



**RATIO-FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SCARLETE NUNES DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR EM UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM FORTALEZA – CE: RELATOS E
EXPERIÊNCIAS**

**Fortaleza - CE
2019**

SCARLETE NUNES DA SILVA

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR EM UMA UNIDADE
DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM FORTALEZA – CE: RELATOS E EXPERIÊNCIAS

Monografia apresentada ao Curso de graduação
em Serviço Social da Ratio – Faculdade Teológica
e Filosófica, para obtenção de grau de bacharel
em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Virzângela Paula Sandy
Mendes.

Fortaleza – CE
2019

SCARLETE NUNES DA SILVA

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR EM
UMA UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA EM FORTALEZA – CE:
RELATOS E EXPERIÊNCIAS

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Serviço Social da Ratio – Faculdade Teológica e Filosófica, para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.

Data da defesa: _____

BANCADA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes (orientadora)
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Prof.^a Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Prof.^a Ms.^a Rosa Ângela De Brito Falcão
Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – CE
2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me força e perseverança até aqui, para que assim eu pudesse realizar mais uma conquista em minha vida.

Aos meus pais, Francisco Marcílio Nunes e Edna Ferreira, por acreditarem e em mim e por me apoiarem no decorrer de todo o período da graduação.

Às minhas irmãs e irmãos, Angélica Nunes, Francisco Marcelo Nunes, Pedro Lucas Nunes e Tainá Nunes, que estavam sempre incentivando e apoiando a todo o momento.

Ao meu namorado, Elias Teles, que esteve junto a mim do início ao fim da graduação, me apoiando e ajudando.

As assistentes sociais que me acolheram no campo de estágio e que me guiaram no decorrer da prática como estagiária na instituição.

A minha orientadora, prof.^a Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes, me orientou, incentivou, sugeriu e encontrou a melhor forma de elaborar a pesquisa.

Aos meus professores em geral, pela contribuição pelos conhecimentos adquiridos no período da graduação.

Aos meus colegas de trabalho, Gabriela Costa e Ítalo Dias, por me apoiarem no ambiente de trabalho, demonstrando flexibilidade e compreensão.

Às minhas amigas, Ingrid Gomes, Antônia Pereira e Karolayne Oliveira, que formaram o grupinho de estudos, onde umas apoiavam umas às outras, durante esses quatro anos de graduação.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram em mim no decorrer essa trajetória e que me apoiaram e contribuíram de alguma forma direta ou indiretamente para que eu pudesse chegar até aqui.

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa é refletir sobre a inserção do Serviço Social no contexto da saúde, traz a discussão de como o assistente social atua e intervém em uma unidade de atendimento altamente complexa, localizada em Fortaleza - CE, como objetivo geral. E, traz como objetivos específicos; compreender as principais demandas direcionadas ao Serviço Social da instituição; compreender as condições de trabalho dos profissionais de Serviço Social da instituição, na perspectiva histórico-crítica e discutir as demandas e os desafios da prática profissional em Saúde. O interesse pelo tema foi através da inserção em campo, do Estágio Supervisionado, no qual pude ter uma aproximação com o objeto de pesquisa. A construção foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica e de campo, com caráter de análise qualitativa. A coleta de dados foi realizada por observação direta e registrada em diários de campo durante o período de estágio na instituição. A partir das observações realizadas foi possível perceber os desafios postos à prática profissional após as políticas neoliberais que trouxeram mudanças significativas no Brasil, impactando, fragmentando a profissão. Contudo, assistentes sociais buscam atuar conforme o Código de Ética da profissão, na perspectiva de atender os usuários com total atenção. Dessa forma, as profissionais buscam entender a realidade social como seu objeto de intervenção a fim de garantir o direito ao acesso à saúde de maneira qualificada e eficaz.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Política de Saúde. Alta Complexidade

ABSTRACT

The objective of this research is to reflect on the insertion of social service in the context of health, it brings up the discussion of how the social worker acts and intervenes in a highly complex care unit, located in Fortaleza - CE, as a general objective. And, it has as specific objectives; understand the main demands directed at the institution's social service; understand the working conditions of the institution's Social Service professionals, from a historical-critical perspective and discuss the demands and challenges of professional health practice. The interest in the theme was through the insertion in the field, of the Supervised Internship, in which I could have an approximation with the research object. The construction was carried out through bibliographic and field research, with a qualitative analysis character. Data collection was performed by direct observation and recorded in field diaries during the internship period at the institution. From the observations made, it was possible to perceive the challenges posed to professional practice after the neoliberal policies that brought significant changes in Brazil, impacting, fragmenting the profession. However, social workers seek to act in accordance with the profession's Code of Ethics, with a view to serving users with full attention. Thus, professionals seek to understand social reality as their object of intervention in order to guarantee the right to access health in a qualified and effective way.

Keywords: Social Work. Health. Health Policy. High Complexity

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. PERCURSO METODOLOGICO	15
2.1 A Aproximação com o Objeto.....	15
2.2 A Imersão em Campo	18
3. ABORDAGEM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
3.1. Reforma Sanitária e Implantação Do Sistema Único De Saúde (SUS)	22
3.2. Conquistas e desafios Sistema Único de Saúde (SUS)	33
4. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA.....	42
4.1. Trajeto Histórico do Serviço Social na Saúde.....	43
4.2 Parâmetros e Condições de trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais.....	47
4.3 Principais Demandas Apresentadas ao Serviço Social em uma Unidade de Atenção Terciária	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

1. INTRODUÇÃO

A intenção deste trabalho de pesquisa é compreender a atuação do assistente social em uma unidade hospitalar de atenção terciária na cidade de Fortaleza - CE, com objetivo de conhecer as inserções, atribuições, competências, desafios e dificuldades profissionais dentro do campo trabalho.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde há duas resoluções que reconhecem o assistente social como profissional da saúde: a Resolução de Nº 218 de 06 de março de 1997, que diz que o assistente social e outras categorias de nível superior, podem ser profissionais da saúde. A Resolução CFESS de Nº 383 de 29 de março de 1999, no qual caracteriza o assistente social como profissional do âmbito da saúde.

Dessa forma, a Resolução do CFESS determina:

Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Conforme o exposto, podemos compreender que trabalho do assistente social, deve ser diretamente junto à facilitação do acesso de toda e qualquer usuário ao serviço de saúde de todas as instituições dentro do trabalho, onde o profissional atua juntamente com direitos sociais, civis e direitos políticos, no qual todos são interligados uns aos outros.

O assistente social não deve e nem pode trabalhar sozinho, pois o mesmo não tem condições de manter o trabalho sozinho e tem que manter essas ações em rede para que ela possa atender os usuários de média e alta complexidade.

Faz-se necessário, que o assistente social busque conjuntamente com outros profissionais da saúde espaços na unidade que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas, como também dos usuários da saúde, pois a participação popular e o controle social têm que ter a completude, tanto dos trabalhadores quanto daqueles que são usuários dos equipamentos de saúde.

O que incentiva o senso crítico, analítico e interventivo do assistente social a buscar a reflexão sobre a realidade que na maioria das vezes é revelada pelo

usuário. Inserida na seguridade social em conjunto com a assistência social e previdência, a saúde torna-se um dos pilares do direito social no Brasil. Vale ressaltar, o quanto se faz fundamental uma prática em equipe interdisciplinar para que de fato se efetive o processo de tratamento integral.

Conforme Minayo (1991):

[...] Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como biológico que, em última instância, traduz através da saúde e da doença as condições e razões sócio históricas e culturais dos indivíduos e grupos" (MINAYO, 1991, p.70).

A prática profissional do Serviço Social na saúde, é realizar uma atuação competente, crítico, investigativo, interventivo e analítica junto aos usuários, enquanto trabalhadores, e também com a participação e a mobilização, tal qual qualquer outra área de atuação.

Para Miotto, (2013):

A intervenção profissional volta-se para a implementação das políticas nacionais e, aos poucos, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na formulação, gestão e execução da política social vai se tornando fundamental para o processo de institucionalização das políticas públicas, seja para a afirmação da lógica da garantia dos direitos, seja para a consolidação do projeto ético político profissional. E o enfrentamento dos desafios na área das políticas públicas torna-se imprescindível para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão (MIOTTO; NOGUEIRA, 2013, p. 61-71).

É necessário um empenho do profissional na sua atualização e reatualização para entender e conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem na questão dos problemas de saúde e doença.

Segundo Yamamoto, (2009):

[...] A saúde é a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940. A partir do Movimento de Reforma Sanitária, com a Constituição Federal de 1988 e a criação das leis orgânicas da saúde, que apontaram para um novo modelo de assistência à saúde voltada para sua promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas, é que o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde, sendo chamado, principalmente, para compor equipes de trabalho multiprofissionais. Essas inovações, que exigiram a intervenção de um profissional capacitado para atuar nas

múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde, desafiaram o Assistente Social para uma prática comprometida com as camadas populares e influenciaram sua contratação como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e na articulação da saúde com as demais políticas públicas (IAMAMOTO, 2009, p. 341).

Desde a Constituição de 1988, quando se adotou uma concepção ampliada de saúde e passou a ser entendida como um direito da população e dever do Estado, a construção do Sistema Único de Saúde – SUS no país tem sido um permanente desafio. (Londrina PR, de 09 a 12 de Junho de 2015, p. 02).

No âmbito da história da saúde no Brasil, o processo de reforma sanitária dos anos 1980 e a construção do Sistema Único de Saúde estão entre os temas mais estudados.

A relevância desse evento para a proteção social e para a saúde pública brasileira, a identificação do processo de mudanças com a luta pelo retorno ao regime democrático, o fato de alguns de seus artífices mais importantes terem ocupado posições centrais nas instituições acadêmicas de saúde coletiva e cargos-chave na área das políticas de saúde ajudam a compreender a grande produção acadêmica sobre o tema.

A reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então.

Nesse sentido, podemos falar de fato em reordenamento ideológico e institucional. Ideológico devido aos princípios fundantes da política de saúde, que são completamente alterados, e institucionais em função da criação do sistema único. O SUS é compreendido através de seus princípios e diretrizes que estão na Constituição Federal de 1988, previstas no art. 198:

- 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;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Conforme o exposto, através dos princípios e diretrizes que são encaminhados os atendimentos do SUS, os fatores contribuem para manter a organização nos mesmos, com direito às informações objetivas sobre o estado de saúde do usuário, com um atendimento humanizado.

Os atendimentos pelo SUS são organizados em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. O modelo foi aderido para que os serviços oferecidos fossem divididos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

No nível primário, estão as unidades básicas de saúde (UBSs). São marcadas consultas, exames e atendimentos básicos. Em nível secundário, as unidades de pronto atendimento (UPAs), hospitais e unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, incluindo a urgência e emergência é organizada com base em macro e microrregiões de cada estado, no qual deve haver ambulatórios e hospitais.

No nível terciário, temos os hospitais de grande porte, os quais atendem demandas de alta complexidade, no qual contém tecnologias médicas e profissionais capazes de fazer atendimentos, há situações que não foram possíveis serem atendidas no nível secundário por serem casos mais complexos. (PAIN, 2006).

Nesse Contexto, o presente estudo, tem como objetivo geral de compreender que desafios se fazem presentes na atuação do assistente social em uma unidade de atenção de alta complexidade na cidade de Fortaleza – CE. Os objetivos específicos da pesquisa são: compreender a inserção do Serviço Social na saúde, identificar as condições de trabalho dos assistentes sociais no hospital e apontar quais as demandas postas ao Serviço Social na instituição.

O interesse pela temática em estudo surgiu a partir do contato pelo estágio curricular supervisionado I, em uma unidade de saúde, localizado na cidade de Fortaleza – CE, no qual foi adquirido o conhecimento e interesse sobre o mesmo. Pude analisar que tal temática é bastante complexa e que existem diversas implicações e dificuldades durante a atuação no campo hospitalar, tanto para o usuário da saúde, quando para os profissionais envolvidos e familiares dos pacientes, o que me levou a querer dar profundidade no assunto, bem como em suas dificuldades diárias.

Portanto, o presente trabalho é construído através dos desafios que são enfrentados pelos profissionais de Serviço Social na instituição. Conforme vivenciado, foi notório vários pontos que são até mesmo contraditórios e que acabam sendo cobrados por parte dos gestores de hospitais, bem como por outros diretores do campo da saúde para o assistente social, no qual, o profissional não deve se submeter a tais ações, pois muitas vezes elas “ferem” o projeto ético-político.

Para a elaboração dessa pesquisa foi essencial traçar uma proposta metodológica. A pesquisa apresentada de caráter qualitativa, com objetivo de compreender o contexto dos problemas sem uso de dados estatísticos. Conforme Minayo:

[...] O método qualitativo de pesquisa é aqui entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais [...] (MINAYO, 2013).

Os principais meios de pesquisas foram através de pesquisa bibliográfica, feita através de pesquisas em artigos, monografias e livros diversos, feita através de arquivos e documentos do hospital e pesquisa de campo.

Contudo, a pesquisa foi feita com um rodizio de plantões semanais com oito (8) assistentes sociais e duas (2) residentes em Serviço Social, as quais foram vivenciadas durante o período de estágio curricular, essa coleta deu-se entre o período de março a junho de 2018.

