão social. Em especial no âmbito da saúde, contribuir para a universalização e qualidade nos serviços, sejam eles públicos ou privados, tal qual determina a Constituição Federal.

Assim, os desafios do Serviço Social na contemporaneidade estão pautados no

[...] desenvolvimento de conhecimentos teóricos aliados a estratégias de intervenção no campo de forças hegemônicas versus contra-hegemônicas, sob valores globais de cidadania e democracia. A ação teórico-reflexiva, baseada numa ética global e em valores humanistas, deverão nortear o agir dos profissionais de Serviço Social, para que se consiga transformar o desenvolvimento econômico e científico em desenvolvimento humano. A sua abordagem deverá ser orientada para práticas antiopressivas e antidiscriminatórias de qualquer natureza (MARTINS, 2003, citado por RAMALHO, 2012, p. 364).

As competências do Serviço Social na atualidade não se restringem a apenas aproximar o cidadão do seu direito, mas em efetivamente instrumentalizar cada indivíduo para que, além do acesso, tenha consciência da importância da sua participação no enfrentamento das questões sociais, a cada dia mais emergentes.

CAPÍTULO II

HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL- DO SÉCULO XX ATÉ A ATUALIDADE

2.1 A Política Nacional de Saúde brasileira

Atualmente, o conceito de saúde está associado não somente à ausência de doenças, mas considera, sobretudo, as ações preventivas que possibilitem ao homem o bem estar físico, mental e social. Logo, o meio social e a qualidade de vida dos indivíduos neste 'lôcus' são fundamentais neste contexto.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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. (BRASIL, 1990, ARTIGO 3º)

Historicamente, sabe-se que a partir da década de 1920, ainda durante a economia cafeeira, as condições de vida dos homens já se apresentavam complexas, devido à ausência de políticas sociais e leis trabalhistas protetivas frente às condições de trabalho assalariado.

Esta realidade se agravou quando, na mesma década, teve início no Brasil o processo de industrialização, alicerçado num sistema capitalista agressivo que, no caso do nosso país, foi sustentado pela exploração da força de trabalho pelo capital, quando as condições de vida dos trabalhadores, em consequência, foram agravadas por problemas sociais de todas as ordens, o que posteriormente foi chamado de questão social.

Pode-se concluir, sobre este momento, que “no capitalismo, o trabalhador nunca teria saúde, pois sempre seria explorado. Suas condições de moradia, de alimentação e de trabalho sempre seriam determinadas pelo desejo de lucro do patrão” (KUJAWA, BOTH, BRUTSCHER, 2003, p. 12).

Os primeiros movimentos voltados à saúde, diante desta realidade, datam da década de 1920, com a Lei Eloy Chaves que deu origem à criação das CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensões), numa tentativa de aumentar

o acesso da população aos atendimentos de saúde pública. Entretanto, este acesso ficou limitado apenas aos assalariados que contavam com carteira assinada, e condicionado às suas contribuições.

Para COHN e ELIAS (1996), é importante destacar que a década de 1920 foi marcada, entre outras, pelo financiamento tripartite da saúde, onde empregados, trabalhadores e Estado mantinham um sistema de seguro social, de caráter assistencialista e não universal. Para custear esse sistema, o Estado adotou a criação de novos impostos que recaíam sobre os empregados, através de descontos diretos em seus salários.

Sobre as CAPS é importante salientar que foram motivadas e financiadas pela iniciativa privada e impostas a algumas categorias profissionais que possuíam vínculo formal de trabalho, os quais eram obrigados a contribuir proporcionalmente, cujos direitos eram pensões, aposentadorias e assistência médica, incluindo seus dependentes. Pode-se afirmar que através da CAPS teve origem no Brasil a assistência médica privada.

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. (FINKELMAN, 2002, p. 237)

As pessoas excluídas das CAPS acabavam por recorrer “ao auxílio de pessoas leigas ou buscavam a caridade das Santas Casas de Misericórdia” (CATUNDA, 2008, p. 17).

Diante do quadro de exploração imposto pelo capitalismo, aliado a privação de direitos de todas as formas, eclodiram no país inúmeros conflitos sociais em busca de melhores condições de vida, de cidadania e de direitos sociais. Nesta época, houve a institucionalização do Serviço Social que, por meio de ações assistencialistas promovidas pela Igreja Católica, prestavam algum tipo de atendimento aos menos favorecidos.

Entre os anos de 1933 a 1938 as CAPS foram integradas, dando origem aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) dirigidos por entidades sindicais, diferentemente das CAPS, geridas por empresas.

Neste viés, surgiram duas linhas de ação: a saúde pública estava voltada para as questões sanitárias, e a de medicina previdenciária, por meio da implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que reuniram “o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade”. (FINKELMAN, 2002, p. 237).

Sobre a saúde pública e a medicina previdenciária, Bravo (2006) aponta que:

O subsetor de Saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2006, p.91)

No plano de assistência à saúde, em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) que, de acordo com Finkelman (2002), trouxe inovações para o setor público que consistiu no ‘atendimento médico domiciliar’, já existente na iniciativa privada, embora a universalização do atendimento limitava-se aos casos de urgência.

Os IAPs, entretanto, começaram a deixar transparecer marcantes problemas estruturais, o que veio a acirrar os conflitos sociais por melhores condições de saúde e a criação de um sistema unificado de saúde. Os atendimentos à saúde não eram vistos nem tratados com a importância devida, sendo desiguais, uma vez que cada órgão mantinha uma legislação própria. Como efeito ilustrativo, Finkelman relata que

[...] no Instituto dos Marítimos (IAPM), O período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Já em outros IAPs, como o dos industriários e o dos trabalhadores em transportes e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar. (FINKELMAN, 2002, p. 238).

Em razão destes fatos, em 1960, por meio da lei nº 3807/60, regulamentada na sequência pelo Decreto 48.959 do mesmo ano, foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que, embora tenha determinado regras igualitárias entre todos os órgãos dos IAPs, manteve a fragmentação institucional voltada aos empregados.

No ano de 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fruto da unificação dos IAPs. Importante salientar que neste período,

prolongando-se até 1976, o campo da saúde em níveis governamentais passou por mudanças significativas, com a distinção do Ministério da Saúde e o de Previdência Social, o que “fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde” (FINKELMAN, 2002, p. 240).

Em relação ao cenário demonstrado até então, além de outros avanços, a institucionalização do INPS incorporou as comunidades rurais, contudo

[...] ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na de forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A mesma lei determinou que a "gratuidade" seria total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), de 1976. A assistência médico-hospitalar previdenciária continuou sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS). (FINKELMAN, 2002, p. 240).

Com o início do Regime Militar Brasileiro (1964-1985) a intervenção do Estado nas questões sociais passou a ser mais efetivo, visando abafar os movimentos sociais e estimular a adequação popular à nova ordem. Este momento, em relação à Política Nacional de Saúde, aponta que em 1968, no governo do General Costa e Silva, foi criado o Plano Nacional de Saúde (PNS), caracterizado pela “universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde” (FINKELMAN, 2002, p. 241). Entretanto o PNS, em contrapartida, defendia além da “privatização da rede pública, a adoção do preceito de livre escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos”. (FINKELMAN, 2002, p. 240).

Este plano gerou inúmeras polêmicas entre representantes do setor, organizações sindicais e outros, uma vez que caso ocorresse sua efetivação, o Ministério da Saúde reduziria o campo de atuação da medicina previdenciária que, até então, mantinha o monopólio dos serviços de saúde privados.

O Plano Nacional de Saúde foi cancelado devido às divergências geradas, e em seu lugar tentou-se, no mesmo ano, implantar “um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e

implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)”. (FINKELMAN, 2002, p. 241)

O ponto em desalinho do Sistema Nacional de Saúde, entretanto, residiu no sentido de que o gerenciamento estaria a encargo de um novo órgão a ser criado, o Instituto Nacional de Assistência Médica, que iria integrar os demais órgãos da previdência social.