As informações coletadas no período de observações diretas, foram devidamente anotadas em diários de campo, o qual serviu como base para chegar no resultado dessa pesquisa. As observações foram feitas através dos

acompanhamentos à assistente social supervisora de campo, e chefe do setor, em atendimentos individuais aos pacientes, em visitas realizadas nas enfermarias em geral.

A pesquisa de campo, foi utilizada para obter dados e informações diretamente da realidade através do uso de técnicas de coleta de dados, assim a pesquisa de campo foi realizada em uma unidade de saúde de atenção de alta complexidade localizada na cidade de Fortaleza – CE.

Segundo Gonsalves:

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...]. (GONSALVES, 2001, p.67).

Para atingir tais objetivos, os registros em diários de campo foram utilizados para fins de obter declarações consistentes sobre a atuação profissional do assistente social. As conclusões das informações colhidas foram através da observação direta dos participantes, feitas ao acompanhar a as assistentes sociais e principalmente a supervisora de campo nos atendimentos individuais, nas visitas efetuadas as unidades de enfermarias e leitos durante o período do estágio curricular, contudo, os nomes das profissionais que tive vivência não foram citados e nem o da instituição, pois todas as questões éticas foram respeitadas.

Para Araújo *et al.* (2013):

[...], o diário tem sido empregado como modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las. [...]. O diário também é utilizado para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa; portanto ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término. (ARAÚJO *et al.*, 2013, p. 54).

Diante o exposto, o trabalho de conclusão de curso foi estruturado da seguinte forma: No primeiro capítulo, abordamos o percurso metodológico, no qual foi explanada a aproximação com o objeto, seguindo a linha de raciocínio da imersão em campo.

No segundo capítulo, foi trazida a abordagem do sistema único de saúde (SUS), o qual busca relatar o histórico do mesmo, alinhando com a reforma sanitária e concluindo com as principais conquistas e desafios do SUS.

Para finalizar, então, no terceiro capítulo, abordamos a atuação do assistente social na atenção terciária em uma unidade de saúde, vinculando a inserção do profissional no campo e imergindo as atribuições e competências do mesmo fazendo a apresentação dos desafios e dificuldades enfrentados por eles.

2. PERCURSO METODOLOGICO

2.1 A Aproximação com o Objeto

O presente capítulo aborda inicialmente os caminhos traçados para a construção deste trabalho, trazendo os elementos que encaminham para a realização da pesquisa.

Quando se deu início à cadeira de projeto de pesquisa I, durante o período acadêmico, foi dado o conhecimento de que teria que iniciar um pensamento sobre algo para ser meu objeto de pesquisa, que se iniciaria nessa disciplina. Dessa forma, teria que pensar em algo para que pudéssemos esse objeto para posteriormente para um suposto trabalho de conclusão de curso.

Foi nesse momento que tive oportunidade de ter um primeiro contato com a temática, na disciplina de projeto de pesquisa I, por ser um tema que eu tivesse interesse e curiosidade em pesquisar, busquei conhecer um pouco sobre a atuação do assistente social no tratamento de transplante de medula óssea, por ser um tratamento de alta complexidade, no qual é um transplante proposto para doenças que afetam as doenças do sangue.

Dessa forma, realizei um trabalho relacionado a essa temática, em que busquei compreender nesse primeiro momento o público alvo do qual eu tinha um acesso mais fácil, eram as profissionais plantonistas de Serviço Social que atuavam em meu campo de estágio supervisionado I, visto que eu tinha contato diário com as mesmas em dinâmica de “rodízio”. Assim, fui levando adiante a ideia de permanecer com a temática para posteriormente, fazer o trabalho de conclusão, (TCC), ao final do curso sobre o assunto.

Durante as disciplinas de projeto de pesquisa I e II, bem como no decorrer das disciplinas de estágio supervisionado I e II, fui pesquisando, juntando materiais e acumulando leituras sobre a temática em estudo, na perspectiva de desenvolver futuramente a pesquisa de TCC, entrevistando os profissionais com quem convivi durante o estágio supervisionado.

Contudo, já que disciplina de TCC I, vi com minha orientadora, que para obter a autorização para a pesquisa em campo, teria que inserir o projeto na plataforma brasil, assim, teria que demandar mais tempo, porém, seria um tempo que não tive disponibilidade.

Logo no início da disciplina mudei o objeto da pesquisa, mas permaneci no mesmo campo, porém, o objetivo foi mudado. Passei a querer conhecer mais sobre a atuação do assistente social dentro de uma unidade de saúde de alta complexidade. Em acordo com a minha orientadora, a decisão foi apoiada.

Diante do exposto, de acordo com minha orientadora, os meus diários de campo, os quais elaborei durante o meu estágio supervisionado, já seriam suficientes para a análise do meu objeto de pesquisa, pois conforme dito anteriormente, durante todas as minhas vivências no campo de estágio, pude observar situações e procedimentos que acompanhei de forma intensa a atuação desses profissionais.

Desse modo, o objeto desse estudo é compreender a atuação assistente social na área hospitalar em uma unidade de atenção terciária localizada na cidade de Fortaleza – CE, a partir das minhas observações durante o estágio supervisionado.

Tendo em vista que durante o estágio supervisionado, eu teria convivência com as profissionais e observando a atuação junto aos usuários, eu teria já uma aproximação parcial com o meu objeto de pesquisa. Após conhecer a prática em campo como estagiária, passei a conhecer o mesmo, analisar, algumas situações no atendimento diário no setor do Serviço Social.

Conforme o exposto, observei que as reclamações, elogios e questões colocadas em pautas dos usuários com relação ao acolhimento da instituição eram bem elevadas. Então, passei a relatar sobre uma visão mais crítica e analítica. Passei a obter informações e contato com as diversas assistentes sociais que trabalhava em regime de rodízio de plantão e com as que me acompanhavam durante os mesmos.

A partir de então passei a conhecer primeiramente os instrumentos de trabalho, o campo, os tipos de atendimentos, encaminhamentos, atividade básicas exercidas no dia a dia dentro da instituição. Durante o período do estágio, surgiram várias possibilidades, onde pude contribuir com as intervenções no decorrer dos atendimentos efetuados de acordo com cada caso específico que eram recorrentes na instituição, tais como: pessoas em situação de rua, violência doméstica, abandono de idoso, pessoas trazidas de outros estados para efetivar algum procedimento cirúrgico dentre outros.

Nesse sentido, pode perceber que o Serviço Social na instituição apresenta por missão a realização de ações de caráter articulador, educativo, informativo e preventivo, objetivando favorecer o exercício da cidadania, viabilizando o acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, estimular as relações interdisciplinares, bem como, contribuir para o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão.

Contudo, surgem diferentes expressões da “questão social”¹ para os assistentes sociais, bem como as demandas cotidianas de alimentação, moradia, trabalho, transporte, etc. Diante do reconhecimento da importância do assistente social na instituição mediante o embasamento teórico metodológico de que estes profissionais devem conter.

Compreendemos, então, que, a necessidade de buscar desvelar o que passa pelo cotidiano de trabalho do assistente social na saúde, e como estes veem as expressões da “questão social”.

Contudo, na saúde, está posta ao assistente social a função de identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que atravessam o processo saúde-doença vivenciado pelo usuário, mobilizando estratégias para o enfrentamento dessas questões.

No decorrer do período em que passei exercendo a prática de estagiária, pude conviver com algumas assistentes sociais, isso possibilitou para que eu pudesse desenvolver meu senso crítico – analítico, pois compartilhei algumas inquietações, angustias alegrias e dentre outros sentimentos com essas profissionais dentro do período de atuação.

Esta experiência me proporcionou o conhecimento da prática do profissional do Serviço Social no âmbito da saúde, por meio da supervisora de campo, a qual atuou com excelência, desenvolvendo seu trabalho com êxito e que trazia consigo um grande conhecimento teórico-metodológico e com um posicionamento ético-político adequado, conforme os valores da profissão, o que acaba me inspirando cada vez mais a pesquisar sobre o exercício do assistente social na saúde.

¹ Segundo Yamamoto (1998, p.27) “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

No próximo item falaremos sobre minha inserção em campo e falaremos um pouco sobre as interlocutoras que contribuíram para esta pesquisa, para que possamos conhecer sobre esse âmbito em que me inseri e pude pesquisar sobre o meu objeto durante a caminhada acadêmica.

2.2 A Imersão em Campo

Conforme dito anteriormente, o campo privilegiado para a realização do presente estudo, foi uma unidade de saúde de atenção terciária e alta complexidade a qual fica localizada na cidade de Fortaleza – CE. A unidade funciona em regime de 24 horas e o setor social de 12 horas, não sendo uma unidade de urgência e nem emergência.

O Hospital é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade recebe somente os pacientes que já se encontravam em listas de esperas para tratamentos, cirurgias, transplantes e/ou procedimentos específicos. O hospital é de natureza pública, e de referência, recebendo assim, pacientes de vários estados do Brasil.

Hoje, o hospital caracteriza-se como unidade que presta assistência de alta complexidade à saúde, realizando desde transplantes renal e hepático, de forma rotineira, até pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais, além de participação em estudos multicêntricos em protocolos de pesquisa clínica.

De acordo com os dados da instituição, o Serviço Social da mesma foi criado em 1974, apresenta por missão a realização de ações de caráter articulador, educativo, informativo e preventivo, objetivando favorecer o exercício da cidadania, viabilizando o acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, estimular as relações interdisciplinares, bem como, contribuir para o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão.

O campo específico dessa pesquisa foi o setor do Serviço Social, juntamente com as profissionais atuantes no setor, no qual o primeiro acesso enquanto

profissional em formação na instituição, deu-se através da prática do estágio supervisionado.

A minha inserção em campo deu-se no quinto semestre da graduação, com carga horária de 160 horas. A partir do primeiro momento em campo, passei a executar o meu papel de estagiária dentro da instituição, após ser encaminhada pela própria faculdade com todos os documentos devidamente corretos, apresentei-me na data de 04 de março de 2018, no setor de Serviço Social, assim, fui apresentada a profissional que seria minha supervisora de campo e fui acolhida muito bem por todas as profissionais do setor.

Após me apresentar no setor pra as assistentes sociais, minha futura supervisora de campo, levou-me para conhecer partes da instituição e orientou que ao longo do estágio eu iria me familiarizar com tudo e todo aquele imenso espaço. Frequentei a instituição três vezes por semana e eu acompanhei minha supervisora durante os plantões diurnos.

Conheci as unidades de atendimentos incluindo enfermarias, pediatria, UTI², salas de recuperação pós-operatório, laboratório, saúde mental, salas de estudos dos residentes, dentre outros setores existentes na instituição. No primeiro contato, contribui observando as profissionais em seus atendimentos na sala do Serviço Social e no decorrer de cada atendimento, a assistente social explicava-me a situação individualmente de cada atendimento, pois cada caso é bem específico.

A assistente social que me acompanhou foi mostrando-me os instrumentos de trabalho que são utilizados no dia a dia, bem como: fichas de internamento, cartão de visita, cartão de visita extra, autorização para visitas fora de horário, relatórios realizados, relatório no feito no início do plantão constante quem estava naquele ambiente naquele dia e horário, declaração para acompanhantes, listas atualizadas com os dados dos pacientes, etc. Dito isto, o primeiro dia foi para conhecer a instituição e o trabalho da equipe de Serviço Social e um momento para que eu pudesse ir conhecendo o espaço em que eu passaria a exercer o papel de uma profissional em formação.

Tendo em vista, o campo de realização da pesquisa durante a formação acadêmica, os princípios éticos foram conservados, assim, não foram deixados de

² Segundo Souza *et al.*, (2000), Unidade de tratamento intensivo (UTI), as UTI's são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva.

serem respeitados, pois segui conforme a Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e com isso, visei realizar a pesquisa envolvendo pessoas na área da saúde, foi dado continuidade ao processo de realização da pesquisa. Os nomes dos profissionais e de usuários que contribuíram para essa pesquisa não foram citados, como também o nome da instituição não foi pronunciado.

Conforme o exposto, para colhermos os dados necessários por meio das informações dos sujeitos participantes, foi necessário nos apropriarmos da pesquisa de campo, a cerca desta, Fonseca (2002), diz que ela se caracteriza através das investigações. Nesse momento, é onde se efetua a coleta de dados juntamente com os indivíduos. Assim, nessa etapa, se constituem a decisão dos objetivos e da coleta de dados.

Considerando as vivências e experiências obtidas durante as pesquisas acadêmicas e trabalho desenvolvido na instituição, a intenção com os sujeitos pesquisadores deu-se de forme contínua, pois todo momento em que estava no campo de estágio, havia uma reflexão, facilitando o acesso aos atores sociais envolvidos para a obtenção das informações necessárias no decorrer da pesquisa de campo.

Após a inserção no campo da pesquisa, fazia observações diariamente com um senso crítico bem mais afluído, as informações e posicionamentos foram registrados devidamente em diários de campo, no qual pude registrar diversas atividades exercidas durante os plantões e relatava sobre um caso específico, com criticidade e quando possível e/ou necessário feita com minha intervenção juntamente com a assistente social que foi minha supervisora de campo.

De acordo com o exposto, o diário de campo possibilitou-me registrar informações sobre as observações feitas por mim e pela assistente social em conversas que tínhamos com os usuários, eram perceptíveis os comportamentos, gestos e expressões que surgiam no decorrer dessas conversas, no qual possibilitava trazer o máximo de informações a respeito da temática para a contribuição da pesquisa.

Nesse íterim, também fiz pesquisa de satisfação em parceria com a ouvidoria da instituição, durante as aplicações das pesquisas, passei por todas as enfermarias para entrevistar pacientes acompanhantes e/ou familiares, foram momentos que os usuários muitas vezes agarravam para conversar. Anteriormente a assistente social supervisora de campo, informou que deveríamos ter uma escuta

qualificada³, dito isto, assim eram feitos com os usuários, como profissional em formação foi importante seguir conforme as orientações da supervisora de campo.

Nesse contexto, as interlocutoras da pesquisa são as assistentes sociais que compõem o quadro do setor do Serviço Social da instituição. Na época, o quadro de assistentes sociais é composto por dezesseis (16), assistentes sociais, oito (8) residentes, as quais fazem rodízios durante os plantões. Dentre essas profissionais pude compartilhar minhas experiências enquanto profissional em formação com oito (8) assistentes sociais e duas (2) residentes durante o período de estágio.

As interlocutoras da pesquisa são bem articuladas, trazendo consigo um conhecimento teórico muito rico e uma visão crítica aprofundada. Nesse intuito, a contribuição de cada uma foi essencial para a formação e construção dessa pesquisa.

Conhecemos brevemente a instituição e as interlocutoras da pesquisa, passaremos a falarmos no próximo capítulo sobre a política de saúde no Brasil, para que possamos compreender esse trajeto e conhecermos o sistema de saúde que temos hoje no país.

³ Escuta social qualificada tem por objetivo identificar o problema de determinada situação no âmbito individual ou coletivo.

3. ABORDAGEM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1. Reforma Sanitária e Implantação Do Sistema Único de Saúde (SUS)

No atual capítulo, abordaremos um breve resgate da trajetória da política de saúde no Brasil em seus diferentes contextos, destacando desde os períodos dos antecedentes da ação do Estado até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para que possamos alcançar os objetivos, é necessário compreender as determinações sócio históricas.

Conforme Bravo, é importante entendermos que há quinhentos (500) anos atrás, o Brasil era povoado por indígenas, no qual não estavam adaptados a uma série de doenças que vieram da Europa juntamente com os portugueses, o que acabou trazendo um processo de saúde e doença diferenciado já naquela época.

Ainda segundo a autora, com a chegada da família real nos meados de 1808, chegaram também, os cursos universitários e dentre eles, os cursos de medicina, fazendo com que os médicos que estavam no Brasil, não necessariamente viessem de fora, mas sim que passassem por uma formação no país. Nesse momento, somente quem tinha recurso financeiro, conseguia ter acesso aos médicos e aos serviços de saúde.

É importante ressaltarmos, que havia fortemente no Brasil, as santas casas, no qual trabalham com a ideia de caridade e que tinham um vínculo muito forte com entidades religiosas. A autora Bravo (2006) explica que “no século XVIII, não havia assistência médica, os atendimentos eram pautados na filantropia e na prática liberal”.

Segundo a autora, no início de século XX, as questões epidemiológicas e sanitárias perpassam pelo Brasil. É importante termos em mente de nos meados do século passado, as doenças transmissíveis, eram as doenças mais comuns, dito isto, essa transição do tipo de doença, decorre pelo modo como a saúde vai percorrendo pelo Brasil. Tanto que naquele momento, tínhamos muito fortemente ações voltadas nas áreas portuárias e também muitas voltadas para a questão de vacinação (BRAVO, 2006).

Dessa forma, de acordo com o Boulos Júnior (2009), no Brasil a reforma na saúde teve início nos primeiros anos do século XX, no qual na época tínhamos um sanitarista muito conhecido, Oswaldo Cruz, que traz esse viés de vacinação,

inclusive de uma maneira relativamente polêmica, pois a gente tem algumas vacinações que são forçadas, o que gera de certa forma, algumas revoltas populares naquela época, uma delas, conhecida como a revolta da vacina. Segundo o autor:

[...] A Revolta da vacina teve início em 1902 quando as camadas populares também resistiram ao autoritarismo [...] do presidente Rodrigues Alves, que confiou a Pereira Passos, prefeito do Rio de Janeiro seu plano de modernizar e higienizar a cidade. O prefeito começou pela construção da Avenida Central (hoje Rio Branco) e para isso autorizou a demolição de casarões e casebres do centro, habitados pela população mais humilde da cidade (BOULOS JÚNIOR, 2009, p. 72).

Ainda, conforme o autor, a precariedade em que as classes mais baixas viviam no início do XX, quando não existia saneamento básico e a falta de higiene contribuía para a proliferação de doenças como a febre amarela, a peste bubônica e varíola. Ocorreu uma tentativa por parte do governo de lutar contra essas doenças nas quais eram consequência da falta de saneamento básico.

Com isso, foi criada uma campanha de vacinação obrigatória, sendo uma ação que conteve pontos positivos, mas que pela falta de informação das autoridades com a população, repercutiu como uma atitude “autoritária”, e a população revoltou-se, pois tiveram suas residências invadidas pelos agentes sem nenhuma autorização.

Conforme a o agravamento do problema da crise econômica gerada pelo desemprego, bem como o aumento do custo de vida, as reformas urbanas que tiraram a população mais pobre do centro da cidade destruindo vários cortiços e outros tipos de habitação e com isso, a população foi se revoltando cada vez mais.

Dessa forma, como relata Boulos Júnior, (2009, p.72), “expulsos da região central, os antigos moradores do centro foram viver na periferia da cidade ou subiram os morros, onde construíram barracos de tábuas cobertos com latas de querosene”.

Tais ações, que foram utilizadas como estratégias ao combate à doença que foi colocada por Oswaldo Cruz, geraram um conflito entre o governo e a população naquela época, mas ainda assim, ganhou avanço no controle e no combate de algumas doenças. Suas pesquisas geraram importantes conhecimentos sobre as mesmas. Segundo com Bravo, Uma das questões que se colocavam ao movimento sanitário é como tornar efetiva a presença da sociedade civil nas políticas de saúde,

ou seja, como se articular de forma não orgânica com os diversos setores da sociedade. (BRAVO, 2011, p.43).

Além de tais ações de saúde pública terem indo se direcionando para as ações coletivas e de prevenção, uma boa parte da população não usava de recursos financeiros próprios para pagar uma assistência de saúde e com isso cuidar da saúde da população, passou a ser uma exigência no movimento operário.

Conforme a autora Bravo, em 1920, temos o que conhecemos como Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), o que seria compactações entre empregados e empregadores, que fazem de certa forma que esses empregados tivessem acesso a algum recurso de cunho previdenciário de saúde.

Bravo relata que:

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006, p. 3).

De certa forma, isso teve um fortalecimento, se tornando por meio de Getúlio Vargas futuramente, em os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no quais são autarquias em nível federal, pois os CAPS abrangiam um grupo muito pequeno. Nessa perspectiva, em 1920, foi criado um Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), administrado por Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, até 1926.

As IAPs funcionavam administrativamente com os CAPs e o dinheiro que vinha do financiamento dos empregados e empregadores era investido no financiamento da industrialização. Nesse momento, o sistema previdenciário teve contenção de despesas em relação ao período de 1920, focando no acúmulo de reservas financeiras mais do que com a prestação de serviços.

Dito isto, vale ressaltar que a partir que vira IAP, mais pessoas passam a ter acesso, porém, fica muito evidente que quem tem mais acesso as ações e às questões de saúde, são as pessoas que estão relacionadas com a força de trabalho.

Contudo, esses acontecimentos não foram realizados por “amor” do governo, mas sim porque era necessário que as pessoas tivessem com a

produtividade em alta, fazendo com que houvesse um retorno do governo, fazendo perceber que essas questões enalteçam as desigualdades sociais em saúde, pois quem tinha um trabalho, tinha cesso a saúde e quem não tinha um trabalho, acabava não tendo esse acesso, então a tendência é que se haja um distanciamento entre o trabalhador e a pessoa que não tinha um trabalho, recebendo assim um tratamento de saúde por meio das Santas Casas, que não necessariamente conseguiam atender a todas as pessoas em estado de vulnerabilidade no Brasil.

Dessa forma, conforme o que diz o autor Paim (2009), que nesse momento de transição de século, acontecia o início da industrialização no Brasil. Assim, a saúde nascia como questão social, um problema que não se limitava mais ao indivíduo, na qual demandava agora de resposta da sociedade e do poder político.

As mudanças ocorridas na sociedade brasileira no início do século XX, mais especificamente em 1930, tiveram como características, a redefinição do papel do Estado, o surgimento de políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores, o progresso de industrialização, o qual foi um processo marcante nesse período, pois acelerou o desenvolvimento de urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, que se desenvolviam em precárias condições de higiene, habitação e principalmente de saúde. Bravo relata que:

[...] A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2006, p. 03).

Nesse período, a política de saúde, era de caráter nacional e organizava-se em dois subsetores: o de saúde pública e o da medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública, predominou sob a medicina previdenciária até metade dos anos de 1990, ficando em campanhas sanitárias e no controle de endemias com a intenção de oferecer as mínimas condições sanitárias para a população urbana, sendo restrita à população do campo.

O subsetor da medicina previdenciária, a qual surgiu nos meados de 1930, obteve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em substituição das CAPs, conforme citado anteriormente, com o propósito de aumentar o número de categorias vinculadas ao instituto, para que não houvesse reivindicações no âmbito da ampliação da cobertura da política de saúde, oferecendo uma cobertura mais ampla.

Segundo Bravo (2006), a Política Nacional de Saúde, que vinha tentando se consolidar desde 1930, finalmente se consolida entre os anos de 1945 – 1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que foi criada no decorrer da 2ª Guerra Mundial. Nessa época também, com o Plano Salte, de 1948, a saúde foi posta como uma de suas principais finalidades. Sobre isto, a autora relata que:

[...] A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2006. p. 05).

A autora relata ainda que, a partir de 1950, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, devido aos interesses claramente capitalistas e mais organizada das empresas médicas, visualizaram nesta área com fins lucrativos, com isso, pressionavam o Estado quanto ao financiamento dos serviços, ou seja, sua privatização.

Porém, apesar das pressões, ainda conforme a autora, a medicina previdenciária até 1964, foi fornecida pelos serviços dos próprios Institutos de Aposentadorias e Pensão. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.

No período histórico da ditadura militar⁴, o cenário foi totalmente diferente, modelou um novo Brasil, com uma tendência de desenvolvimento econômico social expandindo e burocratizando a política assistencial, para com isso, aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, fragilizando assim, os conflitos sociais (BRAVO, 2006).

⁴ Segundo Costa, "A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática".

Para o autor Netto (1989) Apud Bravo (2011), a ditadura militar significou o resgate do conservadorismo existente na sociedade brasileira como também reforçou o papel estatal na manutenção do privilégio do grande capital perante os interesses sociais. Assim, o Estado se torna um campo, no qual esses interesses entram em enfrentamento. Ou seja:

[...] O poder burguês do pós-64, inaugurando o modelo burocrático-autoritário, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico- social e político que modelou um país novo (BRAVO, 2011, p.54).

Tendo em vista esse contexto, compreendemos que o capitalismo favorece o Estado a se fortalecer politicamente atendendo às reivindicações das classes trabalhadoras, pois assim, o capital também lucra. É por meio das Políticas Sociais que o Estado tende amenizar e administrar as expressões da questão social, pois ao mesmo tempo em que eram oferecidas melhorias às classes trabalhadoras, faziam com que essa mesma classe fosse controlada pelo Estado.

Desse modo, levava benefícios diretamente à burguesia, preservando, assim, a força de trabalho para garantir a manutenção do modo de produção capitalista. Assim, a saúde nessa época, foi diretamente afetada pela intervenção estatal, tendo que assumir as características impostas ao modelo de sociedade.

Nesse contexto, em 1966, a Previdência Social, e os IAPs unificaram-se, com isso, a medicina previdenciária cresceu e a saúde pública entrou em decadência. Nesse período, foi implantado um modelo de privilegiamento do produtor privado. Tal modelo, dentre outras características desenvolveu a cobertura previdenciária à população urbana e posteriormente aos trabalhadores rurais autônomos e domésticas (BRAVO, 2006).

A ditadura militar, desde 1964, procurava consolidar a sua hegemonia. Contudo, a mesma não foi alcançada. Dito isto, novas formas de legitimar a dominação burguesa e suas consequências foram buscadas.

Desse modo, a política social de 1974 a 1979, buscava a obtenção de maior eficácia dentre o enfrentamento das expressões da questão social para conduzir as reivindicações. Com isso, o que podemos concluir durante esse período, é que as ações médicas de saúde passaram a serem coordenadas e direcionadas pela Previdência Social.