Com mais uma iniciativa proposta pelo Ministério da Saúde fracassada, o Ministério da Previdência implantou, no ano seguinte, o Plano de Pronto Ação (PPA), que conforme Finkelman (2002) pode ser definido como o

[...] conjunto de mecanismos normativos cuja finalidade maior, como explicitado então, era proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. Quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência. (FINKELMAN, 2002, p. 242).

Como já citado, a partir de 1964 o Brasil viveu 25 anos de Regime Militar, marcado por opressões, perseguições e privação de muitos direitos. Segundo Silva (2005) neste período as questões sociais foram agravadas, o que interferiu negativamente na saúde pública, em razão da ascensão da área previdenciária, justificada em virtude da criação do INPS.

Para Catunda (2008)

Esse sistema (INPS), com o tempo, foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo-financeiro quanto estrutural, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (CATUNDA, 2008, p. 18)

Entre as décadas de 1970 e 1980, a ausência de igualdade entre todos os cidadãos no acesso à saúde pública, com a prevalência da previdenciária, intensificou a crise já existente no setor, onde as principais críticas, de acordo com a mesma autora, foram no sentido de que as ações como “vacinação, campanhas, saneamento e controle de endemias eram ditas de formas universais, já a assistência era só para os trabalhadores que possuíam carteira assinada”. (CATUNDA, 2008, p. 18).

Assim, as reivindicações estiveram pautadas da elaboração de um sistema democrático e igualitário, em detrimento ao Sistema de Proteção Social (SPS), que ainda excluía uma parcela considerável da população. Esse momento na saúde brasileira ficou conhecido como Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2001), as discussões oriundas da referida Reforma foram

[...] a universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p.96).

Importante analisar, neste contexto de discussões acerca da universalização da saúde promovido pela Reforma Sanitária, a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986. Saliente-se, entretanto, que desde a década de 1940 já eram realizados fóruns neste sentido.

Segue abaixo um quadro geral de todas as Conferências Nacionais de Saúde e seus temas de debate.

Quadro I- Conferências Nacionais de Saúde

Número de conferências	Ano	Tema
1ª CNS	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª CNS	1963	Descentralização na área de saúde
4ª CNS	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª CNS	1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª CNS	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª CNS	1986	Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial
9ª CNS	1992	Municipalização é o caminho
10ª CNS	1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª CNS	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS	2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos

13ª CNS	2008	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª CNS	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do povo brasileiro

Fonte: Ministério da Saúde/ site Portal da Saúde – 2012

A Conferência Nacional de Saúde de 1986, como se percebe, priorizou os direitos de todos os cidadãos à saúde, tendo como consequência a necessidade de reformulação do sistema, contemplando os financiamentos setoriais. Para Finkelman (2002), os marcos da VIII Conferência foram determinantes para a consolidação de um sistema de saúde que, enraizado nas tentativas já existentes, ocasionaram o

[...] reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social [...]. (FINKELMAN, 2002, p. 248).

Bravo (2001) complementa ainda que o principal diferencial da VIII Conferência foi a participação da sociedade organizada, numa aproximação de debates entre esta e sua realidade, na busca por soluções e participação no poder decisório.

A 8ª CNS representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação da população [...] A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o SUS, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p. 96)

Os resultados deste fórum foram contemplados na Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

2.2 A Constituição Federal de 1988 e os avanços na saúde pública - a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A garantia de acesso e universalidade de direitos na área da saúde são princípios constitucionais, expressos nos Artigos 196 e 198 da Constituição ainda hoje em vigência. O Artigo 196 passa a tratar do tema seguridade social

como sendo "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, CF, art. 194).

Nesta concepção, pode-se entender que a saúde resta reconhecida enquanto um direito inalienável de todo cidadão, devendo ser gratuita e aplicada com equidade social, além de determinar a obrigação do Estado na oferta dos serviços disponibilizados.

O Artigo 196 prevê, ainda, que “o direito à saúde deverá ser garantido ‘mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (...)’”. (BRASIL, CF, 1988).

Percebe-se que o referido Artigo trata especialmente dos direitos de todos aos serviços, apontando para a necessidade de execução de políticas públicas voltadas às carências da população, sinalizando para a importância do aspecto preventivo de suas ações.

O Artigo 198, por sua vez, aprofunda a dinâmica organizacional deste sistema, contemplando que suas ações “serão organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde (...)”. (BRASIL, CF, 1998). Pode-se inferir que esta organização e hierarquia faz alusão a responsabilidade do Governo Federal, com a efetiva participação dos estados e municípios. Na sequência do mesmo Artigo, são apontadas as diretrizes para a efetivação deste sistema de saúde, destacando “(...) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, a descentralização com direção única em cada esfera de governo e a participação comunitária” (BRASIL, CF, Art. 198).

Diante do exposto, Teixeira (1989) afirma que as consequências do texto constitucional de 1988, no âmbito da saúde, provocou alterações em todo o sistema vigente até então.

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com

participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais e proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (Teixeira, 1989, p. 50 e 51)

Nesta conjuntura, o SUS foi criado a partir da Constituição Federal de 1988, mas apenas em 1990, através da lei nº 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que discorre sobre sua organização e funcionamento, sendo definido como a integração de ações e serviços de saúde “prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, lei nº 8080/1990).

As principais mudanças ocorridas a partir da efetivação do SUS foram a igualdade entre todos os cidadãos, uma vez que até então a população se dividia entre aqueles que custeavam pelos serviços de saúde, aqueles que tinham acesso em razão da carteira assinada e aqueles que não possuíam qualquer sorte de direitos.

Dentre as garantias de promoção, proteção e recuperação determinadas pela Constituição Federal, Paim (2009) define cada um deles, eixos norteadores da ação do SUS:

PROMOÇÃO da Saúde: tudo que estiver ligado ao bem-estar e a qualidade de vida do sujeito, como boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável. **PROTEÇÃO** da Saúde: vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de camisinhas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. **RECUPERAÇÃO** da Saúde: requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou sequelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representa as principais medidas para a recuperação da saúde. (PAIM, 2009, p. 44 e 45)

Na organização técnica do SUS, ainda em 1990, foram determinadas novas normas de regulação, com a instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que até 1996 ordenaram o funcionamento do sistema da seguinte forma:

[...] pagamento por produção de serviços para órgãos de governo, mediante a apresentação de faturas (esse procedimento, até então comum para com prestadores de serviços privados, agora era estendido aos prestadores públicos); • definição dos critérios para alocação de recursos, condicionando a sua liberação à apresentação de planos, programas e projetos; • criação de mecanismos de decisão com eminente caráter participativo e descentralizador. (FINKELMAN, 2002, p. 253).

No que concerne a forma de pagamento por meio de apresentação de faturas, em 1998 ocorreu uma importante modificação neste sentido, onde a transferência dos recursos financeiros passou a ser de responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente aos Fundos Municipais. Ficou definido, assim, um “valor per capita mínimo, base de cálculo do produto orçamentário destinado ao município”. (FINKELMAN, 2002, p. 253).

Esta descentralização de recursos é satisfatória uma vez que possibilita aos municípios aproximar o emprego dos recursos às necessidades dos usuários. Com a criação do PAB (Piso Assistencial Básico), os municípios recebem mensalmente um valor fixo diretamente do Ministério da Saúde para aplicar em serviços de saúde individual e coletiva para o bem estar social.

A NOB/96 foi regulamentada em 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 1399/99 e significou a efetivação da descentralização do SUS, apontando as obrigações do Governo, estados e municípios na administração do sistema. Sobre estas normas, pode-se afirmar que

[...] foram o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente as de atenção básica. O mesmo, entretanto, não se podia dizer dos serviços de maior complexidade. Faltava, ainda, uma abordagem regionalizada e mais adequada à estrutura administrativa do país e suas particularidades. (FINKELMAN, 2002, p.256).

Os Conselhos de Saúde, instituídos pela lei nº 8142/90 contemplam a participação popular no gerenciamento do SUS, já afirmado na Constituição de 1988. Esta participação se concretiza através de representantes do Governo, prestadores de serviço na área, usuários e profissionais da saúde, cuja finalidade é a de elaboração de estratégias, fiscalização e controle social na aplicabilidade da política de saúde.

Em suma, os Princípios e Diretrizes norteadoras do SUS, especificado no Artigo 7º da Lei nº 8080 estão previstas as

[...] ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Ao longo dos 28 anos de existência do SUS (tendo por referência o ano de 2016) inúmeras transformações de ordem técnica e de aplicação foram sendo gradualmente redefinidas. Para Catunda (2008, p. 29, citada por Oliveira, 2006, p. 234), durante todo esse tempo, “apesar dos golpes da política neoliberal, o SUS transformou-se numa das políticas públicas brasileiras de maior amplitude, porque em torno de 75% da população brasileira depende deste sistema para solucionar seus problemas de saúde”.

A política neoliberal que se intensificou a partir da década de 1990 e se configura pela não intervenção do Estado no mercado comercial e financeiro, favorecendo as privatizações, teve um impacto devastador nas questões e direitos sociais alcançados até então. Os grupos neoliberais, assim

Posicionavam-se contrariamente a qualquer intervenção do Estado na economia, uma vez que para os mesmos o excesso de regulação estatal no mercado era a principal razão da crise que emergiu a partir de 1973. Desse modo, para essa corrente do pensamento econômico-político contemporâneo, os mecanismos de efetivação de direitos e de distribuição de renda criados pelo Estado, como as políticas sociais universais, deveriam ser extintas, pois o seu financiamento incorreria no crescimento do déficit fiscal e na taxação do capital (SOUSA e OLIVEIRA, 2013, p. 115).

Neste contexto de omissão e desresponsabilização do Estado, os princípios da universalidade que acompanharam a questão social e serviram de alicerce para inúmeros direitos da população definidos especialmente na Constituição de 1988, “(...) como saúde, a habitação, a educação, o trabalho, entre outros, passa a ser reconfigurado, destituído, desvalorizado e mercantilizado, para atender aos interesses do grande capital internacional” (GOMES, 2013, p. 69).

No cenário do Sistema Único de Saúde, as consequências do neoliberalismo foram a retração e perda de direitos, principalmente em razão das privatizações na área. Para Noronha (2005, p. 35), “o sistema de saúde brasileiro encontra-se fraturado em dois”, uma vez que atualmente a assistência privada segrega a sociedade e os direitos à saúde entre ricos e pobres, se perdendo cada vez mais dos princípios da universalidade e da equidade de oportunidades e direitos.

Desta forma

Uma das principais incoerências do SUS, que contradiz seus princípios universalizantes, é o fato de não ter conseguido romper com a histórica divisão entre saúde pública, gratuita e gerida primordialmente pelo Estado, e assistência médica individual, eminentemente privada e liberal (BAHIA, 2005, citado por PIRES; DEMO, 2006, p. 66)

Neste contexto, embora seja uma conquista e garantia constitucional, a realidade da saúde brasileira, efetivada por meio do SUS, revela uma situação gravemente contaminada pela realidade política e econômica do país, onde grande parte dos direitos de saúde estão sendo ignorados. Além da dificuldade de acesso a muitos serviços, a supremacia do capital, traduzida pela mercantilização da doença e dos processos necessários à cura, traz consequências maléficas à população. Vive-se uma realidade de

Pagamentos por consultas e exames em clínicas particulares [...] ‘por fora’ dos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos 30 de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou em hospitais universitários e filantrópicos por meio de ‘dupla entrada’ (a melhor para clientes particulares e usuários de planos de saúde e a mais estreita, escura e desconfortável para os usuários do SUS); e o confinamento ou internamento dos pacientes do SUS nas instalações de segunda categoria. [...] pesquisas indicam que os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para ser atendido do que os que dispõem de seguro saúde. (PAIM, 2009, p.88-89)

Ante a essa realidade, pode-se concluir que a política de saúde no Brasil evoluiu em todos os sentidos de sua atuação, estando marcada por uma série de lutas e questões sociais que emergiram das necessidades e diferentes contextos políticos e econômicos brasileiros, até chegar à atualidade.

Embora a situação da saúde nos dias de hoje, especialmente em relação ao atendimento promovido pelo SUS, não esteja atendendo aos anseios da maioria da população, se torna imperioso que a participação e reivindicações sociais continuem alimentando esse sistema, que foi capaz de

romper com uma realidade de desigualdade e exclusão social historicamente construída.

De acordo com o site “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹” em artigo desenvolvido pelo farmacêutico Francisco Batista Junior e intitulado “Participação da Comunidade no SUS e Conselho Nacional de Saúde: uma experiência que agoniza”, o autor afirma que a participação da comunidade é de suma importância para a superação do cenário atual da saúde pública no Brasil. Segundo o farmacêutico,

É urgente o fortalecimento da atenção primária e da rede pública, há uma necessidade imediata de garantir um maior aporte de recursos financeiros bem como profissionalizar a gestão e estabelecer políticas que permitam a ampliação da sua força de trabalho, na perspectiva de superar os gargalos caracterizados pela dificuldade do acesso e da resolutividade. (FRANCISCO BATISTA JUNIOR, 2012, www.contraprivatização.com.br).

O autor descreve que a participação da comunidade deve se efetivar por meio do fortalecimento dos Conselhos e das Conferências de Saúde, atuando “de forma qualificada, politizada e organizada”, rompendo com o impedimento histórico da participação popular no poder decisório sobre os investimentos públicos.

Em suma, pode-se concluir que o maior problema do Sistema Único de Saúde na atualidade reside na esfera política e de financiamento, de forma complementar, uma vez que a viabilidade e destino dos recursos públicos dependem de decisões políticas. E estes desafios só serão sanados, ou pelo menos minimizados, caso haja a participação social, consciente da importância do seu papel, e a mobilização coletiva dos profissionais do Serviço Social, pautada na finalidade do seu compromisso ético profissional.

Esta mobilização da comunidade e dos profissionais deve ser conjunta e com objetivos integrados, baseados nos princípios da universalidade e equidade, basilares na consolidação original do Sistema Único de Saúde brasileiro, e que foi se perdendo ao longo do tempo na histórica contradição do trabalho e do capital, que no caso específico da saúde, se traduz pela supremacia do privado em detrimento do público.

¹ www.contraprivatização.com.br

CAPÍTULO III

O SERVIÇO SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

Esta seção promove o aprofundamento acerca do conhecimento dos avanços e desafios da intervenção profissional do Serviço Social no âmbito hospitalar. Serão apresentados os resultados de entrevistas realizadas com três Assistentes Sociais que atendem no Hospital Regional do Litoral no município de Paranaguá, tendo como foco a intervenção destes profissionais bem como os limites e perspectivas futuras diante da prática e realidade cotidianamente experimentada.

3.1 A visão dos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Regional do Litoral- Limites e desafios

Visando ampliar as discussões acerca dos avanços e desafios da intervenção profissional do Serviço Social junto do Hospital Regional do Litoral, tornou-se necessário promover uma análise da realidade e procedimentos adotados no referido Hospital.