Bravo (2006), conclui esse período afirmando, que:

[...] A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 8).

Para que possamos pensar a trajetória da política de saúde no Brasil, faz-se necessário, fazer um resgate de dois antecedentes históricos, no qual marcaram sua consolidação: o Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, que serão abordadas no próximo item, juntamente com a Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a autora Bravo, nos meados das décadas de 1970 – 1980, temos um movimento bastante conhecido, que deu origem, ou seja, ajudou a formalizar o SUS que temos hoje, que é a Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária é um movimento que foi consolidado e foi constituído por meio de intelectuais, corpo técnico da saúde, alguns partidos políticos, movimentos sociais e também por muitos pesquisadores de algumas organizações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que começaram a pensar a saúde com um viés mais social, não tão biologicista e não tão voltado para a questão clínico-assistencial de doença.

Bravo (2006), relata que o Movimento da Reforma Sanitária surgiu em um contexto de luta contra a Ditadura Militar, no início da década de 1970. Contudo, teve como referência a democracia, que no presente momento a saúde pôde contar com a participação de novos sujeitos sociais, que passaram a discutir as condições de vida da população e as propostas apresentadas pelo governo, a discussão assumiu uma dimensão política.

Segundo Arouca⁵ (1998):

[...] A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços.

⁵ Considerado como um dos maiores sanitaristas, Sergio Arouca, participou dos debates para a Reforma Sanitária e presidiu a 8ª Conferência Nacional da Saúde.

Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado" (AROUCA, 1998, p. 01).

Conforme o autor, a partir da Conferência, ocorreu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional surgiu do movimento social, assim, sendo considerado o maior sucesso da Reforma Sanitária brasileira.

O ponto positivo da Conferência foi que além de ter sido pensado e Sistema Único de Saúde, foi pensado de uma forma mais ampla. Em uma Reforma de Saúde, partindo das práticas, das ações, a Reforma Sanitária, para além disso, a questão de saúde passa a ser expressa a população e deixa de ser uma questão setorial (BRAVO, 2006).

Neste momento, era previsto uma nova forma de pensar-se em saúde pública, superando a visão de que a saúde era somente ausência de doenças. A saúde pensada no meio das lutas do Movimento da Reforma Sanitária previa abranger todos os determinantes sociais que afetam diretamente essa saúde, ou seja, remetia a ideia de saúde ampliada.

A saúde passa a ser vista com um olhar mais amplo, que é o que chamamos de conceito ampliado de saúde. Com tudo, isso vai gerando um movimento e então, temos isso discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986 e foi uma importante ação formalizada que traz subsídios para que conseguimos colocar finalmente na Constituição Federal de 1988, aquela frase que todos conhecem, do art. 196. "A saúde é um direito de todos e dever do Estado".

A 8ª Conferência Nacional de Saúde Ocorreu em 21 de março de 1986. Nesse momento, consolidava-se a proposta da criação de um Sistema Único de Saúde, em que seria direito de todos e dever do Estado. Esse vento foi um marco na história da saúde pública brasileira, pois teve uma contribuição enorme no processo de construção do SUS.

Nesse momento, foi quando pela primeira vez, houve a participação popular em conferências. Essas pessoas eram impulsionadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, no qual tinham como intuito de criar um sistema que o direcionasse para uma cobertura universal dos serviços de saúde, independentemente de contribuição.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população [...] A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006, p.09).

A temática principal dos debates ligados nessa Conferência foi a democracia e a saúde. O relatório final desses debates constituiu-se na base primordial das recomendações da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Conforme o exposto, tal fato foi de uma enorme importância, sendo fundamental para a construção do SUS que temos hoje, de caráter universal, sendo como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, Bravo (2006), destaca que:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; 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, 2006, p. 09).

Então a Constituição Federal traz ali, do artigo 196 aos 200, vários tópicos voltados para a saúde, trazem já também algumas questões relacionadas aos princípios que temos hoje no Sistema Único de Saúde (SUS), mas o SUS propriamente dito a gente entende que foi formalizado como um sistema a partir das leis orgânicas da saúde, onde temos a lei 8080, de 1990, que traz a promoção, prevenção, tratamento da saúde, traz o modelo de gestão do SUS, traz os princípios do SUS.

Mediante a esse contexto, nos anos seguintes, com a promulgação da nova Constituição Federal de em 1988, propostas com relação aos direitos sociais foram obtidos frente ao processo de crise do país e face a desigualdade social formada por essa crise na sociedade brasileira.

Quanto ao contexto constitucional fazendo referência a saúde, Bravo (2006, p. 11), destaca: “inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelos movimentos sanitários, embora não tenha sido possível atender todas as demandas

quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou setores do próprio governo”, mas consolida e determina o Sistema Único de Saúde, uma conquista primordial a partir da Constituição de 1988 para a saúde pública.

Quanto à lei 8142 de 1990, na qual, ela traz bem descrito de que formas acontecem os conselhos de saúde e as conferências de saúde, que são importantes instrumentos para transparência, participação e para controle da população perante as políticas de saúde que vão acontecer no Brasil.

Finalizada a VIII Conferência Nacional, foi realizada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a finalidade de produzir o relatório final do evento, o que posteriormente surgiria a se transformar em um documento de maior significância. No destaque do texto, “A Construção do SUS”, que foi produzida pelo Ministério da Saúde, mostra que:

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária entregou seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 86).

Contudo, o movimento da Reforma Sanitária tinha o intuito de criar um novo sistema público de saúde para que pudessem serem solucionados os incontáveis problemas no atendimento à saúde da população e assim todos tendo o direito à saúde. Sendo assim, cabe ao governo e a sociedade esforçar-se para garantir esses objetivos.

O Sistema Único de Saúde baseia-se nos seguintes princípios e diretrizes, que conforme Paim (2009): princípios são a Universalidade, Integridade e Equidade, em que se refere aos aspectos que valorizamos nas relações sociais levando em consideração os derivados da moral e da ética e suas diretrizes são da participação da comunidade, regionalização descentralização e hierarquização, no que se refere às ordens de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diversas partes que constituem o sistema de saúde.

Dessa forma, ainda de acordo com o autor Paim (2009), que define os serviços e ações que compõem o SUS, foi elaborada de acordo com as diretrizes na Carta Magna – a Constituição Federal – que hoje atende aos seguintes princípios:

•

- Universalidade, supõe o direito a saúde para todos, é um direito de cidadania, incluindo o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- Preservação da autonomia das pessoas, visa a integralidade física e moral, se diz respeito à dignidade humana e a liberdade de escolhas das pessoas.
- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, busca o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde que é garantido pela Constituição, pois todo cidadão é igual perante o SUS, devendo ser atendido conforme a sua necessidade.
- Integralidade, conhecida como um conjunto articulado de ações e serviços que tem o objetivo de atender o indivíduo como um ser humano integral, que necessita de ações de promoção, prevenção e recuperação.
- Participação da Comunidade, conhecido também como controle social, onde os usuários participam da gestão do SUS, através de conferências e conselhos de saúde, pois são os maiores para a participação efetiva da população com o intuito de promover as mudanças necessárias para o bem-estar.

É considerado como diretriz do SUS, de acordo estabelecido na lei, conforme Paim (2009):

A descentralização, integridade e a participação da comunidade, no qual se destaca: a divulgação a informação; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2009, p. 58).

Diante ao que foi exposto, notamos que por meio do SUS, alcançamos um grande avanço em relação aos modelos de concepções de saúde, levando em conta que até os meados de 1970, a saúde era limitada apenas aos modelos médicos curativistas e previdenciários, no qual o primeiro modelo baseava-se em apenas curar a doença e o segundo em atender o trabalhador que tinha carteira assinada. (Paim, 2009).

Através da criação do SUS, a saúde passou a ser um modelo de proteção social, entendido primeiro como um direito, e, posteriormente estendendo-se para ações e serviços de saúde voltada para a prevenção de doenças, ao controle de riscos e promoção a saúde.

O SUS é organizado pelo critério da hierarquização, ou seja, em níveis de atenção à saúde: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Dessa forma, Paim (2009), destaca que a atenção básica disponibilizada diretamente a população por meio dos centros e postos de saúde, é realizada também por meio de

campanhas de vacinação, os programas de hipertensão e diabetes, dentre outras patologias.

A segunda, ainda conforme o autor, chamada de média complexidade, demanda do deslocamento do usuário até a unidade onde o atendimento é feito por profissionais especializados, tendo a necessidade de utilizar recursos tecnológicos para dar auxílio no diagnóstico do tratamento.

O terceiro, sendo o atendimento de alta complexidade, consiste em um conjunto de atendimentos prestados em hospitais com especialidade particulares, com a presença de profissionais bem qualificados, utilizando de aparelhos tecnológicos de alto custo, dando possibilidades a população de usufruir de acessos mais especializados.

Contudo, podemos chegar à conclusão que o Sistema Único de Saúde (SUS), é uma conquista da população brasileira, pois o SUS nasce na Constituição como uma grande revolução de saúde que saúde é direito e não consumo, na qual deve ser garantido por direito pelas políticas públicas, tendo em vista que antes não tínhamos esses direitos garantidos. Após a instauração do SUS, podemos perceber uma mudança muito grande com relação à saúde pública brasileira.

3.3. Conquistas e Desafios Sistema Único De Saúde (SUS)

A luta da população pela garantia de direitos obteve como desfecho, a grande conquista da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), sendo considerado um grande avanço, pois inicia-se efetivações de direitos sociais e com isso, é inaugurado a Seguridade no Brasil, bem como, a contemplação de políticas universais, composta então, através do tripé: Saúde, que se caracterizou-se assim, como política universal, sendo uma conquista de direito, ou seja, não contributiva, representada, por sua vez, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Assistência Social, por sua vez, com viés destinada a quem dela necessitar, objetivando a garantia de segurança, sobrevivência e autonomia da sociedade.

Desse modo, foram efetivados diversos avanços no âmbito as políticas da saúde, a pauta das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, foi então, contemplada constitucionalmente, pode-se elencar como principais conquistas, segundo Teixeira, (1989):

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- - As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas 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 provadas 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;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, p. 50- 51).

Diante desses princípios, é oportuno salientar que a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, se deu no contexto de reordenamento do Estado brasileiro, pois apesar da aprovação do projeto em 1988, somente em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, (Lei nº 8.080, de 1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 01).

O acesso privilegiado à saúde que passa a ser entendida como direito, rompe-se através da universalidade, viabilizando a igualdade. Nesse contexto, é reconhecido a totalidade de cada indivíduo através da integridade, e assim, prevê que a saúde seja tratada em todos os níveis de atenção, conforme citado anteriormente, sem prioridade hospitalar pela alta complexidade.

O SUS nasce em uma necessidade de construção de um sistema universal, de garantia de direitos, no qual é uma construção de lutas da sociedade brasileira e um avanço imenso quando foi-se conquistado um projeto de sonho, conforme Arouca (1998), e foi então, nessa permanente tensão que o projeto foi desenvolvendo-se, pelo direito à saúde universal.

De acordo com Paim (2008), o movimento que se deu pela Reforma Sanitária Brasileira, foi de extrema importância e não foi fundamental somente para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi uma de suas conquistas mais importantes, mas também, pela luta em defesa do direito à saúde em amplo sentido. Contudo, a Reforma Sanitária Brasileira, pode ser vista:

[...] como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p. 173).

Nesse Contexto, segundo Arouca (1998), o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, nasceu há décadas, nasceu na luta contra a ditadura militar, com a temática “Saúde e Democracia”, estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços.

Ainda conforme o autor, esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, conforme aviamos citado anteriormente, na qual “pela primeira vez, mais de cinco mil representantes, de todos os seguimentos da sociedade civil, discutiram sobre um novo modelo de saúde para o Brasil” (ARAOUCA, 1998, p. 01).

Desse modo, podemos compreender que o SUS nasce não com a vontade de se inserir em uma justiça social ou desenvolvimento social, ele já nasceu inserido, por vontade da sociedade, pois a primeira década do SUS, foi assumida pelos municípios, começam a demonstrar o que chamamos depois de universalidade, a integralidade e a equidade, indo às periferias das cidades, principalmente os municípios médios que estavam crescendo rapidamente, pela migração da pobreza pelas suas periferias.

O resultado foi garantido na constituição, defendendo então, a saúde como direito do indivíduo e dever do Estado. Ou seja, o Estado é compreendido como responsável em ofertar assistência à saúde para a população, independentemente da contribuição previdenciária.

Dentro deste espírito de 'totalidade de mudanças', no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, profundamente influenciado pelas proposições do movimento sanitário e de defesa do direito à saúde, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde destaca a importância da determinação social do processo saúde e doença, expressa, entre outras formas, pela defesa da suspensão imediata dos juros da dívida externa, bem como o não pagamento desta; da reforma agrária subordinada às

necessidades dos trabalhadores do campo e sob o controle destes; de direitos amplos à educação, ao trabalho, à organização e à greve (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Contudo, no contexto internacional, via-se a retração das conquistas sociais, por causa da disseminação do neoliberalismo, no qual chega ao Brasil com a inserção de medidas de corte da proteção social a qual havia sido conquistada recentemente.

A execução de avanços conquistados pela Constituição Federal de 1988, é interrompida pela colocação de ideias no viés Neoliberal no Brasil nos anos de 1990. Nesse período o país enfrenta a crise da estagflação⁶, com isso, o contexto é por sua vez, de consideráveis mudanças no âmbito do trabalho, que torna-se cada vez mais precário, tendo o desemprego estrutural fortemente ativo e flexibilizado.

Nos meados de 1989, foi imposto uma série de medidas direcionadas aos países latino-americanos, para saírem da crise pelo Consenso de Washington. Nesse período implantou-se no Brasil, o receituário neoliberal através do governo de Fernando Collor de Mello, no qual era associado ao discurso de modernização do país. A implantação da agenda neoliberal no Brasil enfrenta com as garantias de direitos conquistados em 1988, portanto a implantação da agenda neoliberal se dá em detrimento da efetivação das políticas de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Ainda conforme as autoras, a implantação do neoliberalismo no país, conseqüentemente, evidenciava-se uma significativa redução nos gastos sociais, sendo que acarretava-se no desmantelamento da proteção social através de políticas focalizadas, adoção de estratégias como o Empreendedorismo que responsabiliza o indivíduo pela sua situação de vulnerabilidade, desarticulação das redes de serviços sociais, fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista na administração da política pública.

Apesar do enfraquecimento das lutas sociais, a força do movimento formado majoritariamente por estudantes, no qual foi capaz de causar o impeachment de Fernando Collor de Mello, no ano de 1992.

As iniciativas com relação às medidas do governo Collor, tem intensificação no governo de Fernando Henrique Cardoso, principalmente quando falamos de

⁶ Segundo Bresser-Pereira, em matéria divulgada pelo jornal Folha de S. Paulo (30 de junho de 2008), a estagflação é a inflação combinado com recessão ou crescimento muito baixo.

privatizações. É criado então um documento pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, chamado “Plano Diretor da Reforma do Estado” (COSTA, 2006), no qual tinha o intuito de pôr uma administração gerencial em substituição à administração pública, pois, esta última, era responsável pela crise. (COSTA, 2006).

Desse modo, via-se no governo de Fernando Henrique Cardoso, uma transferência do controle estatal para uma iniciativa privada, com a privatização de empresas estatais e transferência da responsabilidade do Estado na área social para a sociedade civil. Sobre esse feito, vejamos:

Os postulados neoliberais na área social são basicamente os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge à necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, portanto um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, em como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal (SOARES, 2001, p. 44).

No âmbito da saúde assistia-se o incentivo, por meio de diversas ações, à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, como: a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; o rompimento com o princípio da universalidade, através do subfinanciamento do sistema que prevê assistência mínima aos que não podem pagar o acesso a saúde; e a terceirização dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, através da contratação de prestadores privados (BRAVO; MATTOS, 2004).

Contudo, o agravamento da disputa entre o modelo de saúde privatista neoliberal – sustentado em uma “democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos”, devido a medidas de contenção de gasto sociais, privatização e minimização do Estado – e o modelo da Reforma Sanitária – fundamentado na “democracia de massas, com ampla participação social” em defesa da democratização, a universalização e do controle social (BRAVO; PEREIRA, 2007, p.198-199).

Diante desse contexto, podemos assimilar que nos anos 200, mais especificamente no Governo Lula, a saúde foi fortalecida, tendo como primordial,

havendo um comprometimento com a garantia do acesso universal, integral e igualitário as ações e serviços de saúde.

Contudo, o Ministério de Saúde fez a tentativa de uma ampliação ao atendimento do SUS e salientando-se a política de educação para o SUS, capacitação dos conselheiros de saúde e fortalecimento do Programa de Saúde e Família. Entretanto, algumas das ações não são tão satisfatórias, pois por um lado, uma vez que o governo apoiaria a Reforma Sanitária, apoiaria o Projeto Privatista.

O primeiro governo de Lula é marcado pela continuidade das estratégias econômicas neoliberais, e o endossamento de estratégias sociais focalizadas (FAGNANI, 2011). No que tange a saúde, também havia expectativa de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, porém o que se viu foi a continuidade da polarização entre público e privado. Desta forma, evidencia-se a convivência da inovação com a continuidade. Na análise de BRAVO (2001), são ressaltados como aspectos de inovação:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p.16).

Conforme destaca Bravo (2011), é importante ressaltar que o Governo Lula teve uma atuação contraditória no que se refere a saúde, pois conforme citado, de um lado o mesmo reforçava a ideia de saúde para todos, ou seja, o direito a saúde universal, no qual preconizava o movimento da Reforma Sanitária, porém, por outra via, ele também reforçava algumas condições coniventes com o projeto privatista.

Nota-se, a preocupação em representar o projeto da Reforma Sanitária através de secretarias e lideranças. Contudo, os compromissos com os princípios desse projeto não foram seguidos, permanecendo evidente a lógica da privatização. Através de isenções fiscais das empresas que contratam planos de saúde para funcionários e das entidades filantrópicas, das propostas de prestação de serviços por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil Pública (OSCIPS), e gestão, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (MOREIRA, 2013).

Segundo Ravagnani (2013) estas prestadoras de serviços surgem a partir da implantação do Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, com a finalidade de delegar ao setor privado a execução dos serviços públicos, e deixar para o Estado as funções de coordenar e financiar as políticas públicas. A transferência de serviços apresenta inconstitucionalidades, segundo a autora:

No que se refere à saúde, a transferência de serviços encontra impedimento legal na Constituição (Art. 199) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90 (Art. 24), onde é permitida a participação em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, somente quando esgotada a capacidade e disponibilidade de atendimento pelo SUS (RAVAGNANI, 2013, p. 50),

Conforme o exposto, o projeto privatista expressa-se, então, fazendo uma vinculação da saúde ao mercado e agindo de forma incoerente aos dispositivos legais constitucionais. O princípio da universalidade é trabalhado apenas no âmbito da atenção básica e a iniciativa privada trabalha com os serviços de média e alta complexidade.

Durante todo o governo petista, o cenário foi o mesmo, no qual foi se acentuando com adoção de medidas neoliberais, como a terceirização dos serviços e a focalização das políticas das classes mais pobres.

Dessa forma, após a candidatura da ex-presidente Dilma Vana Rousseff, no ano de 2010, foi dada continuidade com a mesma lógica do Governo Lula no âmbito da Saúde, visto que foi estabelecido um modelo de gestão direcionado para os investimentos privados, bem como havíamos citado anteriormente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Conforme a autora Bravo, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi apontada no discurso de posse da ex-presidente Dilma como grande prioridade do seu governo, a qual ressaltava que iria utilizar a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário. Destacava também que iria estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS. A autora ressalta que esta afirmação foi preocupante com relação a defesa do SUS, construído nos anos 1980.

Ainda segundo Bravo, as medidas que o Governo Dilma foi impondo-se, demonstrou que o governo não enfatizará mais o social do que o anterior mas, pelo

contrário, as posições assumidas nesses seis meses apontam um governo mais privatista e comprometido com a manutenção do modelo econômico na época.

Contudo, de acordo com Marques, em 2016, a população foi às ruas para bater panelas para a obtenção do impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff legitimamente eleita e que não cometeu nenhum de responsabilidade, no qual houve um dos mais graves e sem precedentes ataques aos direitos sociais do Brasil.

Nesse contexto, após o impeachment de Dilma, o sistema é impactado pelas propostas de ajustes com relação aos impostos através do projeto neoliberal no Brasil, intensificando-se assim, ainda mais pós golpe.

Dessa forma, é de suma importância citarmos, ainda conforme Marques, que 15 de dezembro de 2016, foi publicado no Diário Oficial a Emenda Constitucional 95/16, chamada pelos movimentos sociais de “PEC da morte”. A PEC da morte, define os congelamentos públicos por 20 anos em áreas assistenciais ao povo brasileiro, bem como a saúde e educação.

De acordo com a agência do Senado, a Emenda foi encaminhada pelo governo de Michel Miguel Elias Temer Lulia ao Legislativo com o objetivo de equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos, a PEC do teto de gastos públicos foi aprovada depois de muita discussão entre os senadores. Com isso, A inflação cresce em percentuais maiores para a compra de medicamentos, equipamentos, insumo para exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Segundo a autora (BRAVO, 2019, p. 05) “O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um Projeto Político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os 1% mais ricos do país.” Dessa forma, as consequências da crise da acumulação é passada para os trabalhadores. Conforme o exposto, a autora relata sobre as ameaças do Governo Temer.

- Redução do tamanho do SUS;

- Diminuição do Financiamento (EC 95/2016 – Congelamento dos Gastos Sociais por 20 anos. Libera de realizar investimentos mínimos na saúde e educação);

- Ataque aos Trabalhadores da Saúde através do ataque aos servidores públicos (PL 257);

- Interlocução com setores conservadores da saúde (entidades médicas, seguradoras de planos de saúde, empresários).
- Estímulo ao Setor Privado – várias medidas;
- Apoio aos Planos de Saúde (Revisão da Lei dos Planos de Saúde; proposta dos Planos Acessíveis, diminuir a ação da ANS);
- Recriar o Conselho de Saúde Suplementar;
- Fortalecimento da Indústria Farmacêutica;
- Expansão das Clínicas Privadas Populares;
- Articulação direta com o Setor Privado-Coalizão Saúde. (BRAVO, 2019, p.05)

Dessa forma compreendemos que o no Governo Temer, o país obteve inúmeros retrocessos somente no âmbito da saúde.

Contudo, no atual Governo de Jair Messias Bolsonaro, o qual foi eleito em 2018 e assumindo seu mandato em janeiro de 2019, pode ser levado em conta as propostas defendidas durante sua campanha eleitoral, bem como a composição ministerial e as efetivas iniciativas do governo.

Conforme a autora Bravo, o governo tem suas características de extremo liberalismo econômico, temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia.

Dessa forma, a autora relata que para além da Mercantilização da universidade Pública, que passa a ter orçamento financiado por um fundo de direito privado, ferindo sua autonomia e precarizando o trabalho docente.

Prevê também aprofundamento da Privatização dos Hospitais Universitários – através de uma mudança na lei da EBSEH que coloca que os Hospitais universitários atendam pacientes com planos de saúde privados, segundo Bravo.

Ainda conforme a autora, o desafio que estaria posto para a é manter o posicionamento que questione e critique o processo de privatização dos serviços públicos de saúde. A efetivação do SUS como campo destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado, é uma grande ameaça que permeia a saúde pública, no qual tal segmentação contradiz todos os princípios, que foram conquistados em 1988, depois de muitas lutas sociais.

Conforme o contexto, o desafio é o fortalecimento da luta pela efetivação novamente do Projeto da Reforma Sanitária, para que possa ser recuperado os

princípios e valores que constituíram o Sistema Único de Saúde, sendo fundamental evidenciar a importância de que o assistente social aproprie-se das contradições que perpassam a política de saúde para que se tenha um engajamento no processo de defesa do SUS, por meio da atuação nos campos sócio ocupacionais e como promotores do debate acerca da luta pela efetivação do direito à saúde.

Dessa forma, no próximo capítulo veremos um pouco do trabalho do assistente social em uma unidade hospitalar, sendo de alta complexidade. Com isso, iremos compreender quais os desafios mais frequentes que os profissionais enfrentam frente às demandas postas ao Serviço Social.

4. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

4.1. Trajeto Histórico do Serviço Social na Saúde

Nesse capítulo, vamos relembrar uma breve trajetória sobre a história do Serviço Social no âmbito da saúde, sendo um espaço sócio ocupacional, no qual é onde existem mais assistentes sociais inseridos, conforme Matos (2013, p 55). “a saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais”.

Desse modo, trazemos uma reflexão dos acontecimentos ocorridos nos meados dos anos de 1930 até a contemporaneidade. Posteriormente, abordaremos a atuação do profissional na unidade hospitalar, apresentando também às condições de trabalho na instituição e iremos concluir com a apresentação das principais demandas e dos desafios postos ao assistente social em sua prática profissional.

O Serviço Social desde o seu princípio, possui vínculo com a saúde, de acordo com Bravo e Matos (2004), as décadas de 1930 a 1945, foram marcadas pelo início da profissão no Brasil. Nesse período, apresentava-se um Serviço Social com baseamento na caridade, o seu arcabouço teórico era inspirado na doutrina da igreja católica e suas encíclicas, contendo assim, uma forte influência europeia.

Alguns impactos sociais ocorreram após o fim da 2ª Guerra Mundial, com isso, a expansão do Serviço Social na saúde é ampliada também na atuação profissional, segundo Matos (2013), era de tamanha necessidade um profissional que soubesse lidar com as expressões da questão social posta naquele período.

Segundo Bravo e Matos (2014) os assistentes sociais brasileiros passam a defender o ensaio e a profissão nos Estados Unidos, assim, se desvinculam do Serviço Social europeu e passa a ser vinculado ao dos Estados Unidos, alterando a ação profissional que era de julgamento moral com relação aos clientes e passa a ter uma análise de caráter psicológico.