A metodologia adotada nesta pesquisa fundamentou-se na realização de três entrevistas semi-estruturadas visando a coleta de dados, entre os meses de maio e abril do ano em curso, com Assistentes Sociais que compõem o quadro do Serviço Social do Hospital Regional do Litoral.

A entrevista semiestruturada se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações (LUDKLE e ANDRÉ, 1986, p. 34)

A entrevista semiestruturada foi realizada por meio da aplicação de cinco perguntas desenvolvidas a partir da fundamentação teórica construída ao longo deste projeto.

As entrevistas de caráter qualitativo foram realizadas no Hospital Regional do Litoral, nos momentos de descanso das Assistentes Sociais. As entrevistadas serão identificadas pelas letras A, B e C.

Sobre o perfil das entrevistadas, a Assistente Social A tem 33 anos, é formada em Serviço Social há 11 anos e atua no Hospital Regional faz 5 anos. A entrevistada B tem 31 anos, formada há 8 anos e trabalhando no Hospital há 7 anos. A Assistente Social C tem 36 anos, sendo 9 anos de formação na área do Serviço Social e 6 anos de serviços prestados no referido Hospital.

Para a análise da coleta de dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1991) que, de acordo com Franco (2003) consiste no

[...] ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada (...)é indispensável considerar que a relação que vincula a emissão das mensagens (que podem ser uma palavra, um texto um enunciado ou até mesmo um discurso) estão, necessariamente, vinculadas às condições contextuais de seus produtores. (FRANCO, 2003, p. 13)

Assim, as categorias referentes à análise de conteúdo serão apresentadas a seguir, demonstrando os aspectos mais relevantes das entrevistas.

Categoria de Análise I- A intervenção dos Assistentes Sociais no Hospital Regional do Litoral- Paranaguá

Sobre o primeiro questionamento, percebeu-se que as entrevistadas apontam suas intervenções, entretanto esclarecendo que o fazer profissional cotidianamente é prejudicado por inúmeros fatores dificultantes à prática característica do Serviço Social.

Minha intervenção atualmente consiste em desenvolver ações de cunho imediatista, em razão de inúmeras demandas que o Serviço Social foi absorvendo ao longo do tempo, o que se tornou prejudicial em nossa prática e nas finalidades da profissão, uma vez que acaba não sendo possível o desenvolvimento e execução de projetos de intervenção, o que seria o objetivo da nossa atuação. Nós Assistentes Sociais acabamos perdendo muito tempo com atividades administrativas e burocráticas. Vivemos num ambiente marcado pelas de relações de forças, sendo que a maioria dos atendimentos prestados se referem às deficiências oriundas do próprio sistema, que aliado às práticas imediatistas, desgastam nosso fazer profissional. (ENTREVISTADA A).

Minha atuação rotineira no HRL acontece no sentido de viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos, garantidos ou violados, além de encaminhamentos às políticas públicas. Os direitos garantidos em lei são aqueles que se referem à

Política de Saúde, direitos do SUS e a Carta dos Direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, e os violados consistem em situações de vulnerabilidade social e está mais direcionado às comunidades de risco. Temos os encaminhamentos às políticas públicas: assistência social, habitação, previdência, saúde entre outros. (ENTREVISTADA B)

Pode-se iniciar a análise destes discursos enfatizando que a atuação das entrevistadas, embora convirjam nas atribuições da função, divergem na ação efetivada no cotidiano profissional. A entrevistada A aborda a importância do desenvolvimento de projetos de intervenção, que tem se tornado inviável em razão de inúmeras demandas que, para a entrevistada, não condizem com as finalidades do Serviço Social. A entrevistada B aponta que sua prática consiste na aproximação dos usuários aos direitos sociais, garantidos ou ameaçados, além do encaminhamento às políticas públicas.

Segundo Iamamoto (2009)

Nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social, é de suma importância impulsionar pesquisas e projetos que favoreçam o conhecimento do modo de vida e de trabalho (...) dos segmentos populacionais atendidos, criando um acervo de dados sobre os sujeitos e as expressões da questão social que as vivenciam. (IAMAMOTO, 2009, p. 25).

Já a entrevistada C atua junto ao atendimento dos pacientes e/ou familiares que estão sendo atendidos no hospital.

Trabalho no HRL no período noturno, prestando informações aos familiares dos pacientes que se encontram em atendimento no Pronto Socorro, além daqueles que estão internados. Nosso trabalho tem como base os princípios da Política Nacional de Humanização, que prevê a transversalidade da ação em saúde, a indissociabilidade do trabalho e o protagonismo do usuário em seu caminho no Sistema Único de Saúde. (ENTREVISTADA C)

A Assistente Social C faz alusão em sua fala à Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada no intuito de “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais²” (BRASIL, 2004, p. 6).

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de

Desta forma, a Política Nacional de Humanização visa agregar as relações estabelecidas entre todos os envolvidos com o Sistema Único de Saúde, ou seja, usuários, profissionais, unidades de atendimento e as esferas constituintes do sistema, em que

[...] indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemática das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização. (BRASIL, 2004, p. 11)

As demandas relativas a um hospital devem considerar os sentimentos de fragilidade, insegurança e medo em razão da situação de doença que os pacientes enfrentam e seus familiares acompanham. Por esta razão, a formulação e aplicação de projetos de intervenção baseados nas políticas sociais, mas contemplando a realidade vivida por estes usuários é de suma importância, uma vez que os aspectos emocionais, em muitos casos, são determinantes no restabelecimento da saúde a atende o previsto na Política Nacional de Humanização, que considera os “aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde”. (BRASIL, 2004, p. 8)

Conforme aponta a Assistente Social A, a finalidade do Serviço Social deveria ser enfatizada nestes projetos, porém, as demandas “administrativas e burocráticas” impedem estratégias voltadas para esta necessidade.

Os “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde” reafirmam esta realidade enfrentada por muitos profissionais do Serviço Social.

Essa situação causa um dilema para os assistentes sociais, que se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades [...], e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consistiria apenas na ação direta com os usuários. (CFESS/CRESS, 2009, p. 13).

Segundo Netto (1992) a absorção de atribuições divergentes à profissão, que limitam a finalidade do Serviço Social, acabam por tornar os Assistentes Sociais “executores terminais de políticas sociais”. Para Iamamoto (2009, p. 31), entretanto, cabe a estes profissionais “atuar na esfera da formulação e

avaliação de políticas e do planejamento, gestão e monitoramento, inscritos em equipes multiprofissionais”.

As competências descritas pela entrevistada B se aproximam da finalidade maior do Serviço Social, que trata do “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. (CRESS; 2005, p. 16).

A entrevistada C, que se referiu à Política Nacional de Humanização, destacou a importância da qualidade no atendimento dispensado aos usuários e seus acompanhantes. Espera-se que uma política humanizada, no que tange ao atendimento, seja fundamentada no sentido de ouvir as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, buscando soluções para seus problemas ou promovendo seu encaminhamento para a pessoa certa.

Categoria de Análise II- Os desafios enfrentados pelas Assistentes Sociais no Hospital

Quanto aos desafios na prática das Assistentes Sociais, as entrevistadas fazem diferentes leituras quanto às dificuldades experimentadas. A entrevistada A destaca que a transitoriedade das chefias e o acúmulo de funções comprometem as finalidades do Serviço Social descrita no Projeto Ético Político.

O maior desafio é a dificuldade referente às relações de força com a chefia, especialmente na questão da transitoriedade da Diretoria, que muda constantemente e muitas vezes é confiada a pessoas despreparadas e com desconhecimento dos objetivos e papel do Serviço Social. Posso citar ainda o acúmulo de atribuições que não são de competência de nossa competência. Atualmente, profissionais de outras áreas acreditam saber mais sobre as demandas e responsabilidades da profissão do que os próprios Assistentes Sociais. A maior dificuldade que sinto é conseguir realizar as ações do Serviço Social partindo das determinações do Projeto Ético Político. Mas mesmo com todas essas dificuldades ainda continuamos tentando desenvolver estratégias, mesmo que os resultados demorem um pouco mais para serem percebidos. (ENTREVISTADA A).