Ainda nesse mesmo período, tiveram ocorrências de agravamentos na saúde da população, com maior ênfase nos países periféricos, bem como foi abordado anteriormente no tópico que explicitava a Política Nacional de Saúde que acontecia desde 1930 e foi definida em meados dos anos de 1945-1950, assim, sendo redefinido um novo conceito de saúde, dessa forma, foi solicitado a atuação

de outros profissionais para trabalhar no campo da saúde e junto a eles, o assistente social. Com isso, Bravo e Matos destacam que:

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO e MATOS, 2004, p. 03)

Compreendemos que o trabalho do assistente social nesse momento era através de práticas educativas para com os operários, buscando que eles tivessem dentre outras demais práticas.

Nesse sentido, o assistente social, passa a exercer sua função nos hospitais, como uma forma de intermediar entre a população e a instituição, para que assim, pudesse proporcionar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Segundo Matos:

O Serviço Social vai construir um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo (caso, grupo e, nos anos 1950, comunidade). Compreende-se que existiam diferentes modos de intervenção que variariam a depender do tipo de instituição em que trabalhava. É nessa perspectiva que é cunhado o “Serviço Social Médico”. (MATOS, 2013, p. 57).

Dessa forma, Bravo e Matos, (2004), nos mostram que o profissional de Serviço Social, para executar a intermediação utilizava de plantões, triagens, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Nesse contexto, as propostas fundamentadas na saúde a partir da década de 1950, não obtiveram influência no âmbito da saúde. Somente após a década de 1960, a qual iniciaram-se algumas mudanças, pois houve um debate na profissão que questionava o conservadorismo, que repercutiu no Serviço Social na saúde, em que consolidava a sua ação na prática curativa, especialmente na assistência médica previdenciária.

A reatualização do Serviço Social foi marcada pelo período dos anos de 1974 a 1979, na perspectiva das práticas da profissão se modernizar, assim, como as novas propostas de saúde, tendo em vista a década de 1970, que foi realizado o movimento da Reforma Sanitária, no qual lutava por um sistema de saúde que fosse

igualitário e universal, que tivesse por base um caráter mais preventivo e que não fosse apenas de caráter curativa.

Contudo, Iamamoto retrata que:

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável a adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham aquilo que poderia oferecer o chamado 'Serviço Social Tradicional'. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico (CARVALHO e IAMAMOTO, 2003, p 364-365).

Dessa forma, Matos (2013), coloca que nesse período o Serviço Social brasileiro passa por polêmicas, ou seja, para o autor é de grande relevância mencionarmos o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, principalmente com relação à importância da "intenção de ruptura.

Desde modo, o autor destaca que "este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira, que reunia profissionais da saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista" (MATOS, 2013, p. 59).

Ainda conforme o autor, foi nesse momento, com a saúde consolidada a partir da Constituição Federal de 1988, que ela surge como direitos de todos e dever do Estado, juntamente com o Sistema Único de Saúde conforme havíamos citado anteriormente.

A saúde acompanhada de assistência social e previdência social, passam a integrar a Seguridade Social. Desse modo, a situação da atual conjuntura era de crise em todo o Brasil, assim, a atenção à saúde estava indo à falência juntamente do movimento de ruptura com a política de saúde vigente.

Nesse contexto, o Serviço Social obteve influências, contudo, estava tradicional, assim, foi nesse momento que se deu início à hegemonia atual da profissão, nesse momento, sucedeu a associação da profissão com a tradição marxista. Segundo destacam os autores Bravo e Matos:

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de

Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate Maria Inês Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional 9 Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. (BRAVO e MATOS, 2004, p).

Contudo, os avanços obtidos e os debates que foram constituídos nesse período, não foram capazes para poder formular na década de 1990, com o grupo do Movimento da Reforma Sanitária, pois, neste período, é estabelecido o projeto político neoliberal do país, que, no entanto, se contrapõe, com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social e com o projeto da reforma sanitária. (BRAVO E MATOS, 2004).

Contudo, o projeto da Reforma Sanitária há um questionamento quanto ao projeto de saúde de é estruturado com o mercado, e o privatista é estabelecido, dessa forma, essa estabilização faz com que o Estado restrinja a sua atuação, fazendo com que garanta o mínimo para quem não possa pagar e os demais que forem consumidores, paguem pelo atendimento.

Nesse sentido, podemos compreender que os autores colocam que a preocupação central, quando se fala do projeto da reforma sanitária, é de assegurar que o profissional exerça sua função conforme as políticas sociais e que entre tudo, seja um intermediador para a garantia de direitos dos usuários. Dessa forma, compreendemos também que o projeto privatista voltado para o mercado tem o intuito em garantir o mínimo aos que não podem contribuir.

Para tanto, as políticas sociais são retornos do Estado para as necessidades da sociedade. Conforme Couto e Prates (2009), uma demanda social transforma-se em questão social quando é socialmente reconhecida, quando consegue tensionar o poder instituído a dar respostas via políticas sociais e a ampliação de direitos.

Desse modo, o profissional de Serviço Social no âmbito da saúde passa a responsabilizar-se como novas práticas, elaborando encontros grupais a nível de compartilhar informações e conhecimentos quanto ao acesso a saúde e ao processo de promover a saúde e prevenir doenças.

No entanto, tais ações não devem apenas se limitar ao assistente social, mas também aos demais profissionais que fazem contribuições para um sistema de saúde melhor e mais eficaz.

Bravo (2004) relata que o profissional deve:

[...] Formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO e MATOS, 2004, p. 18).

De acordo com a realidade que o Serviço Social enfrenta no âmbito da saúde é de extrema importância, fazer a colocação de Vasconcelos (2007, p. 242), “qualificar ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a prática”, contudo, não podemos deixar de nos recordar que a saúde é um direito universal que está contido na Constituição Federal de 1988 desde a sua consolidação e que está ligado ao projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro.

Conforme o exposto e diante aos contextos colocados, conclui-se que o Serviço Social rompe hegemonicamente⁷ com as atribuições anteriores, mais antigas, no qual agia de uma forma burocrática e cheia de rotinas que era de caráter conservador e contudo, deve estar atento os acontecimentos históricos. Enquanto categoria profissional, deve-se permanecer na busca da defesa dos direitos dos usuários e na efetivação da democracia na prática cotidiana. (Bravo e Matos, 2004).

Com essa linha de pensamentos, continuaremos nos próximos tópicos a abordar o trabalho do assistente social na saúde juntamente com as condições de trabalho dos profissionais do Serviço Social no hospital.

4.2 Parâmetros e Condições de trabalho dos Assistentes Sociais do Hospital

Neste tópico iremos abordar o interesse em analisar as condições de trabalhos que os profissionais de Serviço Social enfrentam ao executar a sua função dentro da instituição, especificamente, no campo da alta complexidade.

Na intenção de contextualizar um pouco sobre o campo de pesquisa, no qual é uma unidade que localiza-se no município de Fortaleza – CE. A unidade dispõe de atendimento por encaminhamento como também por demandas como fila de espera, não sendo uma unidade de urgência e nem emergência.

⁷ É dito hegemonicamente, pois as práticas anteriores não foram totalmente rompidas do trabalho do trabalho do assistente social.

A mesma prossegue com atendimentos clínicos, ambulatoriais, cirúrgicos, dentre outros serviços. A condição de trabalho na instituição apresenta diversas dificuldades, porém, apresenta também, alguns pontos favoráveis.

Que se diz respeito ao ambiente de trabalho dos profissionais do Serviço Social, a sala oferece as condições básicas necessárias para o atendimento dos usuários, ou seja, a instituição contém uma sala onde o Serviço Social trabalha e funciona, sendo composta por duas mesas, cadeiras suficientes para as profissionais e usuários em atendimento e em espera, telefone fixo, celular móvel, impressora de porte pequeno, armário de arquivo no primeiro ambiente, e por trás, contém um banheiro para o uso das profissionais e uma mini copa com geladeira, micro-ondas dentre outros objetos para o uso diário.

Segundo Vasconcelos (2007), esse espaço é onde ficam uma ou mais assistentes sociais, esperando serem procuradas por usuários, no qual veem sendo acompanhados de outros profissionais ou por demandas diversas. Os atendimentos são efetuados sigilosamente conforme o Código de Ética da profissão:

Art. 16º - O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único: Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário. (BRASIL, 1993, p. 29)

Mediante a prática do estágio supervisionado pude perceber essa questão nitidamente em vários momentos e atendimentos, pois em determinadas situações as profissionais do Serviço Social aguardavam finalizar um atendimento para permitir que outra pessoa entrasse na sala para iniciar, deixando a porta fechada, pois por muitas vezes eram assuntos delicados e pessoais, no qual esses usuários geralmente já estavam bastante fragilizados.

Conforme os dados da instituição, o Serviço Social nessa unidade de atenção terciária, trabalha na criação de mobilização, participação e controle social, visando alcançar uma constante mobilização dos profissionais e dos usuários, pois o assistente social não está na instituição somente para viabilizar o direito à saúde, apesar de esse ser uma parte do trabalho, mas não é a única.

O profissional trabalha em busca de uma nova ordem societária, de uma sociedade de pensa, que participa, que propõe ações e que fiscaliza. O controle

social tem uma ampla variedade de argumentação e ela precisa está ligada aos pontos como marcação de consulta, transferência, retorno, autorização de visita e acompanhante, alta médica, alta social, entre outras.

Sendo de uma imensa importância buscar uma atuação em equipe, tendo em vista que o trabalho com a saúde, bem como o trabalho do Serviço Social, exige uma extrema competência da equipe dos diversos setores interdisciplinares dentro da construção de um atendimento humanizado e que realmente viabilize os direitos dos usuários da saúde.

De acordo com a política de trabalho da instituição, o assistente social deve ser munido de potenciais instrumentais teóricos-metodológicos bem amplos para que ele consiga lidar com todos os desafios que o exercício do assistente social na saúde irá cobrar, pois sempre aparecem violações de direitos das mais variadas maneiras possíveis, e o profissional deve trabalhar no campo em conjunto com a rede multidisciplinar e interdisciplinar na região da sua atuação.

As profissionais consideram que a ética profissional é importante para a prática, desse modo, enquanto estagiária supervisionada, pude observar que os atendimentos eram feitos realmente em sigilo, diversas vezes os usuários aguardavam nas cadeiras de espera que ficam fora da sala do Serviço Social para serem finalmente atendidos dentro da mesma. Assim conforme os diários de campo que produzi no decorrer do estágio supervisionado, puder ver situações de perto, conforme o relato, vejamos:

Conforme o plantão do dia 10 de março de 2018, mais especificamente no período da manhã, a assistente social, no qual era minha supervisora de campo, foi solicitada por um médico residente para fazer atendimento a uma paciente que já estaria de alta, porém, não queria ir para casa e não relataria o motivo. A profissional foi ao leito da paciente, lavando-me junto a ela para as devidas observações. Chegando ao leito da paciente, o médico residente retirou-se dando privacidade para o atendimento. A assistente social sondou com a com a mesma os motivos que a levava ao não querer ir para casa, de início a paciente relatou que não iria pois não estava bem. Após de muita conversa, a paciente revelou para a assistente social que não iria pois tinha um esposo agressivo em casa que lhe aguardava. Contudo, a assistente social passou a paciente as devidas orientações, por fim, a paciente concordou em seguir as orientações e assim aceitar a alta médica (DIÁRIO DE CAMPO, 10/Março/2018).

Diante desse registro é possível notarmos que em determinadas situações, os atendimentos dão-se de forma mais sigilosa, apesar de que esse em questão tenha sido na sala do Serviço Social, mas sim no leito da paciente, o médico

residente entende que o atendimento deve ser feito de maneira reservada, pois exige um atendimento de escuta qualificada, com atenção, pois é importante que as orientações que serão passadas devem ser corretas e de acordo com a demanda que a paciente traz.

Ainda conforme essa conversa, a orientação passada foi que a paciente buscasse proteção. Foi visto com a paciente também, se poderíamos entrar em contato com o Centro de Referência da Mulher para que buscássemos proteção à ela, contudo, a mesma não concordou, e não pudemos entrar em contato sem a permissão da paciente. Segundo a paciente, a mesma iria na delegacia da mulher prestar queixa ao marido.

Através de minhas observações pude notar que as profissionais trabalham conforme a política da instituição, no qual é faz-se um trabalho em conjunto de uma equipe multiprofissional, o que na teoria deveria ser mais eficaz para que houvesse soluções das demandas específicas e variadas do hospital.