No que concerne ao acúmulo de funções, Yamamoto (1999) afirma que as finalidades do Serviço Social vão muito além

[...] do acúmulo de atividades burocráticas e rotineiras, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se esse se limitasse ao cumprimento de horários e de realização de um leque de atividades burocráticas preestabelecidas e tarefas rotineiras, as mais diversas (IAMAMOTO, 1999, p. 21)

Nesta perspectiva, a ação dos profissionais deve se sobrepôr às atividades institucionais, cuja dimensão deverá acompanhar os movimentos sociais e reorganizá-los em forma de projetos de intervenção, que venham a atender as dificuldades sociais em seus aspectos mais amplos. Neste ponto, a diversidade de competências aliada as relações de força, especialmente em relação às chefias, comprometem a qualidade do fazer profissional.

No âmbito hospitalar estas relações muitas vezes se mostram conflituosas, derivada de inúmeras concepções, práticas e orientações políticas. Infere-se da fala da entrevistada A que estas relações em determinados casos assumem uma dimensão política, entretanto partidária, em detrimento da política social, objeto de atuação do Serviço Social.

Considerando que o trabalho do Assistente Social se efetiva em instituições públicas, onde as chefias comumente são indicadas mediante orientações político partidárias, esta situação é fator que dificulta as ações destes profissionais. Ainda de acordo com a Assistente Social A, embora sua ação seja dependente da atuação de outros profissionais, o trabalho em equipe muitas vezes se mostra marcado por concorrências, rivalidades e interferência nas competências de um setor e outro. Entretanto, a perspectiva da interdisciplinaridade deve ser mantida “enquanto um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade (BARROS e SUGUIHIRO, 2003, p. 8)”. Desta forma, o nexo profissional garante a articulação ético-política, fundamental no enfrentamento das demandas sociais.

A entrevistada B sinaliza para um desafio contemporâneo que envolve o Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, o trabalho do Serviço Social, que é a privatização. Da mesma forma que a entrevistada A, a Assistente Social B analisa que as relações de força dificultam o fazer profissional,

embora na sua avaliação, as forças citadas não deixam de ser políticas, porém mantém enfoque ideológico.

É principalmente as correlações de forças ideológicas. Enquanto alguns profissionais se baseiam no princípio do direito universal, outros defendem a minimização dos direitos, precarização dos serviços e a privatização do SUS. (ENTREVISTADA B).

A perspectiva da privatização das políticas públicas e a expansão do neoliberalismo impacta também a profissão de Serviço Social, ocasionando inúmeros desafios para os profissionais. Por esta razão, a corrente que defende permanência do SUS enquanto público, gratuito e baseado nos princípios da universalidade e da justiça social compreende que

[...] a tendência de redução do Estado, tem-se a diminuição do espaço profissional do assistente social mediante os processos de diminuição das despesas estatais na órbita da esfera social, acarretando a racionalização dos gastos sociais com as políticas sociais, com implicações nos postos de trabalho para o assistente social na esfera pública, com a diminuição de demandas, sucateamento do aparato organizacional e institucional, a precarização das condições de trabalho, principalmente em face do perigo da terceirização (ALENCAR 2009 p. 458).

Para a entrevistada C, o maior desafio, consequência da intervenção efetivada por ela no Hospital Regional do Litoral é em relação a Política Nacional de Humanização, no referente ao atendimento do paciente e seus familiares.

Acredito que o maior desafio se refere tanto ao atendimento da família quanto do usuário em relação à humanização do atendimento. O SUS preconiza um atendimento baseado nos determinantes sociais que afetam o usuário em seu processo de saúde/doença. A equipe de saúde, por sua vez, principalmente no Pronto Socorro, por causa da quantidade de urgências e emergências, acolhe o usuário em suas queixas que muitas vezes são acrescidas de situações sociais que dificultam um atendimento global ao usuário. (ENTREVISTADA C)

Em relação à qualidade do atendimento ser prejudicada pelo ritmo frenético que envolve os Prontos Socorros, conforme aponta a Assistente Social C, Ayres (2008) destaca para a necessidade de estabelecer uma relação dialógica entre profissional e usuário, tornando possível um atendimento mais humanizado e acolhedor.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da 'dimensão dialógica' do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, polos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, distúrbios, disfunções, sofrimentos, etc.). (AYRES, 2008, p. 70)

Os desafios apontados pelas Assistentes Sociais, enfim, residem de forma ampla nas relações de forças estabelecidas no contexto profissional, hierárquico e no atendimento ao usuário.

Categoria de Análise III- Limites institucionais e profissionais enfrentados no cotidiano da intervenção profissional

A entrevistada A continua na sua linha de raciocínio, afirmando que as relações de força dificultam o fazer profissional, especialmente em relação à visão de outros profissionais que compõem a equipe hospitalar sobre as competências do Serviço Social, além das questões políticas que interferem na dinâmica do trabalho, uma vez que muitos diretores indicados para a gestão hospitalar desconhecem as demandas e os serviços que competem aos Assistentes Sociais. Ressalta ainda para os problemas políticos que envolvem muitos profissionais, em relação à administração do Governo do Estado.

As dificuldades no ambiente hospitalar são 'gigantescas', principalmente em razão das relações de força com as chefias e outros profissionais que desempenham funções no hospital, uma vez que acabam por encaminhar para o setor do Serviço Social demandas administrativas, acreditando conhecer mais sobre a profissão do que os próprios Assistentes Sociais, comprometendo o caráter reflexivo da profissão, tornando-o imediatista. Os limites se referem à rotatividade da direção, devido a questões políticas que não são públicas, mas sim partidárias, falta de comprometimento de algumas chefias e, numa visão mais macro, as dificuldades dos funcionários com relação ao Governo Estadual. (ENTREVISTADA A)

A fala da entrevistada B corrobora em partes com a visão da Assistente Social A, principalmente na questão da administração do Hospital, que muitas vezes ignora as dificuldades dos profissionais. A maior crítica, segundo as

entrevistadas A e B, é que o acúmulo de atribuições que não são de sua competência, aliada à necessidade emergencial em fornecer respostas às demandas sociais apresentadas, dificultam o exercício profissional.

Recebemos diariamente demandas que não são da nossa competência. Para preservar os direitos dos usuários, estas demandas acabam sendo ouvidas e reencaminhadas, sendo que algumas acabam sendo resolvidas. No contraponto, busca-se incessantemente a resolução desta problemática com a instituição, mas ela não se esforça, ou melhor, não tem interesse em resolver essas questões. Sendo assim, há a dificuldade de resolver questões específicas da nossa profissão. Assim, as ações imediatistas acabam sobrecarregando nós, Assistentes Sociais, a ponto de não conseguirmos viabilizar nossos projetos profissionais. (ENTREVISTADA B).

No Serviço Social as ações imediatistas acabam por impossibilitar uma intervenção mais ampla, reflexiva, articulada e com objetividade material em relação à demanda apresentada. Assim, fere o compromisso do Assistente Social em analisar a realidade, se aprofundar nas questões sociais e se articular com as políticas sociais no intuito do enfrentamento das necessidades apresentadas. Neste ponto, o profissional que

[...] não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho. (SOUSA, 2008, p. 122).

A profissional C destaca a questão da estrutura física como maior desafio profissional, pois a quantidade de leitos não comporta a demanda entre os meses de temporada, quando o litoral do Estado do Paraná recebe uma população flutuante muito além da disponibilidade dos serviços prestados. Consequentemente, com o aumento de atendimentos, a qualidade no atendimento oferecido pelo Serviço Social fica comprometida.

O Hospital Regional do Litoral é referência para todo o litoral do Paraná, e contando com apenas 180 leitos, os meses de dezembro, janeiro e fevereiro são difíceis, pois os atendimentos são “triplicados” em virtude da presença de turistas de todas as regiões do país (ENTREVISTADA C).

Para a entrevistada C, que citou inúmeras vezes em sua entrevista a preocupação com a Política Nacional de Humanização, as dificuldades com o número reduzido de leitos no HRL entre os meses de dezembro, janeiro e fevereiro significa que o acolhimento aos pacientes se torna deficitário, cujo atendimento deve estar alicerçado no processo de abordagem social que

[...] privilegia dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, imposição familiar, emprego, renda e responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida do usuário e sua família. Sua finalidade é conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e tratamento a fim de agilizar o fluxo de informações e comunicação entre o serviço e família do usuário para impulsionar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços (MOTA, 2006, p. 364).

Categoria de Análise IV- Percepção das Assistentes Sociais sobre a intervenção do Serviço Social no hospital.

Segundo as entrevistadas, a intervenção do Serviço Social no Hospital deve ser alinhada ao Projeto Ético Político da profissão, no que tange ao planejamento de intervenção, garantia de direitos sociais e perfil profissional que atenda as demandas.

Para a entrevistada A a ação do Assistente Social, além de ser profissionalmente alicerçada no Projeto Ético Político da profissão, precisa ser estratégica também no processo de educação dos usuários, considerando que somente por meio da orientação a população estará fazendo parte do poder decisório e tomando posse das garantias que lhe é de direito.

Através da educação e da informação ao usuário, torna-se possível “a criação de uma cultura de direitos junto aos usuários do SUS e na reflexão sobre o conceito ampliado de saúde a partir de suas condições de vida (MOTA, 2006, p. 364).

Acredito que se deve retomar o caráter reflexivo e a prática articulada, comprometida e fundamentada no Projeto Ético Político da profissão, no intuito de contribuir para o pensamento crítico também dos usuários, o que irá facilitar as discussões acerca dos direitos dos usuários ao Sistema Único de Saúde. (ENTREVISTADA A).

A entrevistada B faz uma crítica a manutenção de direitos já adquiridos e preservados em lei, mas constantemente negados. A Assistente Social

argumenta que este “retrocesso de direitos” desmotivam o fazer profissional, considerando também que, em relação ao perfil profissional, poucos mantêm as características necessárias para a elaboração e implementação de políticas sociais.

A ação profissional é significativa e imprescindível para os usuários, mesmo com ações imediatistas e sem prévio planejamento. Nossa profissão está em ritmo de retrocesso de direitos e, por esta razão, muitos profissionais convivem com a frustração, por se dedicarem às instituições e viverem uma constante luta pelo mínimo, por aquilo que deveria ser regra, mas precisa ser constantemente reivindicado. Em toda sua história o Serviço Social exige profissionais com perfil propositivo, planejador, resolutivo, elaborador e protagonista das mudanças, mas hoje estes profissionais são minoria, possuindo poucas chances de implantar projetos profissionais que em muitos casos são desmontados pela própria instituição. O desrespeito com a profissão e os usuários é constante. (ENTREVISTADA B).

Em relação ao perfil profissional pode-se afirmar que é um fator interdependente a uma das metas fundamentais do Serviço Social atualmente, que consiste em ser atuante na garantia das políticas sociais que são violadas. Partindo da fala da entrevistada B, essa negação de direitos desmotiva os profissionais, que deixam de ser efetivos e estratégicos no enfrentamento das questões sociais, traduzidas por meio do desenvolvimento de projetos de intervenção capazes de modificar esta realidade. Sousa (2006) esclarece que

[...] o que se propõe hoje no âmbito do Serviço Social é justamente a produção de um conhecimento que rompa com a mera aparência e busque apreender o que está “por trás” dela, sua essência. Para isso, é fundamental que o profissional sempre mantenha uma postura crítica, questionadora, não se contentando com o que aparece a ele imediatamente. (SOUSA, 2006, p. 123).

A entrevistada C também cita a importância da orientação ao usuário de forma a instrumentalizá-lo para a tomada de decisões, inclusive em relação à sua própria saúde/doença e permanência no hospital.

Nossa intervenção tem como característica principal a garantia do acesso do usuário aos direitos sociais. Por esta razão, a orientação prestada ao usuário durante o período em que permanece no Hospital tem como fundamento o empoderamento de seu processo saúde/doença onde o

usuário torna-se o protagonista dessa ação. (ENREVISTADA C).

Frente ao empoderamento citado pela Assistente Social C, a ação dos profissionais do Serviço Social também precisa ser efetiva, no intuito de

[...] fazer uma discussão crítica acerca das práticas de humanização no sentido de romper com as práticas individualizantes, de favor, de ajustamento e disciplinamento dos usuários, bem como o alívio das tensões e amenização de conflitos e avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais se incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos [...] (COSTA, 2007, p. 62)

Em suma, espera-se que o profissional do Serviço Social seja propositor e promotor no despertar da consciência dos envolvidos com o Sistema de Único de Saúde, instrumentalizando-os através do conhecimento, no sentido de potencializar os serviços prestados e do desenvolvimento de novos direitos enquanto um projeto coletivo.

Categoria de Análise V- Perspectivas profissionais futuras do Serviço Social no Hospital Regional do Litoral

As entrevistadas apresentaram diferentes expectativas diante do fazer profissional no hospital. As entrevistadas A e B, inclusive, divergiram em relação às chances de melhorias na atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar. Na visão da entrevistada A, caso seja possível se desvincular do imediatismo que marca atualmente a realidade das ações, tornando possível a elaboração e proposição de projetos e estratégias de mediação, a profissão terá uma dimensão interventiva diferenciada, obtendo êxito enquanto categoria.

Penso que seja possibilitar que as ações do Serviço Social se desvinculem das práticas imediatistas através de estratégias de atuação, sendo capazes de canalizar esforços no sentido de utilizar os indicadores existentes para propor projetos interventivos, ações de grupos dentre outros. Acredito que enquanto categoria possamos vencer todas as adversidades. (ENTREVISTADA A).

A entrevistada B, entretanto, demonstrou preocupações mais amplas. A referida Assistente Social considera que a interferência política nas instituições de saúde e a perspectiva de privatização do Sistema Único de Saúde, revela uma intencionalidade velada de determinados grupos que, para justificar tal iniciativa, promovem a gradativa precarização dos serviços de saúde e a negação de direitos, revelando um prognóstico preocupante para a população que depende da universalidade e gratuidade da saúde.

Percebo um movimento maior, que precisa ser considerado. Quando se fala de uma profissão que atua dentro de instituições públicas, não se pode ignorar a realidade política nacional e especialmente a estadual que, neste estudo, se trata do gestor direto. Minhas perspectivas profissionais são negativas, uma vez que atualmente se lida com pessoas e gestores que tentam estrategicamente inviabilizar a concretização dos direitos legais. Caso não aconteça um movimento concreto em defesa do SUS, num curto espaço de tempo, a realidade será de uma política de saúde não universal e gratuita. (ENTREVISTADA B).

A análise da Assistente Social B encontra bases na citação de Simionato (2006), que afirma haver uma movimentação no sentido de desmonte do Estado, sinalizando para a adoção de mobilizações sociais no intuito de manter os princípios originais de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Os avanços presentes na trajetória da categoria na luta pela efetivação de direitos, os princípios inerentes ao projeto ético-político, em favor de uma sociedade alicerçada na igualdade e na democracia, caucionam os profissionais no encaminhamento de ações coletivas capazes de promover o redimensionamento da atual política de desmonte do Estado, de precarização de direitos e de restrição às práticas democráticas (SIMIONATO, 2006, p. 36).