Contudo, foi notório que não é tão simples, pois em algumas situações, são tomadas atitudes, no qual o Serviço Social não é comunicado, assim, gerando um certo desconforto quando as assistentes sociais vão exercer as suas funções, podemos compreender isso no registro a seguir:

No plantão diurno do dia 14 de maio de 2018, houve uma situação que uma paciente teria que ter alta da UTI para a enfermaria há alguns dias atrás, porém, isso não aconteceu e motivo não foi repassado ao Serviço Social, gerando assim, uma falta de comunicação. Os familiares da paciente foram ao Serviço Social, preocupados e cheios de dúvidas para saber os verdadeiros motivos pelo qual a paciente não teria tido a alta, pois além da preocupação, já teria uma pessoa da família que estava no hospital há mais de 12 horas aguardando a alta da paciente para acompanhá-la. Sem saber da real situação, as assistentes sociais, pediram um momento aos familiares da paciente e foram atrás de notícias com relação aos motivos pelos quais a mesma não havia tido a alta da UTI para a enfermaria com a enfermagem para repassarem aos familiares. Pós conversa com a enfermagem, as assistentes sociais deram o retorno à família da paciente (DIÁRIO DE CAMPO, 14/maio/2018).

Conforme o exposto, nesse tipo de situação, era compreendido que havia uma insatisfação das assistentes sociais perante a mesma, gerando até mesmo um desconforto e desgaste, pois aquele tipo de situação era frequente e realmente gerava um incômodo às profissionais do Serviço Social.

Desse modo, seria necessário que a equipe do Serviço Social fosse informada, para que soubessem das situações das pacientes, para terem um retorno

eficaz em seus atendimentos. Contudo, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010, p. 44) ao falar sobre trabalho multiprofissional, é válido destacar que:

O trabalho em equipe precisa ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde [...] a equipe de saúde e/ou os empregados, frente as condições de trabalho e/ou falta de reconhecimento das competências dos assistentes sociais, tem historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmo (CFESS, 2010, p. 44).

Segundo Iamamoto (2007), o Assistente Social tem autonomia tanto ético quanto técnica que é resguardada pelo Código de Ética e regulamentada em lei para executar o seu papel no exercício profissional. Conforme o contexto, é de suma importância destacar que os assistentes sociais encaram dificuldades para realizar seus trabalhos, bem como seus atendimentos, pois não dependem apenas desses profissionais. Conforme a autora:

Um processo de trabalho coletivo, organizado dentro das condições sociais dadas, cujo produto em suas condições materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho. Na área da saúde, por exemplo, o assistente social participa, ao lado de outros profissionais – nutricionistas, enfermeiros médicos, psicólogos, etc., na consecução das metas previstas em um projeto e prevenção de doenças (IAMAMOTO, 2007, p. 107 – 108).

Dessa forma, podemos perceber que para os profissionais do Serviço Social possam receber estagiários, por exemplo, é necessário que os mesmos tenham condições éticas e técnicas em suas atuações em campo, para que assim, possam garantir um fazer profissional qualificado, ético e que tecnicamente possam continuar contribuindo para a garantia de direitos dos usuários. Ao que se refere essas condições éticas e técnicas do exercício profissional, a resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

- A - Iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- B - Recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- C - Ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- D - Espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Conforme o contexto, as condições físicas que dispõe ao exercício profissional, estão de acordo com o que a resolução do CFESS resolve, pois o espaço proporciona privacidade e um certo conforto aos atendimentos dos usuários, para que assim, possam ser efetuados atendimentos em sigilo, tanto de uma forma individual e coletivo, quanto em relação ao favorecimento das condições físicas da sala, bem como temperatura e espaço adequado para os usuários em aguardo pelos seus atendimentos.

Contudo, o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito hospitalar torna-se fragmentado, pois às diversas vezes alguns atendimentos são direcionados a situações com relação a problemas e reclamações. Nesse sentido, podemos ainda expor quanto às condições de trabalho, alguns problemas técnicos e/ou administrativos, bem como quando surgem algumas situações nos banheiros nas enfermarias ou quanto à falta de algum tipo de material.

Desse modo, os usuários direcionam-se aos assistentes sociais para possíveis reclamações, no qual o correto seria procurar a ouvidoria, para suas possíveis reclamações, dessa forma, Vasconcelos (2007, p. 155), diz que isso ocorre por que o Serviço Social é “um dos únicos serviços, no interior da unidade de saúde, a que o usuário tem acesso imediato [...] através da porta aberta do plantão”. Notamos no seguinte registro.

No plantão do dia 18 de maio de 2018, no plantão da manhã, recebemos diversas demandas e fizemos diversos atendimentos indo aos leitos por solicitações de pacientes nas variadas enfermarias, relatando sobre os defeitos frequentes nos banheiros em diversas enfermarias, mais precisamente, nos vasos sanitários, no qual foram relatados que há dias os defeitos iam e viam. Os relatos vinham com uma enorme insatisfação dos pacientes, os mesmos falavam que era uma situação desumana e que não havia respeito e nem interesse da unidade diante das frequentes demandas e reclamações (DIÁRIO DE CAMPO, 18/maio/2018).

Diante das demandas, orientamos aos usuários que vieram com as reclamações, que fossem até a ouvidoria relatar tais relações, para que fosse

solicitado uma equipe para os possíveis consertos dos vasos sanitários bem como os demais equipamentos com defeitos. Contudo, os usuários em seguida informaram que já haviam feito às devidas reclamações e que já teria ido uma equipe técnica para sanar os problemas, porém, em alguns dias os defeitos haviam retornado.

Contudo, compreendemos que as demais demandas são problemas de gestão, porém, o setor de Serviço Social é bem eficiente, as profissionais possuem um olhar crítico, analítico, interventivo e uma escuta ativa e qualificada, no qual buscam compreender o todo e não somente as partes, fazendo o possível para que ali possam efetivar e/ou garantir o direito do usuário dentro da instituição para que possam promover a saúde de forma qualificada.

No entanto, conforme Vasconcelos (2007), o trabalho do assistente social está voltado para uma “prática burocrática e não assistencial”, pois priorizam dar um retorno as demandas de informações e orientações. Compreendemos melhor quando a autora coloca que é uma prática no qual:

Se entende alguns dos interesses e necessidades imediatos dos usuários, como um fim em si mesmo, contribui para impedir e/ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo. A democratização de informações e saber e o controle social (VASCONCELOS, 2007, p. 170 – 171).

Conforme o exposto, podemos compreender que a atuação do Serviço Social na saúde não se dá de forma isolada. A profissão faz parte de uma equipe multidisciplinar como já havíamos citado anteriormente, pois conforme os Parâmetros para a atuação do Serviço Social é necessária essa atuação em equipe tendo por base, a interdisciplinaridade de atenção à saúde (CFESS, 2010).

No próximo tópico iremos conhecer quais são as principais demandas que são apresentadas ao Serviço Social da instituição e quais são os desafios enfrentados na prática profissional, para que assim, possamos compreender melhor a atuação do assistente social dentro da unidade hospitalar terciária.

4.3 Principais Demandas Apresentadas ao Serviço Social em uma Unidade de Atenção Terciária

Para uma abordagem mais aprimorada sobre a intervenção do assistente social na unidade de saúde em que foi realizado o presente estudo, faz-se

necessário conhecer como se desenvolve a prática do setor e as demandas propriamente ditas do Serviço Social. Com base nos registros feitos em diário de campo, podemos destacar as variadas demandas que chegam até o setor, uma delas é:

Na manhã de um plantão diurno, chegou ao Serviço Social a demanda de um óbito, foi solicitado que o Serviço Social entrasse em contato com os familiares do paciente. Nessa situação, a assistente social liga para o familiar no qual contém registrado seu contato no ato da elaboração da ficha social do paciente. O assistente social ao entrar em contato com o familiar, solicita que o mesmo compareça ao hospital juntamente com as documentações originais do paciente. Contudo, o paciente em óbito não era do Estado do Ceará, ele estava no hospital para um provável transplante renal, porém, não chegou a transplantar. O paciente estaria no hospital através do Tratamento Fora do Domicílio - TFD⁸ acompanhado se sua mãe já idosa que estaria na casa de apoio, pois o óbito aconteceu da madrugada para o dia. Após a chegada da mãe do paciente, a médica responsável que estaria no plantão no dia do ocorrido, informou sobre o óbito e o motivo. Após receber a notícia, a mãe do paciente foi ao Serviço Social informar-se sobre o traslado do corpo do paciente e sobre o sepultamento. As informações foram passadas, porém, houve um problema e família teria que arcar com a despesa para que o paciente pudesse ser retirado do hospital. Contudo, a situação financeira da família era precária, a mãe do paciente ficou aflita, pois não tinha o valor para deslocar seu filho. Após as assistentes sociais incansavelmente ligarem para diversos contatos para resolverem a situação, as mesmas não tiveram um retorno positivo. A família do paciente se juntou e cada um conseguiu um pouco, assim, conseguindo o valor necessário, a demanda durou o dia todo, o corpo só saiu do hospital no dia seguinte e as assistentes sociais instruíram aos familiares que guardassem todos os comprovantes dos gastos ali feitos para que posteriormente os mesmos fossem atrás dos seus direitos e serem reembolsados. (DIÁRIO DE CAMPO, 30/maio/2018)

Com os dados da pesquisa, podemos notar que são diversas demandas que chegam até o Serviço Social, das mais simples às mais complexas demandas conforme citadas anteriormente.

Desse modo, mediante ao objeto de trabalho do Serviço Social, que é a questão social, a unidade hospitalar lida com variadas situações, incluindo situações de violência e negligência, sendo assim, é cabível mencionar um dos meus registros, vejamos o relato a seguir:

O plantão diurno do dia 04 de junho de 2018, houve uma situação na qual é muito decorrente nas unidades de saúde em geral. Um paciente idoso, no

⁸ Considerando a Portaria SAS/MS/Nº 237, de 09 de dezembro de 1998, publicada no Diário Oficial nº 238-E, de 11 de dezembro de 1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos - GAP, como instrumento para pagamento do Tratamento Fora do Domicílio - TFD. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

qual necessitaria de acompanhante, estaria sem ninguém o acompanhando, pois, um ente da família do mesmo, saiu dizendo que iria fazer somente um lanche e retornaria, porém, não voltou mais. O idoso precisaria de acompanhante pois há dias estava sozinho, ele estaria em uma situação delicada, encontrando-se de maneira frágil, muitas vezes o paciente não lembrava de muita coisa, e a situação era precária. A demanda foi passada ao Serviço Social para que as profissionais entrassem em contato com os familiares do paciente pois o mesmo não poderia ficar sozinho no hospital. Assim, as profissionais fizeram, porém, os contatos dos familiares que haviam registrados na instituição estavam dando somente como desligado. Contudo, depois de muita insistência, as assistentes sociais conseguiram entrar contato com a filha do paciente, que seria a que estaria acompanhando, saiu e não retornou. Ela alegou que estaria resolvendo problemas pessoais e que não poderia ficar no hospital. As profissionais sugeriram que ela encontrasse algum familiar para ficar com o paciente que necessitava urgente de um acompanhante ou que a demanda iria ser encaminhada devidamente para que as medidas fossem tomadas para que o idoso obtivesse de seus direitos. (DIÁRIO DE CAMPO, 4/junho/2018)

Algumas horas depois, a filha do paciente compareceu ao hospital e ficou como acompanhante, alegando que não os irmãos dela não ajudavam em nada e que ela estaria muito cansada, que precisaria de um tempo de descanso para ela.

Conforme o contexto, compreendemos que é de extrema importância a atuação interventiva do assistente social, pois o profissional direciona a sua prática para ter uma melhor resolutiva, fazendo o possível para que possam sensibilizar os familiares de pacientes que se encontram internados na unidade hospitalar.

Dessa forma, o assistente social atua também informando o quadro clínico do paciente e enfatizando a importância de um acompanhante ou até mesmo um familiar presente com o paciente para sua recuperação, pois quando os mesmos acabam percebendo que estão de certa forma abandonados, dentro do hospital, a tendência é que o a situação do quadro de saúde tenha uma piora significativa, por isso, sempre enfatizam bem a questão da importância de um acompanhamento adequado e presente junto ao paciente.

A demanda relacionada a pacientes que se encontram sem acompanhantes são uma das mais frequentes conforme já vimos. No mesmo plantão a enfermaria informou ao Serviço Social que uma outra idosa se encontrava na mesma situação, porém, a mesma estaria no pós-cirúrgico e que necessitava com urgência um acompanhante, pois o quadro de saúde da paciência era bem debilitado, contudo, fomos até o leito da paciente e verificamos que:

Na enfermaria do pós-cirúrgico, a paciente de 73 anos, encontrava-se realmente sem acompanhante, conforme os relatos da paciente sua filha que à acompanhava, teria saído no dia anterior no início da noite e não

havia retornado. Em seguida o Serviço Social entrou em contato com a filha da paciente solicitando um acompanhante para a mesma, a filha da paciente se irritou, falando grossamente que iria nos passar um outro contato para ver as possibilidades com essa outra pessoa, a qual seria sobrinha dela e neta da paciente. Entramos em contato com a neta da paciente informando sobre o quadro da paciente e explicando a importância de um acompanhante. A moça se sensibilizou e se dispôs a ficar como acompanhante, porém, não estaria em casa e teria que finalizar antes o que estava fazendo para que em seguida fosse ao hospital. (DIÁRIO DE CAMPO, 4/junho/2018)

A intervenção do assistente social tem uma prática e que busca uma solução para determinadas situações de uma forma que imediata, digamos assim, na qual é possível notar tais ações quando assim que as profissionais recebem as informações dos pacientes e logo buscam entrar em contato e/ou verificar as possibilidades e ainda a sensibilização, pois sabem das necessidades dos usuários e assim, atuam na perspectiva da garantia de direito dos mesmos, pois pacientes acima de 60 anos, são considerados idosos e é registrado em lei que os estes, devem ter seus devidos acompanhantes quando hospitalizados.

Conforme observado no período como profissional em formação, no decorrer do estágio supervisionado, pude perceber que nos casos de usuários que não tem condições alguma no externo do hospital, nada adianta alguns tratamentos de alta complexidade e nem o trabalho do assistente social se o profissional não viabilizar outros direitos correlatos e paralelos que acabam acontecendo na vida social daquele usuário.

Nesse contexto, vale ressaltar que existem outros direitos para além da saúde os quais diversas vezes são violados, logo compreendemos que, não é porque o profissional está na área da saúde que ele tem que “fechar os olhos” para uma possível moradia básica, da violência urbana, da violência contra a criança, adolescente e idoso, da negligência ao idoso, violência doméstica dentre outros. Dessa forma, existe uma rede sócio assistencial, que serve para qual se deve fazer os encaminhamentos específicos.

Conforme o exposto, o contexto está relacionado com o conceito de integralidade do SUS, no qual é um dos princípios, que diz que o profissional deve estar extremamente atento às várias dimensões da vida do sujeito, pois pode ter relação à condição de saúde dele.

O profissional do Serviço Social precisa estar ligado aos pontos como marcação de consulta, transferência, retorno, autorização de visita e acompanhante, alta médica, alta social, entre outras.

Os acompanhantes costumam solicitar declarações de comparecimento ao hospital para fins de justificação no local de trabalho pelo motivo da ausência do dia específico. Assim, as assistentes sociais elaboram as declarações de comparecimento e ao mesmo tempo é orientado que o documento é somente válido para aquele dia ou pelo determinado período em que o acompanhante ficou no hospital.

Dessa forma, é importante que o acompanhante faça seu registro de acompanhamento de entrada no momento em que ele chega ao hospital, pois conforme o registro, os profissionais buscam as informações no sistema e fazem as declarações.

As demandas por alta hospitalar e comunicação de óbito também são muito comuns no setor do Serviço Social, pois todo paciente que recebe a alta hospitalar passa pelo Serviço Social, para que as profissionais possam assinar também o papel da alta do paciente.

Quando o usuário tem alta médica, é realizado uma entrevista para a alta social, no qual é um tipo de questionário, que o profissional faz ao usuário, para compreender se o mesmo tem moradia, emprego, familiares que possam ajudá-lo na recuperação etc.

Ao final da entrevista para a alta social juntamente com as questões que o profissional capitou nos primeiros contatos fazendo a entrevista social, o assistente social elabora o parecer social do usuário do e analisa se o mesmo terá condições e cuidados mínimos após sua alta.

Com relação as demandas de comunicação de óbito, a informação chega ao Serviço Social e as profissionais fazem contato com os familiares do paciente para comparecerem ao hospital juntamente com as devidas documentações originais dos pacientes. Ao chegarem na instituição, os familiares vão ao Serviço Social, e de lá são encaminhados ao local onde o médico plantonista se encontra para dar o comunicado à família sobre o óbito e os motivos.

Contudo, não são todos os médicos que querem comunicar à família do paciente sobre o óbito, gerando assim, grandes chateações, pois maior parte da família tem interesse em saber a causa e o quadro do paciente, conforme

Vasconcelos (2007, p. 14), essas demandas “são dirigidas historicamente passadas ao Serviço Social, as quais sempre causaram controvérsia no interior da categoria devido ao seu componente burocrático”.

Esse tipo de situação é mais um caso em que dificulta o trabalho multidisciplinar, pois é claramente quem sabe relatar sobre o diagnóstico, a causa da morte e explicar cientificamente são os médicos. O papel do assistente social é acompanhar na comunicação para que possam acolher e orientar a família quanto aos procedimentos de sepultamento e retirado do corpo.

Através das minhas observações, pude perceber que essa questão era uma das demandas que chegavam ao Serviço Social e gerava uma insatisfação com a equipe multiprofissional, pois as assistentes sociais sabiam sobre suas atribuições e não queriam invadir o espaço de um outro profissional mesmo ele dizendo para elas fazerem tal coisa.

Porém, as profissionais do Serviço Social mantinham suas posições frente às situações ocorridas. Dessa forma, quanto à comunicação de óbito, Vasconcelos (2007) faz uma colocação, a qual diz que:

O Conselho Regional de Assistentes Sociais da 7ª região promulgou duas resoluções: a Resolução nº 49/96, de 10.5.1996, sobre a participação dos assistentes sociais na comunicação de óbito, e, em 5/11/1997, e a Resolução nº 68/97, definindo “as competências do assistente social no processo de alta (VASCONCELOS, 2007, p. 175).

Contudo, ainda na mesma linha de pensamento da comunicação, a autora relata que conforme a Resolução nº 49/96, quanto a competência da comunicação de óbito, é interessante que o assistente social esteja presente, pois nesta ocasião, o profissional “faz a diferença em termos de apoio e orientação sobre o sepultamento”.

Conforme o exposto, podemos notar que as demandas apresentadas ao Serviço Social são variadas, como situações das mais básicas às mais complexas, conforme citado anteriormente. Dessa forma, compreendemos que as assistentes Sociais executam seus trabalhos fundamentados nas particularidades da profissão do Serviço Social, visto que, a mesma contém autonomia para realizar o fazer profissional e assim garantir o acesso dos direitos sociais e humanos, compreendemos também que é uma profissão interventiva.

O Serviço Social ainda assume aquelas demandas que o profissional decide sobre os pacientes que se encontram na UTI que podem ter vistas extras, vejamos como o diário de campo ilustra essa situação:

No plantão diurno do dia 11 de junho de 2018, chegaram ao Serviço Social, alguns entes da família de uma paciente de 78 anos que se encontrava internada na UTI. Uma das pessoas era a filha da paciente que estaria com suas três filhas, uma de 3 anos, outra de 11 anos e a mais velha de 14 anos, todas sem documentação de identidade em mãos. A mãe das crianças foi solicitar ao Serviço Social a autorização de visitas extras para a paciente, sua mãe, para que as crianças pudessem visita-la, as assistentes sociais de início não concederam as autorizações, pois além de serem criança e adolescentes, não portavam documentação alguma. A mãe das crianças informou que havia saído de casa apressada, por isso havia esquecido dos documentos. A filha da paciente informou que ela havia recebido uma ligação informando a piora no quadro de sua mãe, por isso a insistência dela sobre a autorização das visitas de suas filhas. As profissionais do Serviço Social foram atrás de se informar sobre a situação da idosa para assim, articularem com as enfermeiras sobre as possibilidades das visitas. Realmente o quadro da paciente havia agravado, em uma conversa das assistentes sociais com a enfermagem, ficou decidido que somente as netas da paciente de 11 e 14 anos iriam receber as autorizações, porém, uma de cada vez, sendo acompanhadas de sua mãe e que poderiam ficar por pouco tempo cada uma. (DIÁRIO DE CAMPO, 11/junho/2018).

Dessa forma, pelo agravamento do quadro da paciente, foi acordado entre as profissionais que as netas da paciente tinham o direito de poder ver a avó, pois poderia ser uma das últimas vezes. Através da minha Vivência enquanto estagiária, percebia essa situação um tanto delicada, pois foi necessário analisar todos os detalhes para que fosse liberado a autorização das netas da paciente.

Contudo, decisões são tomadas de modo justo, analisado e calculado. A neta da paciente 3 anos não foi liberada, pois por ser muito nova, os riscos de possíveis infecções são maiores. Conforme o exposto, compreendemos que as decisões tomadas pelas profissionais são tomadas de forma interventiva.

Durante as vivências do estágio foi possível perceber o comprometimento das assistentes sociais que convivi. As profissionais exercem suas devidas funções na mesma perspectiva, de ver o usuário como um sujeito de direitos e assim intervir conforme as políticas públicas para que possam garantir a eles o acesso aos seus direitos.

Contudo, o que foi observado por mim nesse período de estágio, é que há um número relevante de usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social e isso contribui no seu processo de saúde e adoecimento.

Dessa forma, é essencial destacarmos a importância do compromisso da assistente sociais e da busca pelo aprimoramento nos atendimentos, para que assim, possam permanecer realizando os devidos encaminhamentos e intervenções juntamente a rede sócio assistencial, para que assim continue sendo consolidado os direitos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, foi notório a percepção que o Sistema Único de Saúde, como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, a partir da intervenção dos movimentos sociais, no entanto, o sistema é impactado pelas propostas de ajustes com relação aos impostos através do projeto neoliberal no Brasil, intensificando-se ainda mais após o golpe do impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff. De acordo com o que vimos no decorrer da pesquisa, compreendemos que foram tomadas ações que prejudicaram o acesso à saúde, assim, ferindo a Constituição Federal Brasileira, que foi consolidada no ano de 1988.

Conforme vimos anteriormente, após a consolidação da Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde passou a ser visto como um direito universal gratuito, sendo assegurado por lei. Tal direito teve vigor somente após as lutas sociais do Movimento da Reforma Sanitária e organização da sociedade civil, no qual foi um processo de uma longa jornada, sendo contínua e ainda persistente.

Desse modo, esse período foi um momento de grandes realizações de eventos que foram considerados como um marco para a saúde pública brasileira. Conforme o exposto, a VIII Conferência Nacional da Saúde, foi considerada a pré-constituída, na perspectiva de garantir e apresentar verdadeiras mudanças para a saúde pública do Brasil. Contudo, compreendemos que atualmente cenário é contraditório para a concretização do SUS, visto que o projeto neoliberal tem privilegiado a mercantilização da saúde, gerando assim, um desmonte dos direitos constitucionais. A “questão social” que se dá através de políticas fragmentadas e ações voltadas a refilantropização.

O campo onde há maior empregabilidade da categoria é no espaço sócio ocupacional da saúde, a inserção do assistente social dentro desse campo tem como referência os instrumentais teórico-metodológico, o projeto ético-político e o técnico-operativo, os quais fundamentam a profissão dentro das unidades do SUS. Conforme o contexto.

Nesse sentido, o que se refere à defesa das políticas públicas e viabilização do SUS, expõe-se diversas dificuldades, nos quais as profissionais do Serviço Social enfrentam diariamente no decorrer das variadas demandas apresentadas. Conforme o documento dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), a profissão busca uma atuação articulada aos segmentos

que resguardem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde, dessa forma, enfatizamos que o trabalho do profissional de Serviço Social tem reflexo ao projeto ético-político profissional.

Com relação ao que se diz respeito às demandas postas ao Serviço Social na instituição, na qual foi realizado a pesquisa, é necessário que as profissionais possam conhecer diferentes manifestações da expressão da questão social para que assim, possam intervir e articular estratégias de enfrentamentos que são oferecidos pelo Estado e suas organizações.

Conforme o exposto, o documento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), o assistente social luta na busca de modificações estruturais nas políticas sociais e na saúde, para que assim, haja uma melhor efetivação de garantir os direitos e acesos sociais dos usuários.

Dessa forma, as demandas expostas ao Serviço Social, partes de momentos de orientações, encaminhamentos e acompanhamentos, as quais foram observadas no decorrer da prática do estágio supervisionado. Assim, as demandas decorrentes ao setor de Serviço Social, são encaminhadas para outros equipamentos, para que seja viabilizado os direitos dos usuários. As profissionais buscam acesso a saúde e demais manifestações da questão social, conforme exposto anteriormente, bem como, desemprego, situação de vulnerabilidade, violência, habitação, dentre outras.

Contudo, é possível considerar que o foco da prática profissional do Serviço Social, foca para a retomada de uma prática com intervenção de respostas imediatas, pois tratam dos problemas sociais, no entanto, compreendemos que na prática não funciona dessa forma, pois tais ações acabam confrontando fortemente com o Projeto da Reforma Sanitária e juntamente com o projeto profissional do Serviço Social, no qual foi construído a partir dos avanços da intenção de ruptura.

Situações essas que repercutem na profissão do assistente social que tem seu projeto ético-político comprometido com a transformação da sociedade e com a garantia de direitos, no que se diz respeito especificamente ao Serviço Social no âmbito hospitalar. Compreendemos que o processo de precarização que vive o sistema público de saúde, no qual acaba afetando o profissional do Serviço Social.

Portanto, conforme minhas observações em campo durante o período de estágio supervisionado, pude perceber que as profissionais do setor são bem comprometidas e engajadas com o projeto ético-político que está fundamentado no

Código de Ética de 1993, na Lei 8662/93, no qual regulamenta a profissão do Serviço Social.

Dessa forma, esperamos que a atual pesquisa tenha obtido seus devidos objetivos, no qual possa contribuir com o trabalho dos profissionais com a realização de novas pesquisas, pois compreendemos que a temática em estudo, é de suma importância. Embora não tenha sido nossa pretensão apresentar resultados definitivos, esperamos que esse estudo possa contribuir para novas pesquisas no campo da saúde.