A entrevistada C, se mantendo nas prerrogativas da Política Nacional de Humanização, especialmente no que se refere à qualidade do atendimento, afirma que pretende desenvolver um projeto, mais uma vez reafirmando sua preocupação com o acolhimento dos pacientes e seus familiares.

Tenho a intenção de propor um projeto de intervenção sobre visita social nos leitos, tendo início no Pronto Socorro, que se constitui na porta de entrada de todo usuário do sistema hospitalar (ENTREVISTADA C).

Assim, a Assistente Social C expressa em sua fala a intenção de concretizar sua prática profissional, onde pretende desenvolver um projeto baseado na necessidade percebida no ambiente hospitalar, aproximando esta ação estratégica de sua efetiva operacionalização.

Neste sentido, sua atitude investigativa se torna funcional diante da geração de novas explicações para as demandas emergentes, em que a observação de determinada necessidade social é concretizada por meio da intervenção profissional, cumprindo a finalidade com a qualidade dos serviços direcionados à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos os autores consultados em relação ao Serviço Social e suas relações com a saúde, o histórico da Política Nacional de Saúde no Brasil, confrontados com a pesquisa de campo realizada com as Assistentes Sociais que atuam no Hospital Regional do Litoral, no município de Paranaguá, estado do Paraná, pode-se concluir este estudo afirmando que a realidade apontada pelas profissionais do Serviço Social que contribuíram para essa pesquisa acompanha uma tendência nacional tanto em relação às dificuldades do Sistema Único de Saúde quanto ao Serviço Social no âmbito hospitalar.

Historicamente, o Serviço Social foi oriundo de ações promovidas pela Igreja Católica e voltadas à prática da caridade e do assistencialismo, embora, no aspecto político, durante muitas décadas serviu de mantenedor do sistema econômico vigente, marcado pela intensa exploração da classe trabalhadora e as contradições entre o capital e o trabalho, atendendo aos interesses da ideologia dominante em nome da consolidação do capitalismo.

Frente às demandas e no bojo de algumas políticas sociais desenvolvidas pelo Estado visando abafar os conflitos cada vez mais emergentes em todo o país, os Assistentes Sociais concentraram suas ações na aproximação das comunidades a estas políticas, ou seja, promovendo o acesso de grande parte da população aos direitos adquiridos.

A saúde se trata de um direito garantido constitucionalmente, mas que ainda hoje consiste em uma questão social de intensas discussões e poucas garantias reais para a população. Mesmo com a consolidação do Sistema Único de Saúde, alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e justiça social, a realidade vivenciada atualmente, com a precarização dos serviços e financiamentos, insatisfação popular em virtude da demanda de usuários ser bastante superior aos recursos financeiros disponíveis, entre outros, a saúde pública continua sendo um desafio para os governantes, gestores e a sociedade como um todo.

O Serviço Social no âmbito hospitalar tem a finalidade de propor medidas não só para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população, mas permite aos Assistentes Sociais efetivar seu compromisso com a garantia dos direitos dos usuários no que concerne à informação, orientação,

contato direto com pessoas de diferentes classes sociais e econômicas, entendendo e se fazendo entender, além de viabilizar o acesso de todos às políticas sociais.

O contato com os usuários do Sistema Único de Saúde consiste na possibilidade concreta de reconhecimento das condições de vida e dificuldades enfrentadas por esta população, possibilitando que através desta realidade, o profissional de Serviço Social seja atuante através de tratamento psicossocial, do planejamento, aplicação e coordenação das intervenções relacionadas aos programas de saúde, visando ser atuante nas formas de promoção da saúde e causas da doença.

Este recorte social que o profissional articula no ambiente hospitalar, propicia a coleta de dados e posterior apresentação de estudos para o desenvolvimento de projetos de intervenção, visando não só garantir o acesso aos direitos já garantidos, mas atuando diretamente em demandas ainda não contempladas no rol de políticas sociais existentes.

Considerando os resultados deste estudo realizado com as Assistentes Sociais do Hospital Regional, percebeu-se que todas as entrevistadas possuem sólidos conhecimentos acerca da sua profissão, buscando uma prática cotidiana embasada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

Partindo dos objetivos específicos, solicitou-se às Assistentes Sociais, num primeiro momento, que descrevessem sua prática cotidiana. Entretanto, ao discorrer sobre esta abordagem, as entrevistadas responderam já ao segundo questionamento, que tratava sobre os desafios enfrentados no ambiente hospitalar.

Destacaram, assim, que na sua intervenção no referido Hospital os principais desafios são as relações de força, atribuições divergentes das suas competências profissionais, acúmulo de atividades administrativas em detrimento da ação reflexiva que norteia a profissão, ausência de projetos interventivos para viabilizar suas ações e promover a consciência crítica dos usuários do SUS, a inversão de prioridades onde a preocupação dos gestores oriundos da política partidária se sobressai em relação às políticas públicas, dentre outros.

Todos esses fatores acabam por limitar a ação das Assistentes Sociais, tornando-as executoras terminais das políticas sociais quando, na realidade,

deveriam estar intervindo na proposição, elaboração e aplicação de projetos que viessem a se transformar em novas políticas, capazes de dar respostas frente às necessidades percebidas no cotidiano profissional.

Quanto ao terceiro objetivo, relacionado aos limites institucionais e profissionais enfrentados, a questão central apontada pelas entrevistadas reside na questão política, tanto pelo fato das instituições públicas serem geridas por indicação de Governos Estaduais, quanto pela ameaça de privatização do Sistema Único de Saúde.

Ambas as questões interferem na prática do Serviço Social, onde as relações de força são marcadas por conflitos hierárquicos e ideológicos. Para as Assistentes Sociais, a indicação de gestores que desconhecem as atribuições do Serviço Social impossibilita uma visão global das dificuldades enfrentadas por elas, ocasionando na ausência de solução. Aliado a isso, a precarização dos serviços e o atendimento às demandas divergentes de sua finalidade tornam suas ações imediatistas, ou seja, muitas situações acabam sendo resolvidas, porém sem a reflexão e o planejamento necessário para que sejam efetivamente solucionadas.

Interpeladas à respeito da percepção de cada uma sobre a intervenção do Serviço Social no Hospital Regional, a realidade experimentada atualmente, inclusive diante das dificuldades apontadas pelas Assistentes Sociais, são consequência de todo processo da política neoliberal que marcou e ainda interfere na questão da saúde pública brasileira, que minimiza as discussões referentes à adoção de políticas públicas, comprometendo a garantia dos direitos humanos, e fortalecendo os sistemas privados de saúde, inclusive com a perspectiva de privatização do Sistema Único de Saúde.

Ao término da entrevista, o intuito foi conhecer as expectativas futuras das profissionais em relação à intervenção do Serviço Social no hospital. As entrevistadas sinalizaram para a necessidade de uma mobilização em defesa do SUS, para que se mantenha a universalidade e gratuidade dos serviços.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir que o objetivo geral deste estudo que pretendeu promover uma análise sobre os avanços e desafios do Serviço Social em instituição hospitalar foi alcançado. Confrontando a fundamentação teórica às entrevistas realizadas, pode-se afirmar que no universo hospitalar, as atribuições do Serviço Social se referem ao atendimento

dos usuários em todas as suas dimensões: no contato inicial, ouvindo com interesse as necessidades, aproximando os direitos garantidos e serviços oferecidos pelo Hospital aos usuários, no acompanhamento, acolhimento, encaminhamento nos casos de direitos ausentes ou violados, seja por desconhecimento ou negação destas garantias, dentre outras. Por meio deste recorte social, ainda, os profissionais se instrumentalizam para propor projetos de intervenção capazes de promover melhorias para a população, do acordo com a realidade diagnosticada.

Percebeu-se, porém, que o maior limite percebido foi a possibilidade real de desenvolver projetos interventivos no intuito de garantir a proposição de novas políticas sociais que atendam as demandas que emergem no cotidiano profissional.

Outro ponto que merece destaque na conclusão deste estudo é a Política Nacional de Humanização, constantemente citada na entrevista da Assistente Social identificada pela letra C.

Este programa, proposto no ano de 2004, visa a integração de inúmeras estratégias envolvendo os profissionais, usuários do Sistema Único de Saúde, as unidades de atendimento além das instâncias do sistema, primando pela qualificação constante da atenção, do acolhimento e nos aspectos envolvendo a gestão.

Na esfera do Serviço Social, a Política Nacional de Humanização se trata de um programa estratégico, pois considera as necessidades sociais, os anseios e os diferentes interesses da comunidade de usuários, dando materialidade e efetividade às políticas sociais no campo da saúde.

Esta estratégia coletiva de humanização é capaz de garantir a manutenção de direitos adquiridos, possibilitando a integração dos envolvidos em uma rede pautada na cidadania.

Quanto aos avanços, a percepção dos profissionais acerca da necessidade de ultrapassar as atribuições administrativas e burocráticas para elaborar projetos de intervenção, já são indicadores de que o Serviço Social continua repensando sua prática, consistindo em uma profissão com objetivos não estanques. Isto significa que apesar das dificuldades, a finalidade da profissão continua sendo repensada e caminha rumo a ruptura definitiva com o

conservadorismo e a aceitação da realidade que, por décadas, marcou a história do Serviço Social no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. G. **Serviço Social e Filosofia: Das Origens a Araxá**. São Paulo: Cortez /UNIMEP, 5. ed. 1995.

ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

AYRES, J. R.C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Coleção Criança, Mulher e Saúde.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. Ed. Cortez. São Paulo. 2003.

BARROS, M. N. F.; SUGUIHIRO, V. L. T. **A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas**. Revista Virtual Textos e Contextos, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/interdisciplinaridade.pdf>. Acesso em 17 de jun 2016.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 79, 2004.

BRANDÃO, R. de C. C. **O Serviço Social no Brasil: A reinstrumentalização necessária**. Franca: UNESP, 2006. Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&jan_ela=1. Acesso em: 25 de abril 2016

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS**. Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004.

_____. Lei 8662/93 de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências**.

_____. Lei n. 8742/93. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. LOAS. 1993**.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 27 ed. São Paulo: Saraiva, 2001

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília. 1990.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, Mar, 2009.

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

_____. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

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

_____. MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S; VASCONCELOS, A. M. de; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de e ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde** – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, [Lima, Peru]: CELATS, 2006.

CARVALHO, R; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CATUNDA, R. A. de S. **O significado do acompanhante para pacientes internos e profissionais de saúde: construindo o atendimento humanizado**. Monografia (graduação em serviço social) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados. Fortaleza/CE, 2008

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez, CEDEC, 2005. 6ª Ed.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Institui Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências**. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf Acesso em 10, mar 2012.

COUTO, B. R.; YASBEK, M. C.; RAICHELIS, R. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, B. R. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

FALEIROS, V. de P. Acerca do objeto do Serviço Social: uma proposta em construção. In: FALEIROS, V. de P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editomara Fiocruz, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, C. **Em busca do consenso: radicalidade democrática e afirmação de Direitos**. Tendências contemporâneas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, CELATS, 28ª ed., 2009.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília: CFES:/ABEPSS, 2009. 760p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – (ABEPSS.V.1)

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social – Ensaio crítico**. São Paulo: Cortez, 10ª ed., 2008.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004. 7ª Edição.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo, CELATS/Cortez, 1982.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo.** Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun de 2001.

JUNIOR, Francisco Batista. **Participação da Comunidade no SUS e Conselho Nacional de Saúde: uma experiência que agoniza.** 2012, Disponível em www.contraprivatizacao.com.br. Acesso em 16 de maio 2016.

KUJAWA, H; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Direito à Saúde com Controle Social.** Passo Fundo. CEAP. 2003.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MOTA, A. E. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. 408 p.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

NORONHA, J. C. de. **Os Rumos do Estado Brasileiro e o SUS: a Seguridade Social como Política Pública da Sociedade e Estado.** Saúde e Sociedade v. 14, n. 2, 2005.

ORTIZ, F. S. G. **O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção.** Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós graduação. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2007.

ORTIZ, F. S. G. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes.** Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PAIM, J. N. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. In: **Saúde e Sociedade**, v. 15, 2006.

RAICHELIS, R. **Agenda do Assistente Social- 2006**. Publicação do Conselho Federal de Serviço Social, 2006.

RAMALHO, N. A. **Processos de globalização e problemas emergentes: implicações para o Serviço Social contemporâneo**. Serv. Soc. Soc. [online]. 2012, n.110, ISSN 0101-6628. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000200007>. Acesso em 15 de maio de 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVA, M. O. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, M. O. (ORG). **O Serviço Social e o Popular: Resgate teórico metodológico do Projeto Profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, P. M. C. **Educação Permanente como estratégia para humanização na saúde de Guará/SP**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito, Serviço Social e Relações Internacionais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2005.

SIMIONATTO, I. Estado, sociedade civil e espaços públicos: uma análise do Plano Plurianual 2004-2007. In: **Serviço Social e Sociedade**, 2006, n. 88.

SOUSA, C. T. de; OLIVEIRA, B. J. da . Criminalização dos pobres no contexto da crise do capital: reflexões sobre os seus rebatimentos no Serviço Social. In: **Direitos Humanos e Serviço Social: Polêmicas, debates e embates**. FORTI, V.; BRITES, C. M. (org). 3ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SOUSA, C. T. de. **A prática do assistente social**: Conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Artigo, 2006. Disponível em: www.revista2.uepj.br. Acesso em 18 jun 2016.

TEIXEIRA, F. S. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, A. M. de. O trabalho do assistente social e o projeto éticohegemônico no debate profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, 2000.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas a área da saúde**. 3. Ed, São Paulo, Cortez, 2009.

YASBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. As Ambiguidades da Assistência Social Brasileira após Dez anos de LOAS. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo V.77, 2004.

APENDICE**ENTREVISTA REALIZADA COM AS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL**

- 1) Descreva a sua intervenção profissional no cotidiano do hospital.
- 2) Quais são os desafios que você percebe quanto a sua intervenção profissional no hospital?
- 3) Quais os limites institucionais e profissionais que você enfrenta no cotidiano da intervenção profissional?
- 4) Descreva sua percepção sobre a intervenção do Serviço Social no hospital.
- 5) Quais as perspectivas futuras na intervenção do Serviço Social no hospital, projetos por exemplo?

ANEXO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado:....., de autoria do(a) acadêmico(a):..... do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Setor Litoral. Fui informado (a) que esta pesquisa é coordenada / orientada pelo (a) Professor (a) Doutora: Silvana Maria Escorsim a quem poderei contatar/ consultar a qualquer momento através do e-mail: Câmara do Curso de Serviço Social, camara.ss@ufpr.br ou telefone da universidade: (41)3511-8300. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para a pesquisa científica. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa que envolvem seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima por meio de gravação de áudio obtido através de entrevista individual semiestruturada, entrevista grupal ou grupo focal. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e seus orientadores (ras). Fui informado (a) de que minha participação é livre, não havendo qualquer restrição ou constrangimento por não desejar fazê-lo.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Matinhos, ____ de _____ de ____

Assinatura do (a) participante: _____

R.G.:

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

R.G.:

