



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL



Patrícia Torres de Barros

ATENDIMENTO À SAÚDE DE PESSOAS PRESAS ESCOLTADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA (HUGOL) EM 2019 E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Goiânia
2021

Patrícia Torres de Barros

**ATENDIMENTO À SAÚDE DE PESSOAS PRESAS ESCOLTADAS NO HOSPITAL
DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO
LAGE DE SIQUEIRA (HUGOL) EM 2019 E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social, Política Social e Movimentos Sociais

Linha de Pesquisa: Teorias Social e Serviço Social

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Sarmento Padial Machado

Goiânia

2021

B277a Barros, Patricia Torres de

Atendimento à saúde de pessoas presas escoltadas no hospital de urgências da região noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) em 2019 e a política de humanização / Patricia Torres de Barros.-- 2021.

95 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021.

Inclui referências: f. 89-95.

1. Prisioneiros - Cuidados médicos. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Política de saúde. I. Machado, Maria Conceição Sarmiento Padial. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - 2021. III. Título.

CDU: 614.21(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Torres de Barros

ATENDIMENTO À SAÚDE DE PESSOAS PRESAS ESCOLTADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA (HUGOL) EM 2019 E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 23 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof^a Dr^a. Maria Conceição Sarmento Padial Machado
Presidente da banca - PUC Goiás



Prof Dr. Aldovano Dantas Barbosa
Membro Efetivo, PUC Goiás Interno ao Programa



Prof^a Dr^a. Eliane Marques de Menezes Amicucci
Membro Efetivo (Universidade Federal de Tocantins, Membro Convidado Externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força, dedicação e empenho, por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigada por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, aos meus pais, ao meu esposo, e a minha filha Sarah pelos longos períodos de ausência, enfim, obrigado por tudo. As minhas colegas de trabalho por inúmeras trocas de escalas que possibilitaram cursar as disciplinas do mestrado e todo apoio prestado durante o curso: Edmeiry, Elissandra e a Tamara nos auxílios ao manuseio da Plataforma Brasil e a todas de modo especial nos últimos momentos de aflição aconselhando e contribuindo com a minha formação.

A minha supervisora Eliane Cipriano que autorizou as trocas de escalas e pelo apoio nas alterações de escalas, ao supervisor de segurança Jamismar que possibilitou a coleta de dados nos presos escoltados, visto que somente este tinha a relação desde.

A professora Conceição a que como uma mestra sempre dedicou um carinho especial a sua aluna. Obrigada por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio. Você foi e está sendo muito mais que orientadora.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Dr^a Eliane Marques de Menezes Amicucci e o Prof^o Dr^o. Aldovano Dantas Barbosa que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Agradeço à Alessandra, secretária do Mestrado em Serviço Social da PUC Goiás, que tantas vezes me ouviu e ajudou da melhor forma possível, com atenção, carinho e educação, e sobretudo, no apoio ao retorno ao programa após a licença maternidade. Também às minhas amigas (os) e colegas da minha turma de Mestrado (2017): Annaterra, Daiane, Claudete, Josiene, Elvira, Maria Gomes, Tamara, Edmeiry, Sarah, Édar e Ubaldo com quem tenho enorme carinho.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus que me deu forças para concluir este projeto

À professora Conceição pela sua atenção dedicada ao longo de todo o projeto da minha dissertação.

Dedico esta pesquisa aos meus pais, pilares da minha formação como ser humano. Ao meu esposo pelo apoio incondicional oferecido em todos os aspectos muito obrigado pela sua presença em minha vida. A minha filha Sarah que mesmo tão pequenina compreendeu os momentos de ausência para dedicação a esta pesquisa.

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

Charles Chaplin

Viver os primeiros meses de vida numa prisão certamente não é o ideal, mas é menos maléfico do que ser separado da mãe ao nascer.

Queiroz, 2015

RESUMO

BARROS, Patrícia Torres. **Atendimento à saúde de pessoas presas escoltadas no hospital de urgências da região noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) em 2019 e a política de humanização.** 108 fls Escola de Ciências Sociais e Saúde. Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu*. Mestrado em Serviço Social, 2021.

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa sobre o atendimento humanizado do preso escoltado no Hospital de Urgências, a atenção e a gestão da saúde a luz da Política Nacional de Humanização. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, no ano de 2019, quantitativa, pois, apresenta números reais sobre os principais indicadores como: pessoas presas hospitalizadas, tempo de permanência hospitalar, número de profissionais envolvidos, dentre outros. A pesquisa também é qualitativa, tanto em relação à investigação documental, análise dos procedimentos em relação ao objetivo proposto pela Política de Humanização da Saúde, quanto à sua exposição em forma de dissertação de forma crítica, como na exposição crítica da pesquisa, sem julgamento, porém de forma contextualizada à luz da realidade concreta e suas múltiplas determinações. A demanda e o desfecho dos presos atendidos no HUGOL, evidenciou o papel do Assistente Social na garantia do que vem sendo preconizado pelos Direitos Humanos, assim, estes profissionais pautados pelo Código de Ética, conseguem lograr êxito em sua profissionalização, sendo eficientes no atendimento e acolhimento destes indivíduos. No Brasil, há um sistema prisional precário, arcaico e excludente que requer uma reforma urgente, para que possa assim existir uma ou várias possibilidades de evitar manifestações de agressividade e revoltas no sistema carcerário brasileiro. Grande parte das penitenciárias brasileiras apresentam um cenário cruel e desumano, com superlotação, condições deprimentes dentro do estabelecimento, (alimentação de má qualidade, ausência de assistência médica, higienização precária, agentes degradantes físicos, químicos, biológicos, naturais e humanos, situações de total desrespeito, humilhações, maus tratos físicos e psicológicos), tais desconformidades com a própria legislação vigente voltada ao ser cidadão e humano, tornam-se meras conjecturas. Isto só vem comprovar a real impossibilidade de “recuperação” e “reintegração” e “ressocialização” da pessoa presa.

Palavras-chave: PNH. Saúde do preso. Políticas Públicas. Direitos Humanos.

ABSTRACT

BARROS, Patrícia Torres. **Health care for prisoners escorted in the emergency hospital in the northwest region of Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) in 2019 and the humanization policy.** 108 pages School of Social Sciences and Health. Strictu Sensu Graduate Program. Master in Social Work, 2021.

This dissertation is the result of a research on the humanized care of the escorted prisoner at the Hospital de Urgências, the attention and health management in the light of the National Humanization Policy. This is a quantitative and qualitative research, in the year 2019, quantitative, since it presents real numbers on the main indicators such as: hospitalized prisoners, length of hospital stay, number of professionals involved, among others. The research is also qualitative, both in relation to documentary investigation, analysis of procedures in relation to the objective proposed by the Health Humanization Policy, as well as its exposure in the form of a critical dissertation, as well as in the critical exposure of the research, without judgment, but in a contextualized way in the light of concrete reality and its multiple determinations. The demand and outcome of the prisoners treated at HUGOL, evidenced the role of the Social Worker in guaranteeing what is being advocated by Human Rights, thus, these professionals guided by the Code of Ethics, manage to achieve success in their professionalization, being efficient in the service and reception of these individuals. In Brazil, there is a precarious, archaic and exclusionary prison system that requires urgent reform, so that there may be one or more possibilities to avoid manifestations of aggression and revolts in the Brazilian prison system. A large part of Brazilian prisons have a cruel and inhumane scenario, with overcrowding, depressing conditions within the establishment, (poor quality food, lack of medical care, poor hygiene, physical, chemical, biological, natural and human degrading agents, situations of total disrespect, humiliation, physical and psychological abuse), such non-conformities with the current legislation aimed at citizens and humans, become mere conjectures. This only proves the real impossibility of "recovery" and "reintegration" and "resocialization" of the prisoner.

Keywords: PNH. Prisoner's health. Public policy. Human rights.

LISTA DE SIGLAS

BPC –	Benefícios de Prestação Continuada
CF –	Constituição Federal
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS –	Conselho Nacional de Serviço Social
CRAS –	Centro de Referência de Assistência Social
CFESS –	Conselho Federal de Serviço Social
CMAS –	Centro Municipal de Assistência Social
CNSS –	Conselho Nacional de Serviço social
DUDH –	Declaração Universal dos Direitos Humanos
LEP –	Lei de Execução Penal
LOAS –	Lei Orgânica da Assistência Social
NOB –	Norma Operacional Básica
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PEP	Projeto Ético Político
PSB –	Proteção Social Básica
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SAS –	Secretaria de Assistência Social
SES-GO –	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SCFV –	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SINPAS –	Sistema Nacional de Assistência Social e Previdência Social
SNAS –	Secretária Nacional de Assistência Social
SUAS –	Sistema Único de Assistência Social
SUS –	Sistema Único de Saúde
UTI –	Unidades de Tratamento Intensivo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero dos sujeitos.....	80
Gráfico 2 – Estado civil.....	80
Gráfico 3 – Cidade de origem.....	81
Gráfico 4 – Tempo de hospitalização e encaminhados ao HUGO.....	82

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Evolução Histórica da Saúde.	30
Quadro 2 - Demanda e encaminhamento do Serviço Social.....	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE E O PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 19	19
1.1 Aspectos conceituais e históricos.....	19
1.1.1 Contexto histórico antecedente a Reforma Sanitária	21
1.2 Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira.....	28
1.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	32
1.2.1.1 Princípios do SUS	37
1.2.2 Política de saúde na atualidade: privatização	38
1.3 Serviço Social na saúde e o Projeto Ético-Político.....	44
CAPÍTULO II - POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, DIREITOS HUMANOS E ÉTICA..51	51
2.1 Política Nacional de Humanização (PNH).....	51
2.2 Análise da Política Nacional de Humanização e a contribuição do Serviço Social	58
2.3 Dilemas éticos no atendimento a presidiários	61
CAPÍTULO III – AVANÇOS E DESAFIOS NO ATENDIMENTO OBJETIVO E HUMANIZADO À SAÚDE DA PESSOA PRESA ATENDIDA NO HUGOL.....68	68
3.1 Interdisciplinariedade no atendimento ao preso em unidade de saúde.....	68
3.2 Procedimento metodológico e conhecimento de realidade do Hugol.....	69
3.3 Direitos humanos, um olhar além dos muros: sistema prisional de Goiás	72
3.4 Perfil dos presos atendidos no HUGOL	79
3.5 Desfecho da análise das condições objetivas do trabalho humanizado no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	102

1 INTRODUÇÃO

A dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC Goiás tem como objeto a investigação sobre o atendimento à saúde das pessoas presas que acessaram o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) sob escolta policial em 2019, uma vez que, por um lado é garantida a essas pessoas o direito de um tratamento humanizado, por outro, o cumprimento de pena em regime fechado impuseram determinados cuidados em relação ao cerceamento da liberdade de locomoção. É indiscutível a necessidade de se construir uma cultura de igualdade e não de segregação do preso aos serviços de saúde, conforme garantias legais previstas em legislações específicas: Lei de Execução Penal nº 7.210/1984, Constituição Federal de 1988, Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A investigação proposta, portanto, teve como objetivo geral analisar o atendimento humanizado do preso escoltado no Hospital de Urgências, a atenção e a gestão da saúde a luz da Política Nacional de Humanização. O objetivo mediato, como assistente social foi a experiência profissional adquirida tanto na Agência Prisional do Estado de Goiás como no HUGOL em aumentar a visibilidade e fortalecer o debate sobre as condições de saúde das pessoas que são colocadas “à margem” das preocupações em relação ao acesso à saúde. Essas pessoas, muitas vezes demonstraram resistência, outras, incapacidade de conciliar regras, normas, protocolos conditos e exigência com as suas necessidades de sobrevivência ou mesmo de desejo de atendimento as necessidades humanas¹ ou mesmo demandas de seu interesse. O que é claramente observado quando o usuário do SUS trata-se de presos escoltados e admitidos no HUGOL, hospital este reconhecido como o maior hospital de urgências da região centro-sul do Brasil, uma unidade de saúde de alta e média complexidade em urgência e emergência, com foco em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O hospital é habilitado como Centro de Referência em Assistência a Queimados de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e é referência no atendimento pediátrico a vítimas de traumas. É, ainda, um

¹ Sobre necessidade humanas *vide* Pereira (2000).

hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, com banco de sangue próprio.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu durante atuação profissional como assistente social na unidade prisional – Casa de Prisão Provisória (CPP) e Penitenciária Odenir Guimarães (POG) – ambas unidades veiculadas a extinta Secretaria de Estado da Administração Penitenciária e Justiça (SAPEJUS) atuando na Gerência de Reintegração, Educação, Módulos de Respeito e Patronato (GEMP) durante o período de dezembro de 2012 a dezembro de 2014, período em que foi possível apreender que o ambiente prisional poderia promover condições para que o preso, após o cumprimento de sua pena, tivesse condições para “retornar” a sociedade e romper com os ciclos de violência. Interesse esse que se intensificou depois do trabalho desenvolvido no sistema prisional e por conseguinte com a atuação como assistente social na Gerência Multidisciplinar (GMUT) do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), até a atualidade, o que tem propiciado reencontrar os presos e egressos do sistema prisional que por ora têm buscado os serviços de urgência em saúde.

Portanto, é necessário aqui tratamos da Política Nacional de Humanização (PNH) e legislações da política de saúde no Brasil. O termo humanização vem sendo discutido desde 1950 e está em pauta desde então com a reivindicação da ação feminista com propostas e planejamentos que foram apontando o campo da humanização na modernidade. Segundo Ministério da Saúde (MS) humanização é definido como algo relacionado à valorização dos profissionais e da sociedade, buscando proporcionar a liberdade e autonomia (PEREIRA, NETO, 2015).

Considerando-se que a humanização alcança todos os níveis de atenção à saúde, em 2003 revisado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) deixou seu marco e se inicia a Política Nacional de Humanização que passou atender a toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma Política com princípios e diretrizes que empregaram a humanização como Política transversal, ou seja, nas quais colaboradores e usuários são envolvidos e reconhecidos. Contudo a definição de humanização faz-se muito mais amplo no momento em que aprofundamos distintas iminências (FREITAS, FERREIRA, 2015).

Um dos objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) é obter a qualidade do atendimento prestado. Evidencia-se que estudos desenvolvidos sobre a humanização dispendo acadêmicos, professores e enfermeiros, traçaram um limite sociável e econômico que abrange o cuidado a saúde sugerida pela Política Nacional de Humanização (FREITAS, FERREIRA, 2015).

A hipótese é que o acesso da pessoa presa escoltada à saúde ocorreu em meio à gestão da Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) com a articulação com as demais políticas públicas de assistência social e segurança pública com grandes desafios, uma vez que, no hospital supracitado não há carceragem, e essas pessoas tiveram atendimento junto a população demandatária dos serviços de saúde. Trata-se de uma relação complexa que envolveu a disponibilidade de profissionais qualificados, ambiente físico e equipamentos para a garantia dos direitos previstos em lei salvaguardando a segurança da pessoa presa escoltada, profissionais envolvidos e demais pacientes.

Esta pesquisa teve como foco o estudo analítico sobre o atendimento humanizado do preso escoltado no Hospital de Urgências, a atenção e a gestão da saúde a luz da Política Nacional de Humanização, conforme preconizado, como política transversal ao SUS que perpassa diferentes ações, Políticas Públicas e instâncias gestoras, que fora constituída em 2003 e tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil.

Em relação ao período, foi delimitado 2019, por se tratar de um recorte temporal, em uma situação regular e típica, anterior ao estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia de COVID-19.

Os fundamentos histórico-teóricos e conceituais constituem-se nas fontes bibliográficas desenvolvidas sobre a temática. Foram utilizados para aprofundamento o pensamento dos seguintes clássicos: Marshall (1967); Marx (1982); Gosta Esping-Andersen (1991); Chauí (2006); Salvador (2010); Barroco (2011) e Correia (2018). E também os contemporâneos: Barros (1990), Gil (1989), Minayo (2012), dentre outros autores que surgiram a partir das leituras e da construção da dissertação, bem como a legislação pertinente à temática.

A pesquisa, a exploração são sobre os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde e demais profissionais que participam do acompanhamento da pessoa presa para identificar se atendem a PNH existente desde 2003 para

efetivar os princípios previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista as principais diretrizes do Humaniza/SUS que versam sobre o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários. Não há, portanto, a exposição da situação das pessoas internadas ou crimes cometidos

Assim, o tipo de estudo foi documental de abordagem qualitativa, sobre as condições em que ocorreram o atendimento à saúde das pessoas presas conduzidas por escoltas policiais no HUGOL em 2019. Os “Critérios de Exclusão” foram os atendimentos às pessoas não escoltadas nesse mesmo período. O local do estudo foi no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).

A análise de dados consistiu em agrupamento, sistematização e análise de conteúdos documentais. A coleta de dados foram por meio dos instrumentais: prontuário, notificações compulsórias. Não foram realizados contatos com os presos para garantir e preservar sua identidade, visto que tais pessoas em determinado momento durante hospitalização fora atendida pelo serviço social, sejam eles como atendimento ao próprio preso, mediação com a família para comunicação efetiva com a equipe assistencial e ou articulação com a rede SUS/SUAS como ações efetivas de humanização em saúde do HUGOL.

As fontes secundárias decorreram da pesquisa documental e da análise sobre o tratamento humanizado e de que forma elas apareceram, através dos indicadores como condição de permanência, o preparo para alta segura e qualificada, assim como demais fatores para além das questões clínicas e especialmente no que concerne na articulação com a rede de atenção à saúde e a continuidade no cuidado no pós alta, seja ele para o HUGO onde há carceragem, ou para o retorno ao cárcere, de forma a constatar se a problematização que decorreram do estranhamento sobre as condições precárias e de violência em que foram submetidas às pessoas presas como ocorre (e, se ocorreu) a humanização dos serviços de saúde.

A dissertação foi apresentada em três capítulos, o primeiro capítulo versou sobre a Política Nacional de Saúde, antes do processo de redemocratização e após a Reforma Sanitária, movimento este influenciado pelas reformulações na área de saúde que surgiu no início de 1970 em defesa da democracia, sendo o resultado de um conjunto de alterações estruturais realizadas na área da saúde em vários países, quando a falta de condições de saneamento e a baixa qualidade na prestação dos

serviços, entre tantos outros, eram enfrentados por várias nações; situação que fomentou a reformulação dos sistemas de serviços de saúde e estimulou a abertura de discussões tornando-se o marco regulatório na saúde. Tratou-se do momento histórico brasileiro cujo papel do Estado na relação com a saúde é concebido com direito de todos e dever do Estado, caracterizado pela descentralização política-administrativa na saúde sendo composta por uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um Sistema Único de Saúde (SUS).

No segundo capítulo é versado sobre a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização nos serviços de saúde o atendimento ao preso escoltado, pautada nos princípios da Lei de Execução Penal nº 7.210 de 1984, nos direitos e garantias fundamentais preconizada na Carta Cidadã de 1988, na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, nas Leis Orgânicas do SUS, Ética, e a Estética como expressão de linguagem no ambiente hospitalar de forma a apresentar suas contradições no contexto do sistema capitalista, confrontando os direitos assegurados em legislação aos presos em regime fechado sua efetivação no cumprimento da pena consoantes aos princípios da Política de Humanização em Saúde, especialmente no atendimento multiprofissional, a ética, a prevalências dos direitos humanos e como a humanização é vista, concretizada e demonstrada por meio do ambiente hospitalar tendo a estética como forma de linguagem e acolhimento em saúde.

No terceiro capítulo abordou a problematização e o debate sobre a saúde do preso, suas particularidades da relação com o risco real e o risco ideologizado ou podemos dizer risco estereotipado considerando o pré-conceito, conforme reflexão profunda sobre a temática feita por Barroco 2011. Foram feitas análises e apreensão sobre a interdisciplinaridade sobre as condições objetivas do trabalho humanizado e os seus desafios.

Durante as pesquisas conseguimos traçar um caminho no desenvolvimento dos direitos das pessoas previstos em leis e marcos regulatórios dos então denominados “Direitos Humanos”, um termo que por si só já atrai bastante polêmica, tanto pelo conteúdo, mas principalmente pelo desconhecimento da sociedade sobre o que de fato são esses direitos.

Um dos desafios para manter e qualificar a PNH como parte da Política Pública do SUS tem sido a falta de capacitação dos profissionais de saúde. Dentre

as informações obtidas na revisão aos usuários questionaram que o atendimento prestado a saúde é relativamente solucionado. É importante ressaltar que se trata de uma unidade de urgência e emergência, com isso alguns serviços (especialidades médicas) são contrarreferenciados devido ao perfil da unidade, assim como muitos casos houve a transferência hospitalar para o HUGO local onde há carceragem. É válido ressaltar que se trata de uma unidade de saúde gerida por uma organização social e que algumas dificuldades encontradas em outros hospitais brasileiros como a ausência de medicamentos, a falta de materiais para a prática de procedimentos não são a realidade de HUGOL, o que foi possível constatar na pesquisa realizada com os 21 presos que estiveram na unidade em 2019, o Quadro 2 e no item 3.3 Perfil dos presos atendidos do HUGOL.

A pesquisa revelou a necessidade de aprimorar o atendimento humanizado conforme é estabelecido em Lei com o aprimoramento da infraestrutura além de gerar alguns serviços capacitados, em especial aqueles previstos em lei. Na atualidade, a Política Nacional de Humanização avança em relação à capacitação de defensores e apoiadores específicos dos serviços como aspecto de manter seu potencial instituí-lo e expandi-lo.

CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE E O PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS)

Pensar a política de saúde como processo histórico requer estabelecer um resgate de dimensões que registrem avanços e retrocessos na política social desde o Brasil Colônia passando ao Império até o século XX. Mais do que nunca, o século XXI remete a uma grande necessidade de se repensar os modelos de proteção social que está posto pelo o então *Estado democrático de direito*² e que perpassa por todo um processo histórico brasileiro.

1.1 Aspectos conceituais e históricos

A reflexão sobre a Política Nacional de Saúde a partir da Reforma Sanitária, ocorreu concomitante ao processo de redemocratização no Brasil movimento este influenciado pelas reformulações na área de saúde na Itália que surgiu no início de 1970 em defesa da democracia, sendo o resultado de um conjunto de alterações estruturais realizadas na área da saúde em vários países, quando a falta de condições de saneamento e a baixa qualidade na prestação dos serviços, entre tantos outros, eram enfrentados por várias nações. Situação que fomentou a reformulação dos sistemas de serviços de saúde e estimulou a abertura de discussões tornando-se o marco regulatório na saúde brasileira momento de grande efervescência dada a luta dos movimentos sociais e a demanda da sociedade civil por um serviço de saúde de qualidade.

De acordo com Bravo (2009, p.83):

O Governo da “Nova República” ao se instalar se comprometeu a oficialmente, com o resgate da “dívida social” herdada do passado autoritário e agravada pela crise econômica. A estratégia de intervenção social foi organizada em dois níveis de temporalidade distintos. Por um lado, iniciou-se a implementação dos *Planos de Emergência* para o combate à fome, ao desemprego e à miséria. O outro nível de atuação previa a reformulação do Sistema de Proteção Social Brasileiro, com a intenção de realizar em algumas áreas, como a Previdência, a Sanitária, o Sistema Financeiro de Habitação, a Educação e a Tributária. Alguns princípios, reclamados pela sociedade, foram incorporados ao discurso e considerados como parte da estratégia da política social a ser implantada, destacando-se: a descentralização, com a forte vertente de municipalização; a integração dos serviços e equipamentos sociais em nível local; a participação popular nos

² É um conceito que designa qualquer Estado que se aplica a garantir o respeito das liberdades civis, ou seja, o respeito pelos direitos humanos e pelas garantias fundamentais, através do estabelecimento de uma proteção jurídica.

processos de decisão, implementação e controle das políticas; e, finalmente, a distribuição direta de recursos em dinheiro às famílias. A questão saúde nessa conjuntura teve avanços e recuos a partir da correlação de forças existentes.

Trata-se do momento histórico brasileiro cujo papel do Estado na relação com a saúde é concebido com direito de todos e dever do Estado, caracterizado pela descentralização política-administrativa na saúde que é composta por uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). A trajetória da saúde para que se transformasse no SUS que temos na atualidade foi marcada por grandes lutas da sociedade civil. Como muito bem destacado por Bravo:

o período que antecedeu a “Nova República” foi palco de debates e contribuições que visavam lançar as bases da *política de saúde* para o governo de transição, mostrando as inquietações e proposições a respeito da realidade sanitária brasileira (BRAVO, 2010, p.84).

Esse período de transição foi marcado por grandes eventos a partir de julho de 1984, tais como: o seminário realizado entre as Secretarias de Saúde de Minas Gerais. O ideário de política pública está vinculado à conquista de direitos que foi sendo construída desde o final do século XIX. Mais precisamente na área da saúde, houve uma influência do modelo Bismarkiano³ de Seguro Social da Alemanha que promove o início da ideia de *seguro saúde* no Brasil. Esta ideia começa a ganhar corpo com as Caixas de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores, que mais tarde sofreria influência desse modelo de proteção com a programática dos *direitos civis, político e sociais*.

O processo de regulação social em que o Estado conservador liberal previa, aos poucos foi modificando com a consolidação da proposta do Estado de Bem Estar Social que surge pós a Segunda Guerra Mundial.

Inicia-se, então, um processo de lutas na política pública de saúde no Brasil quanto à definição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais, um contexto do processo de acumulação do capital; exploração das classes subalternas que reflete na trajetória da política pública de saúde e seus caminhos de

³ O chamado modelo Bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados (BOSCHETTI, 2003).

busca por avanços. Porém, para chegar ao que se propõe faz-se necessário percorrer o processo histórico antecedente à reforma sanitária e à consolidação da política social de saúde. Trajetória essa que será discutida a seguir.

1.1.1 Contexto histórico antecedente a Reforma Sanitária

A primeira referência de saúde no Brasil no século XV na descoberta por Pedro Alves Cabral era a ideia de um paraíso devido sua beleza e suas paisagens naturais e a riqueza na sua alimentação. Mas, a pureza de suas águas e o clima agradável, não demonstravam os perigos desse tal “paraíso tropical” que além de enfrentarem dificuldades de instalação e conflitos indígenas os colonizadores tinham como seu maior obstáculo: às enfermidades.

A saúde no Brasil segundo Santos Filho (2009) desde o seu descobrimento é marcada pela falta de recursos financeiros ficando para os desprovidos apenas os próprios recursos medicinais naturais e senso comum dos curandeiros, bem como rituais espirituais se não a morte como fim, no contexto da exploração de mão-de-obra dos escravos e posteriormente de vários outros imigrantes. O acesso aos serviços de saúde ficava ao alcance somente dos senhores donos das propriedades que podiam pagar para os chamados médicos da família. Registra-se ainda que a carência desses profissionais médicos segundo Polignano (2001), era grande.

Desde o Brasil colônia, estendendo-se ao período Imperial, a saúde mantinha um caráter individualista e residual; distante da ideia de um bem público, evidenciando assim as desigualdades entre as classes, ou seja, não tinha saúde para todos. Os escravos e as outras pessoas “livres” que trabalhavam na senzala, não podiam pagar, e ficavam a mercê por conta dos curandeiros ou da própria sorte. Muitas vezes ocasionando a morte. Sem falar das precariedades e o modo de vida em que viviam; sem condições higiene, em ambientes insalubres, propensos a todas as moléstias, pois o Brasil ainda não dispunha de uma estrutura de saneamento básico.

Vale destacar também a importância das Santas Casas de Misericórdia com registros originários no Brasil, desde 1539. Regidas pelas Instituições Portuguesas, surgiram, de início, com a função médico assistencial caritativa, aderindo-se à filantropia. Prestavam atendimento aos pobres na doença, no

abandono e na morte. Além dos enfermos, os abandonados e marginalizados eram também abrigados (crianças e velhos), ou seja, os excluídos à margem do convívio social, como os criminosos doentes e os que apresentavam comprometimentos na saúde mental. Destaca-se também que, na maioria dos países onde foram fundadas, as Santas Casas de Misericórdia (também denominadas Misericórdias) anteciparam às atividades estatais de assistência social e à saúde. Foi uma resposta ao cenário epidemiológico criado pelas mazelas do século XX (POLIGNANO, 2001).

Com a República, doenças contagiosas como a varíola, tuberculose, malária, febre amarela e outras epidemias abrangentes assolavam não só os pobres, mas toda a população. Nesse momento, as Santas Casas, sozinhas, não conseguiam dar respostas às crescentes necessidades da saúde visto o crescente aumento dessas doenças infectocontagiosas que apresentavam um desenvolvimento muito rápido.

Eram necessárias estruturas sanitárias capazes de preservar a mão-de-obra e estabelecer condições favoráveis ao desenvolvimento do capitalismo. O Brasil diante da necessidade de uma produção com interesses de lucratividade cria o Instituto de Epidemiologia diante das inúmeras epidemias (aparecimento rápido e passageiro de doenças infectocontagiosa, que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo), que se alastravam muito rápido, gerando um quadro intensamente caótico. Dado que as pessoas neste período já estavam concentradas em centros urbanos para atender as necessidades do capital, porém não havia como dito anteriormente condições sanitárias adequadas nem das casas, tão pouco nas cidades e ambientes de trabalho.

A ausência de um modelo sanitário para o país agravava ainda mais esse quadro da saúde, pois, a falta de higiene aliada às endemias induzia o governo a “*dar*” mínimas respostas para a população sofrida.

Diante desse quadro epidêmico Rodrigues Alves então presidente do país no período de (1902-1906) nomeia Osvaldo Cruz (médico sanitarista) como diretor do Instituto Soroterápico Federal, do qual ele era fundador que mais tarde tornara Departamento Nacional de Saúde Pública, com a tarefa de erradicar a febre amarela e as demais doenças. Osvaldo Cruz, desempenhou um trabalho de suma importância nesse contexto. Atualmente, o Instituto então postulado com o seu próprio nome ainda hoje a Fundação Osvaldo Cruz atua com responsabilidade e referência em várias doenças inclusive Chagas.

No dia 31 de outubro de 1904, com a ajuda de Osvaldo Cruz foi provada pelo Congresso Nacional a lei que estabelecia a obrigatoriedade da vacina. Historicamente, no Brasil, as ações referentes à saúde sempre foram politizadas. O autoritarismo associado à falta de informação e conhecimento científico, pode gerar desconfiança e falta de adesão por parte da população.

Começa-se então o período das campanhas sanitárias chamada de saúde coletiva. Assim, como a *questão social*⁴, a saúde era tida pelo Estado como uma *questão de polícia* em vez de *política de saúde*. As campanhas eram impositivas sobre a população pobre com utilização de meios repressivos e coercitivos nos espaços urbanos e rurais. Isso gerava desconfiança e medo pela população e, assustadas, as pessoas reagiram contra o programa de vacinação do governo um dos principais motivos era de que por falta de representantes populares em cargos públicos e falta de um diálogo não foi possível uma conscientização sobre a importância da vacinação, que foi facilmente substituída pela importância da organização popular e consciência coletiva sobre a dicotomia entre o interesse da classe trabalhadora e da burguesia dirigente. O resultado nesse contexto foi a Revolta da Vacina como negação da vacinação em massa de forma coercitiva.

Pressionado pelo povo, o governo volta atrás com a obrigatoriedade da vacina. Se por um lado a ciência estava progredindo pela via do caráter da universalização, por outro, feria-se o direito à liberdade desse cidadão que não tinha o direito de escolha de ser vacinado ou não. Assim, os revoltosos foram castigados pelo governo e pela varíola, prejudicando a atuação das lideranças populares. Diante desse cenário Osvaldo Cruz estabeleceu protocolos sanitários de parâmetros internacionais nos portos marítimos e fluviais de norte ao sul do país. Com o sucesso e avanço das vacinas bem como o controle das epidemias a economia e o saneamento tomava novos rumos.

Em 1917, com a Criação do Departamento Nacional de Saúde, Carlos Chagas, sucessor de Osvaldo Cruz, reestrutura-se o Departamento e introduz a propaganda e educação sanitária, inovando o modelo de Osvaldo Cruz, que era puramente fiscal e policial. Esse Departamento era ligado ao Ministério da Justiça.

⁴ Apreendida como conjunto das expressões das desigualdades sociais e tomando como referência o conceito dado por Cerqueira Filho, (1982), a questão social engloba "(...) o conjunto de problemas políticos sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs ao mundo, no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho" (CERQUEIRA, 1982, p.21).

Sobre a contribuição de Carlos Chagas na saúde pública, confirma Bravo (2009, p.90)

Adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por toda parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

Com a chegada dos imigrantes europeus e o processo denominado *êxodo rural*, o Brasil se vê num crescimento industrial e urbano a passos largos. Junto a esse crescimento econômico os operários começaram a se movimentar, por seus interesses, ocasionando a primeira greve no setor têxtil em 1917. Cada vez ficava mais evidente a necessidade de um Estado prover a saúde pública e as demais políticas sociais.

Com o acordo em 1919 entre os grevistas, os trabalhadores em greve voltaram aos seus trabalhos, mas com a ideia de organização devido as condições precárias dos trabalhadores, haja vista que as desigualdades sociais também entravam na pauta do movimento dos sindicatos, ou seja, dos diversos movimentos organizados da classe operária (imigrantes europeus) que já tinha uma experiência de movimento de luta por seus direitos. Começava então, um período de avanços onde as políticas sociais, assumindo formato de leis, concretizando, a exemplo da lei que regulamentaria as Caixas de Pensões e Aposentadorias pelo então político Eloy Chaves.

Em 1923 surge a lei Elói Chaves que foi promulgada e com ela a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Criada pelo Decreto legislativo 4.682 de 24/01/1923, com esta lei começava o marco inicial da previdência social no Brasil. Esta lei só abrangia os trabalhadores da estrada de ferro, com sede em São Paulo, mediante um desconto de 3% do salário do funcionário e 1% da renda bruta da empresa. Ficavam assegurados os trabalhadores ferroviários com o direito de aposentadoria por invalidez, tratamento médico, medicamentos, auxílio funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros dos segurados falecidos. O financiamento das CAPs era feito pelas empresas e por seus trabalhadores e a sua finalidade era a concessão de benefícios. Já neste período é interessante apreender que o direito estava ligado diretamente aos trabalhadores formais.

Em 1930 ano em que inaugura no Brasil, o período da *Nova República*, Getúlio Vargas assume a presidência do país. Essa década foi marcada pela

intervenção do Estado na saúde pública, período que para alguns escritores ficou conhecido pela Revolução de 1930 e os trabalhadores atendidos em suas reivindicações, tem como indicadores o processo de industrialização do país, definição do papel do Estado e o surgimento e configuração das primeiras políticas sociais no país.

Bravo discorre bem essa passagem da década século XX que antecede a *Nova República*, ao afirmar que as expressões da *questão social*:

[...] em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de [19]20, precisam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com intervenção estatal, assim como necessitavam da criação de novos aparelhos que contemplassem, de modo, que os assalariados urbanos. Que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 1991, p. 109).

O caminho percorrido pelos trabalhadores nesse período é marcado pela desigualdade, precariedade e pela intervenção estatal de cunho liberal, em que o domínio do capital é expandido diante da crise que o Brasil estava passando, mas que vivenciou um aceleração da urbanização e o aumento da economia mesmo em péssimas condições de higiene, saúde e habitação.

Na década de 1930, segundo Bravo (1991), a política de saúde, que era nacional, foi constituída em dois subsetores: o de Saúde pública e a medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominantemente até a década de 1960, e era focalizada no setor urbano com mínimas políticas que favoreciam a população e de uma forma limitada para os trabalhadores da zona rural. O subsetor de medicina previdenciária passa a ultrapassar o da saúde pública a partir de 1966.

O período que vai desde meados do século XIX até os anos de 1930, é marcado predominantemente pelo liberalismo (visão liberal que sustenta a ideologia burguesa). Fundamentado na perspectiva que concebe o trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado – *laissez-faire*, o que enfraquecia os humanistas, democratas e reformistas.

Segundo Looke, o ideário do liberalismo clássico intensifica o direito natural do cidadão – direito a propriedade, a vida e a liberdade, ou seja, os direitos surgiam como desejos ou expectativas. Articulado à ideia de direitos individuais, Looke fundamenta seu pensamento político com a afirmação dos direitos naturais, logo, todo cidadão enquanto ser humano possui direitos. Esse direito que no Brasil

ficou bem claro o da propriedade, em que os senhores feudais apropriavam-se das terras e da vida de seus servos firmando as pretensões do absolutismo e, sobretudo, implicava as diversidades também na ideologia da classe burguesa, cujo o direito de propriedade também se estendia aos bens produzidos pelo trabalhador assalariado, o que aclama uma nova forma de desigualdades sobre os indivíduos.

Bravo (1991) afirma que o estado de natureza (estágio-pré-político) dos homens não ameaçava seus direitos naturais. Daí a necessidade de criar um governo que garantiria esses direitos ameaçados pelo estado de natureza (não civilizado), ou seja, um Estado onde os direitos civis (naturais) seriam respeitados e expressariam uma limitação do poder do Estado na intervenção da liberdade individual, ou seja, um *Estado neutro*.

Como afirma Coutinho (2012), os direitos são conquistas sociais e, na medida em que lutamos, historicamente o conquistamos. Na direção dessa perspectiva inaugura a processualidade de um novo modelo em substituição ao ideário liberal, que foi o chamado *Estado de Bem Estar Social*.

As crises internacionais de 1922 a 1929 trouxeram implicações também ao Brasil, como pode-se visualizar o rompimento com a política dos governadores. O Brasil na década de 1930 enfrentava as crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias (modelo agroexportador), tornando mais agudas as contradições e instalações contra a política dos governadores. O cenário é de um país em crise que rompe com a política do “*café com leite*” passando à definição do papel do Estado e assegurando os interesses da crescente burguesia industrial que naquele momento atendeu algumas reivindicações dos trabalhadores urbanos, visto projeto da Aliança Libertadora de cunho político que se uniu a setores menos influentes objetivando as eleições presidenciais, dentre as reivindicações atendidas podemos listar: o voto secreto e o voto feminino.

Nesse período estão em curso as primeiras manifestações de uma intervenção estatal apresentado como *Estado de Bem Estar Social* com o papel de mediador, civilizador, assegurador de direitos aos chamados *excluídos* que influenciou o Brasil na implantação e consolidação das políticas sociais, mas que sofre profundas implicações com a proposta do neoliberalismo, instituído no Brasil a partir de 1990 (COUTINHO, 2012).

Os anos que antecederam a promulgação da Constituição brasileira,

reconhecida como Constituição Cidadã, embora tenha forte influência neoliberal com um “viés corporativista”, com concessões à iniciativa privada no campo da educação, saúde e assistência social.

Como ressalta Bravo (2009) até 1930 o Estado não se responsabilizava pela saúde da população. No Brasil,

A intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente da década de 1930. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2009, p.89).

Os anos 1930 são marcados pelo processo de industrialização, caracterizado por Couto (2004) como o deslocamento do eixo agroexportador para o urbano-industrial. No bojo de todo processo político, econômico e histórico, surge à redefinição do papel do Estado na intervenção pela política social em resposta às inquietações dos trabalhadores da época. Assim, a conjuntura de 1930

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 1920, 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. Este processo sob domínio do capital industrial teve como característica principal a aceleração da urbanização e ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2009, p.91).

Apesar das modificações na sua concepção, a proposta do Estado de Bem Estar Social demonstrou avanços nas políticas sociais principalmente na área da saúde. E nessa perspectiva, a política social se configura num espaço contraditório, conforme afirmação de que:

As políticas sociais no Brasil estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo País em níveis econômico, político e social. São vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (FALEIROS, 1991, p.8).

Bravo e Matos (2012) enfocam que “a política de saúde esboçada a partir de 1930 foi consolidada de 1945 a 1964”. Nos anos de 1945 e especificamente em

1950 há um aumento dos gastos estatais em relação às políticas sociais. Entretanto, tem-se políticas de cunho focalista e contencionista; não abrangem todos os sujeitos sociais, ou seja, são restritas à uma parcela da população. Assim, definem a política de saúde nos anos subsequentes:

Como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois subsetores (saúde pública e medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 1960. O que evidencia é que, apesar das pressões, a assistência médico previdenciária era formada basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos de terceiros aparecem como minoritárias situações que vai completamente diferente no regime que se instalou em no país em 1964 (BRAVO, MATOS 2012, p. 27).

Com a ditadura militar de 1964, houve nesse neste momento uma expansão e aprofundamento das relações capitalistas. Para os referidos autores Bravo e Matos (2012) relatam que nesse período “predominou a concepção de que a sociedade civil era incompetente, imatura, precisando ser controlada pelo Estado”.

1.2 Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira

Pela promulgação da Constituição Federal brasileira aprovada em 1988, a saúde é estabelecida como direito de todos e dever do Estado. Deste modo, o projeto de Reforma Sanitária vem sendo construído desde meados dos anos 1970, que resultou na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) fruto de processos de lutas e mobilizações tanto da sociedade civil quanto dos profissionais de Saúde (BRAVO, 2009). A proposta central fundamentava-se na responsabilização do Estado na política social, com respaldo na política de saúde.

Reforçando o argumento, recorre-se à Bravo (2009) que reafirma:

[...] a política de saúde, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento a questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares. 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 setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009, p. 95).

Com fim da ditadura militar, os movimentos sociais principalmente aqueles ligados à saúde, reivindicavam mudanças no sistema público de saúde. Permeados

por contínuas tensões e insatisfações, em que estruturava a política de saúde, inúmeros sujeitos da sociedade civil e profissionais de saúde, visavam uma discussão na melhoria da saúde e no fortalecimento da esfera pública, “surgiu, então, um fenômeno no final dos anos 1970, conhecido como Movimento de Reforma Sanitária” (GONÇALVES, 2006, p.29). Tal fenômeno significou o movimento pela democratização no âmbito da política de saúde.

É neste contexto de agudização das questões sociais que a Saúde Pública, por meio do Movimento de Reforma Sanitária, apresenta um projeto de política de saúde que até então não se tinha visto na realidade brasileira. Resultou, portanto, uma nova forma de relação entre Estado e Sociedade Civil, provenientes dos embates entre diferentes atores sociais, estes conferindo novas caras e formas de intervenções (GONÇALVES, 2006, p. 29).

A principal crítica nesse neste período se baseava a ponto de vista de saúde restritamente ligada à concepção biológica e individual, bem como as questões de sua forma de organização, tendo como dimensão pensar o processo de trabalho em saúde em um contexto social. Desta forma, Bravo (2009), reforça o seguinte argumento:

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e só pode ser efetivada em um Estado democrático. Entretanto, alguns avanços significativos ocorreram que precisam ser elucidados, tais como: a modernização setorial, a realocação de despesas em favor da área pública e a colocação na cena política da noção de direito social universal, com a tematização Saúde: direito de todos e dever do Estado (p.28).

No Brasil, durante o período militar, a saúde em âmbito nacional teve sua ênfase na assistência individual e especializada, sendo as ações coletivas “fracassadas”. A esfera privada atingiu o auge de sua expansão, utilizou como discurso o acesso à saúde, uma vez que, o objetivo seria a obtenção de lucros. A Previdência Social ficava responsável pelo financiamento e construções de inúmeras clínicas e hospitais privados, já os serviços médicos eram financiados pelas Unidades de Serviço (US), tais adventos representam mecanismos de fraudes e corrupções. Todos esses fatores repercutiram de maneira incisiva na atenção à saúde, o quadro que se instalava era de tensão. Assim,

Hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado: este tem sido o quadro a que está submetida a população brasileira. Como resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país é assolado por epidemias evitáveis, como os

surtos de cólera e dengue. E mantém-se alto os índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de chagas e doenças mentais, confirmando a permanência histórica do trágico estado de saúde popular (BERTOLLI FILHO, 2010, p. 60).

Nesse sentido, é possível acompanhar o movimento histórico delineado por configurações diferenciadas marcada por influências liberais que inferem no conjunto de política social formulada a partir da década de 1960, em especial, no que se refere à política de saúde.

É no contexto da década de 1970, (Quadro 1) que se inserem os planos privados de saúde e Seguro Saúde, se percebe de forma a contribuir para a desoneração do Estado, com o compromisso de atendimento integral dos associados e segurados. O governo militar diante dos entraves e da precariedade da área da saúde, trabalha na perspectiva de superar as dicotomias instaladas entre público e privado, cria-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

Quadro 1: Evolução Histórica da Saúde.

Década de 1960	Década de 1970	Década de 1980	Década de 1990
IAP's	INPS	INAMPS	SUS
	Medicina de Grupo	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica
	Cooperativa Médica	Cooperativa Médica	Seguro Saúde

Fonte: Ministério de Saúde (2004)

Durante a ditadura militar, a gestão pública não tinha como prioridade as áreas sociais e tampouco a saúde. A crise fiscal nesse período gerou uma crise, em especial, na administração dos recursos financeiros advindos do fundo público da previdência e da saúde.

A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa neoliberal do corte de gastos sociais, que esconde as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender, em maior escala, as demandas do grande capital. Os direitos da classe trabalhadora são assim os primeiros a serem atingidos neste processo, o que quer dizer que a política social passará por regressivas transformações (BRAVO, 2009, p.12).

Gonçalves (2006, p. 31) explicita outros eventos de continuidade:

Foi a partir da 7ª CNS que articulou-se o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), objetivando sistematizar políticas de assistência à saúde da população previdenciária, e apresentando algumas estratégias de racionalização dos recursos alocados com a assistência médica. Uma das estratégias postas foi a criação, em 1984, das AIS (Ações Integradas de Saúde) que tiveram propostas de articulação dos recursos federais, estaduais e municipais para a atenção à saúde.

Sendo este programa resultado da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1980, cujo tema principal era a implantação de uma rede básica de saúde, que de início participaria a sociedade civil,

Entretanto, isso não ocorreu, havendo somente ampliação da participação com relação às autoridades da área da saúde, parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado, representantes de organismos internacionais e um representante do clero (BRAVO, 2009, p.69).

Conforme Couto (2004) e Gonçalves (2006), o início dos anos 1980 é gerido de uma série de mudanças tanto de ordem social quanto econômica, a transição para a década de 1980 foi marcada pelo processo de democratização contrapondo o regime ditatorial, ao passo que nessa conjuntura a sociedade brasileira perpassava por um aprofundamento da crise econômica. A política de saúde

[...] no início dos anos 1980 pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente das décadas anteriores, permanecendo a dicotomização do serviço, o Ministério da Saúde (referenciava as campanhas) e a Previdência Social (respondia à assistência médica mediante critérios de seletividade), ambas com atuações pontuais e superficiais. Como conseqüência destas ações paliativas, agudiza a crise da saúde, tornando os serviços cada vez mais precários e ineficientes, acarretando um quadro epidêmico (GONÇALVES, 2006, p.41).

Nesse processo o governo adota medidas nas áreas de habitação, saneamento e alimentação que são incorporados às Ações Integradas de Saúde (AIS), resultado das lutas do movimento sanitário, que entendia a saúde como uma construção histórica e social. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1987, o SUDS que segundo Bravo (2009) foi o “passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre níveis federal, estadual e municipal.” De acordo com Paim (2007, p. 123) “as AIS e os SUDS, mesmo com suas reconhecidas limitações enquanto estratégias-pontes para o Sistema Único de Saúde representavam as iniciativas de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo”.

1.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Inicialmente foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), fundamentado, conforme Santos Filho (2009), no princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, de forma que o projeto de municipalização representado pelo SUDS, encontrava os mesmos obstáculos que contribuíram no enfrentamento de outros projetos descentralizadores, como por exemplo, a recusa das empresas particulares em se submeterem ao sistema unificado. Com o SUDS ocorre uma integração, mesmo que inconclusa, dos serviços mantidos pelo Estado, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

Outro elemento que merece destaque é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que visava obter subsídios para um plano de formulação do Sistema Nacional de Saúde, dotado de grande representatividade social. O Movimento contava com a presença de profissionais, prestadores de serviços e também usuários da política de saúde. Nesta conferência, discutiu-se temas mais gerais, como a unificação do sistema e seu desligamento do Instituto Nacional de Previdência Social, e temas específicos como a saúde da mulher, da criança, do trabalhador, saúde mental e endemia, dentre outros (BRASIL, 2000).

A partir de então, "o debate entre favoráveis e contrários à implementação do SUS, passa ocorrer em outra arena política" (SOUZA, 2002, p.54). O Congresso Nacional, passa a ser o espaço de regulamentação das medidas constitucionais por intermédio das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e 8.142 (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). A saúde inicia uma nova experiência de descentralização, diversa daquela ocorrida no começo do século em vários aspectos, mas semelhante em termos de divisão de competências entre as esferas de federação.

A partir de 1991, a Norma Operacional Básica (NOB), do Ministério da Saúde passa a ser o "arranjo" institucional para regulamentar a descentralização do sistema de saúde. Foram editadas quatro diferentes normas operacionais, com intuito de organizar e operacionalizar o funcionamento do SUS.

As normas operacionais básicas emitidas em 1991, 1992, 1993 e 1996, estas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde, representam significativas

estratégias de identificação dos atores e instâncias responsáveis pela elaboração e edição destas normas apontavam indicações das distintas conjunturas, concepções e responsabilidades que vão se conformando no processo de construção deste sistema e mais particularmente da descentralização. São elas:

NOB 01/91 - Implementada pela Resolução INAMPS nº 258, de 07/01/1991 que promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. A NOB 01/1992 - editada pela publicação da Portaria nº 234, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, de 07/02/1992; normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS. A NOB 01/1993 - sistematiza o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e consequentemente do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semi-Plena e duas para os estados: Parcial e Semi-Plena, além das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), como foros permanentes de negociação e deliberações). E a NOB 01/1996 promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2002).

As NOBs eram instrumentos de regulação de descentralização em um país federalista, conta com uma Comissão Intergestora Bipartite (CIB), criada pela Norma Operacional Básica NOB/1993, como fórum de pactuação entre os gestores estaduais e municipais. A CIB é composta igualmente de forma bipartite composta por representação do Estado e do Município e as decisões sempre serão tomadas por consenso. Quanto a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância de caráter deliberativo. A primeira delas, foi instituída na Bahia pela Portaria de nº 2.094 de 21/06/1993 do Secretário da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), publicado no Diário Oficial do dia vinte de agosto de 1993.

Segundo Ministério da Saúde (2002), o processo de municipalização foi ainda ampliado com aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que determinou a porcentagem mínima dos recursos próprios que estados e municípios devem aplicar na saúde. Estes percentuais foram especificados na referida Emenda e devem aumentar gradativamente ano a ano, até atingirem o valor de 12% para os estados e 15% para os municípios.

As mudanças decorrentes do avanço das ideias neoliberais trouxeram à reflexão, um dos preceitos da teoria positivista, que, de acordo com Correa (2002),

expõe as sucessivas concessões de um maior intervencionismo estatal que foram gradualmente sendo introduzidas nas democracias liberais.

Tendo como ponto de análise a importância da criação do SUS em 1990, vale ressaltar que o conjunto da política social, a área da saúde foi a que mais sofreu transformações e avanços incluindo, alteração do conceito de saúde; a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a construção de um novo modelo de atenção a saúde; a descentralização das ações para estadual e municipal; a democratização do poder local, dentre outras (CORREA, 2002, p.139).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é deliberado pela Constituição Federal de 1988, de acordo com seu Artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade.

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Segundo a Constituição de 1988, o SUS é definido como um sistema descentralizado com comando único implica em delegação de autonomia para que estados e municípios formulem e implementem suas respectivas políticas de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) viabiliza os municípios são eles responsáveis por gerir e hierarquizar os serviços de saúde em todos os níveis. No entanto, a saúde não é um fenômeno isolado, mas parte de um rol de manifestações da *questão social*.

Em contrapartida, como já visto, o modo de produção capitalista gera, em meio às políticas neoliberais, ciclos de crescimento e de crise, tratando a força de trabalho humana como mera mercadoria que a de ser comprada por um patrão, a certo preço, o salário (BRAVO, 1991). Assim, ressalta-se que tal realidade impõe a gratuidade no atendimento à saúde como forma justa e racional de redistribuição da renda gerada pelo trabalhador e apropriada pelo patrão. A política social, em especial, a de saúde trazem na sua trajetória histórica, inúmeros desafios para uma sociedade regida pelo modo de produção capitalista marcada por profundas desigualdades sociais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) se concretiza em meio a um intenso processo de lutas sociais. As propostas inscritas na promulgação de 1988 precederam das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, especial, a saúde como direito de todos e dever do Estado, articulada às demais políticas sociais, dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (GOUVEIA, PALMA, 1999, p.144).

O texto da Constituição de 1988 que inspirado nas proposições defendidas durante décadas pelo movimento sanitário, atende, um número significativo, às reivindicações da classe trabalhadora, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e conseguinte a criação da Lei nº 8.142, de dezembro de 1990. Assim, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de lutas e mobilizações dos profissionais da área da Saúde, articulados ao movimento popular.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei nº 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Os vetos presidenciais, colocados em uma lei acordada no Congresso Nacional, atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS.

Essas leis representam conquistas significativas em direção a um sistema público de saúde único e universal. A situação vigente até o momento sofreria intensas e amplas alterações, pois a sociedade assume participação efetiva no SUS. A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 apresenta como um dos objetivos “melhorar” a saúde da população com base em um acompanhamento que diagnosticasse precocemente possíveis enfermidades. Essa era uma tentativa de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir a referência tradicional.

Na análise de Behring e Boschetti (2011), são delineados os anos 1990 entre a tensão das conquistas constitucionais, fruto dos movimentos sociais pela redemocratização, transcende a dualidade com a contrarreforma neoliberal. Bravo (2009) caracteriza a “Reforma” ou “contrarreforma” do Estado como estratégia para desviar-se de suas funções básicas, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento tanto econômico quanto social, assumindo o papel de “promotor regulador”, transfere atividades para a esfera privada e a sociedade civil.

Esse período de afirmação na hegemonia neoliberal tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da “previdência pública”, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2009, p.100). A população insatisfeita com a caótica situação de saúde se organiza na busca de soluções para o agravamento das desigualdades que se acentuaram neste período. Um dos marcos fundamentais para a história da saúde centra-se em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília.

É nesse contexto que será incorporada a discussão sobre um sistema público de saúde na Constituinte, inclui, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Assim, evidencia

[...] o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente á grave crise e as demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscam corrigir as histórias injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p.96).

No entanto, os modelos de saúde pública que vigoraram até a promulgação da Constituição de 1988, tiveram em sua essência aspectos contraditórios excludentes e reafirmados da ordem burguesa. Todavia, mesmo com as conquistas previstas no texto Constitucional, é tênue ressaltar os conflitos que defrontam a política de saúde em sua trajetória. Do ponto de vista de Bravo (2009):

Dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado e ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2009, p. 101).

Entretanto, registra-se inúmeros avanços e conquistas no processo de criação e consolidação do SUS. O enfrentamento dos desafios existentes nesse processo de luta e resistência exige a participação da sociedade brasileira. A partir de todo esforço direcionado no sentido de garantir uma política que efetivasse o direito a saúde a classe trabalhadora.

1.2.1.1 Princípios do SUS

Neste item se encontram a organização dos princípios do SUS. Estes são os princípios que operacionalizam as ações de saúde baseadas na universalidade⁵, integralidade⁶ e equidade⁷:

Descentralização - A descentralização no SUS é considerada um dos princípios-base. Promove a redistribuição do poder e das responsabilidades, em direção única, de forma articulada e integrada, nas três esferas do governo: municipal, estadual e federal. Com esse princípio, o município consegue conhecer as necessidades da região e tem autonomia para implementar medidas, especialmente nas unidades de saúde, que vão ao encontro das necessidades da sua população.

Regionalização - Esse é um princípio muito importante. As estratégias de saúde devem funcionar com uma articulação a serviços de saúde já existentes em uma região. Funciona da seguinte forma: um município que tem uma infraestrutura mais adequada para o atendimento à saúde realiza atendimentos para outros municípios. Esses serviços são adquiridos em forma de convênios de saúde.

Hierarquização - Tem a função de viabilizar a forma de acesso aos serviços de rede ambulatorial de alta, média e baixa complexidade, dependendo de cada caso.

Participação social - Formatada com a Lei nº 8.142/1990, indica que, por meio da efetivação dos conselhos de saúde – locais, municipais, regionais, estaduais e nacional – e da realização de conferências de saúde, o Poder Público e

⁵ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 63).

⁶ A integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica e institucional partindo da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, cindidas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até a extinção do modelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A Constituição afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam as suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Esta ênfase se deve ao quase abandono dessas ações de cunho coletivo e preventivo em saúde durante toda a ditadura militar. Por isso, a denominação sistema único de saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Isso significa dizer que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizadas ações e serviços que visem à integralidade.

⁷ O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

a sociedade buscam formular estratégias e controlar e avaliar toda a execução da política de saúde nas esferas do governo⁸.

1.2.2 Política de saúde na atualidade: privatização

Conforme visto no item 1.1.2 a partir dos movimentos sociais e fóruns⁹ que lutaram por condições de saúde adequadas a população brasileira, temos neste item o intento de descrever as novas formas de organização da política atual de saúde.

De acordo com Cislighi (2019) que é Assistente Social, afirma que o setor da saúde no Brasil sempre foi, ainda antes da Constituição de 1988, “majoritariamente privado, com subsídios do fundo público. Com a Constituição e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos uma ampliação do sistema público, porém a conservação do setor privado como complementar ao público manteve as contradições na relação entre esses dois setores, bem como a disputa aberta, e mais acirrada, pelo fundo público”.

Nas últimas três décadas, os sistemas de saúde têm estado sob pressão para se adaptarem a um mundo neoliberal e incorporar os princípios do mercado. A introdução de instrumentos baseados no mercado, aumentando a competição entre os prestadores de cuidados de saúde, introduzindo o fornecimento de cuidados de saúde com financiamento público pelo setor privado através de sistemas de financiamento de seguros de saúde para substituir o fornecimento de cuidados de saúde públicos, promovendo a responsabilidade individual pela saúde e, finalmente, a introdução de relações de mercado por meio da privatização, a

⁸ Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/PeD_SUS.pdf

⁹ A atuação dos Fóruns e Frente tem se dado também no controle democrático do controle social – Conselhos e Conferências – para que se posicionem contra os novos modelos de gestão. Nesta árdua luta tem conseguido aprovar em algumas conferências municipais e estaduais moções de repúdio à privatização, além de conquistar e mobilizar participantes para a luta e organização coletiva. Um exemplo foi a participação de forma organizada e atuante dos integrantes da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Durante toda Conferência houve uma dura disputa política entre os defensores do SUS público e sob a administração direta do Estado e os que defendem os novos modelos de gestão privatizantes. Esta Frente obteve uma grande vitória com as propostas aprovadas durante esta Conferência: os delegados rejeitaram todas as formas de privatização da saúde: Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as Parcerias Público-Privadas (PPPs), bem como outras propostas. Sabe-se que nem tudo o que é definido nas Conferências é colocado em prática pelos gestores e pelo parlamento. Mas, por outro lado, as propostas aprovadas servem para legitimar as lutas sociais em torno do seu cumprimento e denunciar a destruição e privatização do SUS de forma sorrateira, quase silenciosa, e o desrespeito ao controle social (BRAVO, MENEZES, s/d).

desregulamentação e a descentralização dos cuidados de saúde têm sido alguns elementos comuns vistos globalmente.

Essas reformas, realizadas sob o pretexto de aumentar a eficiência e a qualidade por meio da competição e da escolha, de fato prejudicaram o físico, saúde emocional e mental de comunidades em todo o mundo e também contribuiu para um aumento significativo das iniquidades no acesso à saúde. Eles enfraqueceram os sistemas públicos de saúde dos países e levaram à comercialização dos serviços de saúde (DALLARI, 2009).

Na última década, a privatização tem sido usada frequentemente como um instrumento de política para reduzir os encargos financeiros do setor público. Na maioria dos países, há uma mistura de interesses públicos e privados nos cuidados de saúde. Por isso, a privatização é uma questão importante na análise da política de saúde. Tratamos de diferentes conceitos e motivos para a privatização em geral. Distinguiremos vários tipos de privatização e mostraremos como eles podem ser aplicados a mudanças na política de saúde. No que diz respeito a este último, usaremos experiências holandesas. Na análise, enfatizamos especialmente os efeitos da privatização da saúde nas organizações privadas sem fins lucrativos (DALLARI, 2009).

A constituição do Brasil elucida a saúde como um direito fundamental. O sistema público de saúde e o Ministério da Saúde (MS) foram criados para fornecer serviços de saúde gratuitos aos seus cidadãos. O Brasil tem seguido a política de bem-estar e proporcionou acesso universal aos cuidados de saúde por muitas décadas desde o seu estabelecimento. Isso resultou em melhoria da saúde da população em comparação com outras nações

O que é privatização?¹⁰

A privatização se refere à transferência de propriedade de uma entidade parcial ou totalmente do governo para os setores privados com ou sem fins

¹⁰ Em meados dos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Ressalta-se como significativo os Fóruns de Saúde existentes em diversos estados brasileiros e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010²⁰. A Frente surge com o objetivo de defender o SUS universal, público, 100% estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980. É composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

lucrativos. A privatização da saúde é um processo em que os atores não governamentais tornam-se cada vez mais engajados no setor da saúde na prestação de serviços de saúde por meio de serviços financeiros e de gestão (MARCH, 2012).

O estado se afasta parcial ou totalmente de seu papel histórico na provisão e gestão do setor saúde. Existem vários processos de privatização, incluindo a prestação de serviços de saúde por provedores privados, terceirização da gestão de saúde e redução de carga, repassando o ônus para indivíduos, famílias ou terceiros, como provedores de seguros.

A privatização também é vista como uma grandeza imensa de maneiras pelas quais o setor privado com fins lucrativos substitui o setor público na provisão de bens e serviços. A privatização da saúde foi o resultado de vários desafios socioeconômicos enfrentados pelo país. As políticas de saúde implementadas pelo governo saudita para financiar, gerenciar e fornecer serviços públicos de saúde resultaram gradualmente em um sistema de saúde centralizado, fraco e fragmentado. A privatização da saúde foi, portanto, vista como uma solução para trazer eficiência, qualidade e satisfação pública na prestação de serviços de saúde, garantindo ao mesmo tempo que o estado possa cumprir suas obrigações públicas (MARCH, 2012).

A saúde é uma política pública, cujas ações compõe a Seguridade Social, articulada com a previdência e a assistência social conforme assegurada na Carta Cidadã de 1988 em seu artigo 194 ela tem sido subfinanciada historicamente, pois apesar da Constituição Federal ser conhecida por assegurar os direitos sociais e isso é um grande marco, conforme texto abaixo:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I – universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;
- VI – diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988 e BRASIL, 1998)¹¹.

Com isso, observa-se que o processo de desfinanciamento da política social, em função da Desvinculação das Receitas da União (DRU) que subtrai 30% dos recursos da seguridade para financiar a dívida pública. Como muito bem esclarece o economista Salvador (2010):

Uma questão importante a ser destacada é que as medidas de desonerações tributárias adotadas para combater a crise afetaram o financiamento do orçamento da seguridade social, enfraquecendo a capacidade deste orçamento para cobrir com suas receitas exclusivas as despesas previdenciárias, de assistência social e de saúde.

De acordo com a Secretaria da Receita Federal do Brasil (SRFB), ao longo de 2009, o desempenho da arrecadação tributária em relação a 2009 encolheu 3,05%. Em termos reais, em valores deflacionados pelo IPCA, o equivalente a uma perda de R\$ 21,5 bilhões. Os tributos que mais contribuíram para essa queda de arrecadação foram a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) (sic) e a contribuição social para o PIS/Pasep, que são fontes importantes no financiamento da seguridade social brasileira, respondendo por 49% do declínio da arrecadação tributária em 2009.

Essa queda na arrecadação da Cofins e do PIS/Pasep (sic) é atribuída pela Receita Federal a uma conjunção de fatores relacionados, em grande parte, à crise econômica. Em decorrência da crise ocorreu uma piora dos indicadores macroeconômicos, que influenciaram diretamente a arrecadação tributária, entre eles a produção industrial, a lucratividade das empresas e a queda no volume geral de vendas no varejo no ano de 2009 em relação a 2008. E, destacadamente, as desonerações tributárias estimadas em R\$ 24,9 bilhões.

Acontece que o orçamento da seguridade social continua perdendo recursos de suas fontes tributárias “exclusivas” devido à transferência de recursos para o orçamento fiscal por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU). A DRU transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, a sua utilização em pagamento de juros da dívida (SALVADOR, 2010, p. 626).

Em outras palavras, significa dizer que a tributação indireta é a raiz da tributação regressiva, ou seja, quem ganha menos paga mais proporcionalmente e quem ganha muito paga menos, a exemplo da tributação sobre o imposto de renda. Portanto seria uma espécie de “Robin Hood às avessas” o que aqui está evidenciado, principalmente neste cenário do ultraneoliberalismo, em que há uma grande disputa pelo fundo público. Outro exemplo é a Emenda Constitucional nº 95 – que versa sobre o congelamento dos gastos públicos por vinte anos e revela de maneira perversa o aprofundamento da desigualdade social e por conseguinte, o

¹¹ Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998.

aumento da violência, com isso a política social torna-se um grande mecanismo para redução das desigualdades sociais por garantir a cidadania social que constitui a ideia fundamental de um *welfare state* (MARSHALL, 1967) e a dignidade na sua condição humana.

Antes de qualquer crítica é importante ressaltar a garantia de direitos sociais. Quando os direitos sociais alcançam o status legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania, ao contrário de terem base na meritocracia, no desempenho, resultam uma “desmercadorização” do status das pessoas perante o mercado. Entretanto o conceito de cidadania social também compreende estratificação social: o status de cidadão vai disputar com a posição de classe das pessoas, e pode mesmo trocá-lo. Cabe destacar que o conceito de *welfare state* não está restrito a direitos e garantias.

Também, é necessário refletir sobre a forma em que as atividades estatais se atravancam com o papel do mercado e da família em matéria de provisão social. Desta forma é de suma importância ressaltar que a E.C nº 95 passa a desfinanciar as políticas sociais em geral para favorecer a expansão do capital financeiro demonstrando mais uma vez que apesar da Constituição Federal ser uma Constituição Cidadã ela já nasceu no bojo do neoliberalismo tirando só da saúde em 2 anos (2019 e início de 2020) 22 bilhões. Pode-se ilustrar as condições sanitárias da maioria da população brasileiras, conforme dados do IBGE – 2019 por amostra de percentual de domicílios: 31 milhões não tem acesso a água encanada e 74 milhões não tem rede de esgoto e 6 milhões sequer tem banheiro em casa, déficit de mais de 7 milhões de moradias no país.

O SUS um dos maiores sistemas de saúde do mundo mais de 75% das pessoas dependem única e exclusivamente do sistema público de saúde, de natureza universal, conforme preconiza o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Tem-se o calendário nacional de vacinação, como exemplo de programa de imunização nacional, os transplantes, o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) e assim como prevê no Artigo 200 todas as ações a seguir:

- I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

São as competências além de outras atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS nos termos da Constituição Federal de 1988 e a *posteriore* regulamentada pela Lei Orgânica do SUS nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei 8.142 de 28 dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ao mesmo tempo em que se constitui o SUS no processo de redemocratização do país os movimentos sociais são capitaneados. Apesar do modelo inicial do SUS ao conceber a saúde pública e estatal inspirada na Reforma Sanitária Italiana marcada pelo humanista, professor de medicina social, pesquisador da saúde coletiva e sanitarista - Giovanni Berlinguer – que utilizou da ciência para demonstrar as determinações sociais do processo saúde-doença – o adoecimento como parte da história inclusive pontuava que um dos fatores patogênicos na epidemiologia é o capital – fruto da relação capital e exploração do trabalho que gera desigualdades sociais e que, por conseguinte gera adoecimentos, acentuado com o ultraneoliberalismo da contemporaneidade. Assim, abolir as desigualdades injustas, em defesa da vida contra a exploração e prevenir para que o corpo humano e a atenção a saúde sejam transformadas em mercadorias.

[...] conceito amplo de saúde incorporado na constituição federal de 1988 fundamentado na reforma sanitária italiana. Saúde é sinônimo de condições dignas de vidas, assegurado na lei orgânica do SUS 8.080/1990. Influência do neoliberalismo nos anos seguintes. Os interesses postos na disputa do fundo público e o Estado brasileiro interferindo nas relações com o mercado privado (BERLINGUER, 1978, s/p).

O modelo brasileiro sofreu grande influência do Banco Mundial na saúde, desde o final da década de 1980, com o processo de desconstrução do programa público de saúde. Isso significa dizer que o fundo público é capturado pelo setor privado para executar os serviços de saúde, com uma outra lógica que não o SUS deixa de ser estatal. Entidades não estatais passa a gerir. A exemplo do que ocorre com a gestão por organizações sociais.

Dados recentes do ano de 2019 demonstram que 59% dos recursos públicos do SUS foram para rede privada, para comprar serviços privados e filantrópicos apenas 41% dos recursos foram para o setor público estatal é histórico a apropriação privada do fundo público. Diferente do que se pensou e propôs na 8ª Conferência de Saúde – onde foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único, ou seja, a saúde é vista como dever do Estado. Ocasão esta, marcada pela definição do SUS e cujo debate por três temas principais: A saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial - Lei nº 8.142/1990 – Observa-se que em 2019 com a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), fez-se um resgate à memória da primeira Conferência com a participação dos usuários, vale ressaltar as semelhanças na luta constante em defesa do SUS.

O processo gradual de privatização da saúde e a integração do mix público e privado na saúde faz parte de um arranjo no Banco Mundial, OMS cobertura nacional da saúde, caracterizado pelo protagonismo do setor privado e intensificado e fortalecido a partir do Governo de Michel Temer, a exemplo da Federação dos Serviços de Saúde, da indústria farmacêutica, e principalmente o empresariado da saúde.

1.3 Serviço Social na saúde e o Projeto Ético-Político

Conforme publicação do Conselho Federal de Serviço Social. Brasília 2009, o Assistente Social é o/a profissional que concluiu o curso de Serviço Social, devidamente reconhecido pelo MEC e possui inscrição no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS). Atualmente a profissão é regida pela Lei Federal 8.662/93, que estabelece suas competências e atribuições. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais atuam na normatização e na defesa da categoria, visando à qualidade dos serviços prestados à sociedade.

A discussão acerca da materialidade do PEP do Serviço Social é, “antes de tudo, desafiante, pela complexidade teórica e histórica que o tema revela. Tal discussão exige uma análise das relações entre o Serviço Social e o seu PEP, partindo de uma concepção sócio-histórica” (GUIMARÃES, NEIVA, 2015, p. 203). Nesta perspectiva, Boschetti salienta:

A luta do Serviço Social por direitos, trabalho e socialização da riqueza no Brasil e em todo mundo, em nossa perspectiva, não se restringe à ampliação dos direitos para reduzir a desigualdade. Isso é pouco, é insuficiente. Defendemos que a luta por direitos é uma luta contra a “economia política da iniquidade”. (OLIVEIRA, 2007:09). Não basta lutar cotidianamente em nossos espaços de trabalho para assegurar a prestação de serviços com qualidade aos usuários. Esse é um dever ético profissional fundamental, mas insuficiente, diante dos avassaladores efeitos da mundialização, da financeirização da economia mundial, e das persistentes formas de exploração do trabalho pelo capital. (2009, p. 49).

O serviço social se insere em inúmeros espaços sócios ocupacionais ou campos de trabalho, dentre eles, se destaca a política de saúde, assim, ao apreender a saúde como resultante de determinantes e condicionantes. Dentre outros, assume a defesa intransigente ao atendimento das necessidades básicas materializadas no acesso aos direitos sociais à alimentação, a moradia, ao saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais à vida (BRASIL, 1990) elemento relevante para a atuação de demais profissionais nas políticas de saúde, entendida aqui como “[...] espaço em que a desigualdade se expressa com evidência flagrante e do qual se irradiam as problemáticas centrais de que se ocupa o Serviço Social, apresenta-se exponencial na entrada do século XXI”. (NETTO, p. 136, 2007)

Ainda sobre isto, Iamamoto comenta:

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, às quais são socialmente forçados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se (2011, p. 416).

O avanço na área da saúde, não poderia ser diferente dos demais direitos concretizados, ao longo da história sua consolidação se baseou na arena de conflitos, lutas e conquista da classe trabalhadora a exemplo do marco regulatório na Constituição Federal de 1988.

Analisa-se aqui o trabalho do serviço social na saúde, tendo em vista que a análise dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social - em sua expansão e *metamorfoses* requer inscrevê-los na totalidade histórica considerando as formas assumidas pelo capital no processo de revitalização da acumulação no cenário da crise mundial (IAMAMOTO, 2010).

Dessa forma, os processos e tensões no desenvolvimento do Serviço Social estão condicionados pela correlação de forças relativas

[...] na disputa pela acumulação ou apropriação da riqueza em esfera global/nacional/local à dinâmica institucional e às organizações corporativas e sindicais, à formulação de políticas sociais, às lutas e enfrentamentos entre os movimentos sociais e o Estado (FALEIROS, 1991, p. 20).

Com a introdução do texto constitucional pautado nas proposições do movimento sanitário considerando a saúde um:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e com acesso universal e igualitário às ações em serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Compete aos profissionais do Serviço Social ter conhecimento sobre o conjunto de política social, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), precisa “ter um domínio teórico e técnico sobre a política em que direciona sua atuação”, formando assim, um “conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde, da prevenção ao tratamento, passando pelas formas de acesso a redes de atenção à estruturação do atendimento” (CUNHA, 2010, p. 44).

Infere-se ao profissional uma demanda cada vez mais crescente, se considerado o fato de que, a flexibilização das relações sociais, o fetichismo da mercadoria, e o desemprego estrutural; próprios da mundialização do capital acirraram as sequelas da *questão social* no cotidiano da vida dos indivíduos sociais, as necessidades dos usuários se transformam em demandas profissionais. Trata-se de demandas não contempladas no sistema “os que não têm a quem recorrer que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, seja na condição de excluídos da sociedade, seja na de excluídos do atendimento realizado” (CUNHA, 2010, p. 42).

As particularidades da profissão do assistente social e o campo em que circunscreve a prática na área da saúde, requer uma atualização constante e “sua formação permite uma leitura abrangente da realidade social e da instituição onde está inserido; esta é uma das competências que o diferencia das demais profissões” (CUNHA, 2010, p. 47).

Dessa forma, o assistente social tem sido chamado a atuar no âmbito da organização dos serviços de saúde, fortalecendo o direito dos usuários ao acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Nessa perspectiva, “os Assistentes Sociais, na Saúde, têm um compromisso relevante no sentido de concretizar o princípio do SUS, que garante a universalidade no acesso e na construção da integralidade em saúde” (CFESS, 2010, 68). Trata-se de um

profissional comprometido com a intervenção nas demandas que lhes são requeridas, sistematizando as informações, e proporcionando um atendimento de qualidade.

Ainda, compete ao assistente social “incentivar a participação dos usuários nos conselhos, plenárias e fóruns, espaços onde se materializa o controle social fundamental para a construção de uma nova ordem societária e igualitária” (CFESS, 2010, p. 89-70).

O trabalho dos assistentes sociais deve ser apreendido na articulação profissional com os usuários, com entidades representativas da profissão, com o conjunto de política social, com o Estado e com a sociedade no sentido de contribuir com a transformação das condições de vida dos sujeitos sociais atendidos atuação esta que se desenvolve e, a cada dia se tem tornado uma presença necessária para a promoção e atenção à saúde. Tal intervenção tem-se ampliado e consolidado diante da concepção de que a saúde é determinada socialmente e reforçada pelo conceito de saúde como “resultantes de inúmeros determinantes” (BRASIL, 1990).

O processo de trabalho do assistente social ocorre com a atuação competente desse profissional, nas dimensões: ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, no conjunto de política social e das expressões da questão social. E ao reconhecer a saúde, como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o serviço social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervém na realidade social.

A atenção à saúde não se encontra centrada somente no enfoque médico, mas nas intervenções cujas práticas enfocam as condições de vida das pessoas nas diferentes dimensões. É na mediação entre o direito do usuário e as normas institucionais que o assistente social intervém para assegurar o cumprimento de um direito que é expressão mínima de outros amplos embates que o profissional enfrenta na política de saúde com a descentralização da política de saúde há uma crescente demanda aos municípios que tiveram que contratar diversos profissionais para garantir a gestão local da política de saúde, dentre eles, o assistente social (COSTA, 2008).

A política pública de saúde é historicamente a que mais tem absorvido profissionais de serviço social. De acordo com Pacheco (2007), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 218/1997, reconhece o assistente social

como um dos treze profissionais que compõem as categorias de trabalhadores da saúde com ensino superior - junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Neste sentido, os assistentes sociais, em âmbito municipal, assumem novas funções na área, como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, distancia-se das antigas funções rotineiras burocratizadas e fragmentadas, assumem novas formas de enfrentamento das diversas expressões da questão social (BERTONE FILHO, 2010).

De acordo com Costa (2008, p.16):

É dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e, a cada dia, tem-se tornado uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas da área sob o enfoque relevante das condições sociais. Assim, entendendo que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinadas que o assistente social a defende como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia por meio do fortalecimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Dessa forma, o assistente social tem como instrumento de trabalho a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), e o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), além da vasta literatura sistematizada por profissionais que muito contribuem com a produção científica, por meio das políticas públicas e sociais, que tem o objetivo não só de redistribuir riqueza, mas, sobretudo, buscar a efetivação da cidadania com o intuito de assegurar ao cidadão aquilo que lhe é de direito. Conforme Iamamoto (2009, p. 20):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Mesmo porque, o assistente social desenvolve sua atuação dentro de uma série de limitações e dificuldades, sendo que, a própria política de saúde, a partir de 1990, enfrenta ameaças neoliberais, tendo em vista a tendência de minimização do Estado na área social com redução de recursos aos estados e municípios. Contudo, o profissional de Serviço Social deve procurar apreender as relações sociais estabelecidas pelo modo de produção capitalista sob influência neoliberal e seu

impacto nas condições de vida e trabalho dos usuários da política social e a partir dessa realidade, traçar estratégias de intervenção profissional norteadas pelo projeto ético-político profissional.

Para Santos e Biasoli (2009 p.41), o profissional do serviço social tem:

formação ampla, generalista e acadêmica com base teórica, técnica, prática e política que possibilita elaborar, planejar e executar ações apoiando diversos seguimentos sociais; é profissão da área da assistência social inserida e articulada com outras políticas públicas de saúde, educação, trabalho, previdência social e cultura, trabalhando com a população nas suas diferentes formas de nucleação e seguimentos de forma sistêmica. Em especial, com famílias, crianças, adolescentes e a terceira idade, contextualizados nas diferentes políticas de atendimentos (habitação, saúde, educação e cultura), visando à assistência social, à promoção humana do cidadão em seu meio social.

O Código de Ética Profissional representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, definem direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados.

A Concepção ética e os fundamentos ontológicos do Código de Ética (CE) se manifestam em torno de um conjunto de princípios, contendo deveres e proibições que orientam o comportamento profissional, oferece parâmetros para a ação cotidiana e define suas finalidades ético-políticas, circunscrevendo a ética profissional no interior do projeto-ético político e em sua relação com a sociedade e a história.

Essa estrutura requer um suporte teórico que assegure a fundamentação e concepção dos valores ético-político, dando sustentação ao conjunto de suas prescrições. Na elaboração do documento do CE, de 1993, tal apoio foi buscando se adequar nas bases ontológicas da teoria Social de Marx, constando que: “A revisão a que se procedeu, compatível com o espírito do texto de 1986, partiu da compreensão de que a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social [...]”, (CFESS, 1993, p.15). Apoiado nesse referencial, a ética e os valores profissionais, no âmbito da práxis, expõe no trabalho o seu modo de ser mais elementar, pois a ética e os valores são concebidos como produto da práxis: “Os valores são determinações da prática social, resultantes da atividade criadora tipificada no processo de trabalho [...]” (CRESS, 1993, p. 15).

Sendo assim, a objetivação do trabalho do Assistente Social propicia o desenvolvimento de certas capacidades que instituem um novo ser, diverso de

outros seres existentes na natureza: um ser social, capaz de agir conscientemente, de forma livre e universal. Esse ser é um ser da práxis porque, por meio do trabalho, transforma conscientemente a natureza e a si mesmo, responde às necessidades, cria alternativas, institui a possibilidade de escolher entre eles e produz socialmente um objetivo que amplia suas capacidades, criando novas alternativas, gestando, com isso, condições objetivas para o exercício da liberdade. Segundo o CE, de 1993,

É mediante o processo de trabalho que o ser social se constitui, se instaura como distinto do ser natural, dispondo de capacidade teológica, projetiva, consciente; é por esta socialização que ele se opõe como ser capaz de liberdade (CFESS, 1993, P 15- 16).

Desta forma delineou-se o trabalho do assistente social perante o atendimento à saúde do preso escoltado no HUGOL na garantia do acesso a saúde, bem como nas orientações para continuidade do tratamento no pós alta, seja essa alta para o retorno a prisão, ou em transferência para o HUGO (local onde há carceragem), ou para retorno ao município de origem de posse de encaminhamento/contrarreferências, e nas orientações a familiares para atendimento em ambulatório de saúde mental caso identificado durante entrevista social necessidade de acompanhamento de pacientes dependentes químicos, ou com transtornos mentais articulando dessa forma toda a Rede de Atenção a Saúde (RAS).

No próximo capítulo, abordar-se-á a Política de Humanização, uma política voltada ao tipo de atendimento humanizado, fazendo com que essa saúde seja garantida de maneira humana, diminuindo o processo doloroso dos pacientes, principalmente ofertando respeito e dignidade aos presos.

CAPÍTULO II - POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, DIREITOS HUMANOS E ÉTICA

O presente capítulo discorre sobre a Política Nacional de Humanização. Política de saúde é uma ferramenta de trabalho para o assistente social e não espaço sócio ocupacional. Assim, ao apreender a saúde como resultante de determinantes e condicionantes sociais. Assume a defesa intransigente ao atendimento das necessidades básicas materializadas no acesso aos direitos sociais à alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais à vida (BRASIL, 1990) elemento relevante para a atuação de demais profissionais nas políticas de saúde.

Ainda, tem como objetivo estudar o processo histórico da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde e suas repercussões, face às atribuições do (a) assistente social. Busca-se, ainda, refletir sobre os desafios e as demandas sócio-institucionais para o exercício profissional no HUGOL no atendimento dos presos.

A perspectiva de análise deste estudo é fundamentada por Yamamoto e Carvalho (1982, p. 86), que esclarece que, há histórico pleito da categoria em “torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos Assistentes Sociais às demandas identificadas no cotidiano”. Procura-se, nesse sentido, conhecer as demandas que a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde coloca para os assistentes sociais em face das atribuições dos assistentes sociais. Os autores utilizados foram (BRAVO, 2009; CERQUEIRA, 1982; COUTO, 2004; BRASIL, 2000; BEHRING E BOSCHETTI, 2011), dentre outros.

2.1 Política Nacional de Humanização (PNH)

O termo humanização vem sendo discutido desde 1950 e o debate se intensifica neste período com a reivindicação da ação feminista com propostas e planejamentos que foram apontando o campo da humanização na modernidade. Segundo Ministério da Saúde (MS) humanização é definido como algo relacionado à valorização dos profissionais e da sociedade, buscando proporcionar a liberdade e autonomia.

Considerando-se que a humanização alcança todos os níveis de atenção à saúde, em 2003 revisado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) deixa seu marco e se inicia a Política Nacional de Humanização que passa atender a toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma política com princípios e diretrizes que empregam a humanização como política transversal, ou seja, nas quais colaboradores e usuários são envolvidos e reconhecidos.

Um dos objetivos da Política Nacional de Humanização é obter a qualidade do atendimento prestado. Evidencia-se que estudos desenvolvidos sobre a humanização dispendo acadêmicos, professores e enfermeiros, traçaram um limite sociável e econômico que abrange o cuidado a saúde sugerida pela Política Nacional de Humanização.

A humanização só tem sentido, quando associada à categoria *emancipação*, pois na medida em que se assegura o compromisso com os *sujeitos sociais*, na particularidade do objeto em questão, o compromisso com os usuários da política de saúde na qualidade dos serviços prestados e viabilização de seus direitos. Apesar de alguns autores reportarem a inviabilidade da *humanização* num espaço contraditório (lutas de classe), onde o Estado Brasileiro no papel da reprodução da *questão social* através das políticas sociais que privilegia uma minoria em forma de Política Pública e que não avança na direção da universalização, historicamente não vêm contribuição para redução das desigualdades sociais (VASCONCELOS, 2009).

Nesse debate, essa autora expõe que:

A busca de humanização das relações no capitalismo é improvável. O fato de, isoladamente, ser possível humanizar relações pessoais, não significa que isso pode resultar na humanização das relações sociais dominantes: relações que tem como base a exploração do homem pelo o homem. Assim, uma prática que objetiva humanizar a organização social capitalista resulta numa pratica conservadora visto que, em última instância, contribui para conservar a ordem vigente (VASCONCELOS, 2009, p. 255).

Daí que, é preciso ampliar as ações residuais para uma proposta de intensa construção da autonomia do ser. Como pode observar pela leitura marxiana, a categoria emancipação vincula-se à liberdade, rompe com 'qualquer forma de tirania' ao instituir relações conscientes e autônomas tanto na particularidade da relação de uma pessoa para com outra, ou seja, 'do mundo humano ao próprio

homem, quanto nas relações macro da ação política, econômica, cultural, mais ampla.

Marx define emancipação enquanto redução do mundo humano ao próprio homem, isto é, enquanto redução dos fundamentos da sociedade em geral às próprias relações humanas, implicando, em particular, no caso do Estado moderno, o traçado dos limites da ação política, opondo-se assim a qualquer forma de tirania, na qual o poder do déspota é limitado apenas por sua própria força, mas também às outras formas clássicas de delimitação que se baseavam em fundamentos transcendentais, religiosos ou não, na medida em que tais limites deviam permanecer no âmbito esboçado pela razão social imanente expressa no direito (COUTINHO, 1997, p.23).

A teoria social de Marx levanta-se como contraponto à perspectiva liberal que limita a interpretação da liberdade às escolhas individuais. Locke, tendo como partida que os homens são naturalmente iguais, conclui que por direito natural todos são livres. Considera, então, que:

Todos os homens se acham naturalmente em estado de perfeita liberdade para ordenar-lhes às ações e regular-lhes as posses e as pessoas conforme acharem conveniente, dentro dos limites da lei da natureza, sem pedir permissão ou depender da vontade de qualquer outro homem (LOCKE, 1984, p.35).

O princípio da liberdade, concomitante a outros princípios estabelecidos no código de ética profissional dos assistentes sociais contribuem para o projeto profissional dos assistentes sociais a um projeto ético-político. Sobre essa temática, é válido ressaltar a reflexão de Netto (2001) que, avalia que o sistema capitalista instaura a sociedade de classes antagônicas; desta forma, os projetos societários que nascem em seu bojo são também projetos de classe. Afirma também que o projeto que concebe a classe burguesa se configura como hegemônico, mas isto não significa a impossibilidade de projetos contrários aos interesses dessa classe. No que se refere aos projetos profissionais, o autor afirma que estes seguem as mudanças sociais e da categoria profissional, assim, estão sempre em movimento. São projetos que

apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos institucionais, e práticos) para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizes de sua relação com os usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas. (NETTO, 2001, p.14).

O projeto profissional prossegue Netto (2001), deve ser elevado por toda a categoria profissional: assistentes sociais em seus relativos campos de exercício

profissional, pesquisadores, docentes, estudantes, organismos corporativos e sindicais. Além de seus aspectos normativos, traduzidos, especialmente como direitos e deveres, este projeto leva também as escolhas teóricas, ideológicas e políticas da categoria profissional.

Ao buscar apreender a realidade em que se captura o objeto em questão do presente trabalho, faz-se necessário redimensionar a política de humanização no HUGOL. Nesse debate está o serviço social que tem por horizonte a garantia dos direitos sociais assegurados na Carta Cidadã de 1988 e que caminha rumo ao Projeto Ético Político e que contribui diretamente com sua efetividade

Por mais que a Secretaria Municipal de Saúde preconize a viabilização da PNH sabe-se que são inúmeros entraves para sua efetivação uma vez que é uma Política transversal segundo o Ministério da Saúde (2005) capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS, entre outros.

Sendo assim, humanizar seria criar ambientes mais acolhedores e mais propícios a uma assistência humanizada, disseminar formação e informação em saúde, criar condições e tornar acessíveis os recursos que possibilitem a autonomia e a participação dos usuários nas decisões (VASCONCELOS, 2011).

Fazer com que esse usuário, trabalhador, profissional, gestor participe do Conselho Local de Saúde, é um desafio na busca incessante da autonomia, liberdade e emancipação bem como conscientizá-lo da importância dessa participação democrática que nos é assegurada a participação social com a lei nº 8.142 que orienta a formação de Conselhos de saúde no âmbito nacional estadual e municipal.

Partindo do princípio da PNH que a Constituição Federal de 1988 prevê o direito e o acesso igualitário, conforme o Artigo 196 a saúde é um direito de todo cidadão e “dever do Estado garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (BRASIL, 1988). A saúde é um bem a ser preservado e pelo qual não há cidadão que não lute ou se envolva por ele (VASCONCELOS, 2011).

O enunciado apresenta o princípio da universalização da saúde, propõe a todas as pessoas sem discriminação de qualquer natureza, o direito a um atendimento que não somente trate a sua doença, mas que ofereça serviços de qualidade e garantia o acesso às condições de vida em todas as dimensões. A

Constituição Federal avança em relação à Organização Mundial de Saúde (OMS) ao assegurar que

o Estado garanta não somente os serviços públicos de promoção relacionados à saúde, mas sua proteção e recuperação, adotando políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se assim, o risco da doença (SOUZA, 2002, p. 85).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é condição de vida, e para o entendimento de saúde como direito, prevista em Lei, deve-se buscar compreender os primórdios da questão social que tem sua base na relação capital e trabalho, no modo de produção capitalista. Ao promover a concentração do capital e a má distribuição de renda, o modo de produção capitalista e suas mazelas, que tem como núcleo o trabalho assalariado, a organização do trabalho, sua regulação e sua desregulamentação (PASTORINI, 2004).

Para intervir nessa realidade, são implantadas as políticas sociais que se referem ao processo de produção da força de trabalho por meio de serviços e benefícios financiados por fundos destinados a estas políticas. Esta produção quando estruturada pelo Estado capitalista, torna-se um mecanismo distributivo de renda ou riqueza socialmente produzida, sob a forma de benefícios, proteção e serviços sem, contudo, afetar as relações de produção capitalista. Teles (1996) em sua análise, esclarece que a política social relaciona-se ao processo de reprodução da força de trabalho por meio de serviços e benefícios financiados por fundos destinados a estas políticas.

Assim, em meio ao avanço do modo de produção capitalista, com a globalização, as novas tecnologias e a flexibilização do trabalho, a *questão social* tem se agravado, e manifestado de uma forma diferenciada, assim, as expressões/manifestações da *questão social* se explicitam por meio de novas demandas de serviços e exigências da contemporaneidade.

Conforme Yasbek (2001, p.33):

falar de questão social é falar da divisão da sociedade em classes e da apropriação desigual da riqueza socialmente gerada. Questão que se reformula e se redefine, mas permanece substancialmente a mesma por se tratar de uma questão estrutural, que não se resolve numa formação econômica social por natureza excludente, questão que na contemporaneidade assume novas configurações e novas formas de enfrentamento.

As novas expressões da *questão social*, determinantes gerados pela questão social surgidos no século XX não foram superados, pelo contrário, permanecem explícitos na sociedade atual (PASTORINI, 2004).

Segundo Yamamoto (2003), *questão social* é o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum a produção social cada vez mais coletiva torna-se o trabalho mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por somente uma parte da sociedade.

Diante destas considerações, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece a promoção da saúde como prioridade no sentido da relevância da participação da sociedade civil da ação interpolítica, definindo-a como “uma soma das ações da população dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigido para o desenvolvimento de melhores condições de saúde e coletividade” (OPAS/OMS, 1994).

A Constituição Federal estabelece, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", mas não existem recursos suficientes para viabilizar esse preceito. Nos últimos anos, em decorrência do avanço do neoliberalismo no Brasil, a rede pública de hospitais federais, estaduais e municipais vem sendo submetida a um processo de deterioração acelerada em virtude dos escassos recursos orçamentários para custeio de procedimentos, operações e novos investimentos, desmotivação do pessoal, falta de medicamentos e materiais e ao aumento da demanda devido à expansão da população urbana e do atendimento aos contingentes rurais antes desassistidos e a população das cidades vizinhas. Importante mencionar também que há falta de investimento na saúde e devido à redução de recursos destinados a essa política e direcionado recursos ao pagamento da dívida pública, somado ao processo de privatização: terceirização, gestão das Organizações sociais tem influenciado diretamente a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

No entanto, o direito à saúde como princípio universal ainda não alcança toda a população brasileira, mesmo havendo uma legislação que o assegure, como é o caso da Constituição Brasileira de 1988, e leis que a regulam, o que se tem delineado muitas vezes, são serviços precários que não atendem a grande demanda da população, existindo uma dualidade na política de saúde, ou seja, uma saúde pública com qualidade muitas vezes precária para a maioria da população e para

uma minoria uma saúde privada de qualidade representada pelos planos privados de saúde.

Ressalta-se que a promoção e atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco das políticas sociais “necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática” (BRASIL, 1993), direito de todo cidadão brasileiro. Para a compreensão do direito à saúde, deve-se analisar o surgimento da política social. Em relação à saúde pública do século XXI a expansão dos fluxos migratórios para os centros urbanos cria adversidades até então inexistentes dentre elas o alastramento de doenças desconhecidas que ao menos, restritas a alguns grupos sociais, atingem não apenas os imigrantes como também os próprios moradores locais.

O termo atual de saúde pública ganha nitidez no Estado liberal burguês em que a assistência pública envolve tanto a assistência social propriamente dita como assistência médica, continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade no qual o Estado deveria se envolver somente se a ação das comunidades locais fosse insuficiente. Relacionado a esta discussão, Faleiros (1991), expõe que a política social é o instrumento por meio do qual se viabilizam os direitos sociais que podem ser observados no Art. 6º da Constituição Federal de 1988, “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

O conjunto de política social exige a participação do Estado no planejamento, execução dos procedimentos e nas metas voltadas para a satisfação das necessidades coletivas (FALEIROS, 1991). Quanto aos direitos sociais conquistados no século XX e referem-se ao atendimento das necessidades humanas básicas, como alimentação, habitação, saúde, educação, “o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança, tendo o direito de participar por completo da herança social e com padrões dignos de sobrevivência” (MARSHALL, 2000, p. 63).

Portanto, sob a perspectiva de desenvolvimento e mudanças, a reforma sanitária se coloca sobre uma reflexão, que traz grandes conquistas como o desenvolvimento da saúde e também desafios a serem superados, como a melhora nos serviços prestados, no entanto, é necessário compreendê-la como um projeto ampliado, articulado a uma estratégia global para a sociedade, que está direcionada à consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro, e ampliação dos

direitos de cidadania e dos direitos sociais.

Pode-se concluir com base nos autores citados nesse capítulo, que o domínio e compreensão do que, efetivamente, significa princípio da liberdade bem como as demandas de políticas de saúde, é algo que se faz necessário na práxis do exercício profissional dos assistentes sociais, surge então a necessidade se entender o processo histórico da Política de Humanização e a contribuição do serviço social.

2.2 Análise da Política Nacional de Humanização e a contribuição do Serviço Social

O termo humanização na política de saúde se deu a partir de influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos¹². Diante desse processo, apenas no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que o tema começa a aparecer nos debates da saúde. Benevides e Passos (2005) identificam que o tema conquistou legitimidade a partir da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 2000, com o título “Acesso, qualidade e Humanização na atenção à saúde com controle social”.

O Conselho nacional de Saúde (CNS) em parceria com o Ministério da Saúde entendendo a responsabilidade de ampliar esse debate e de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização uma política pública de saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização, humanização vem do ato ou efeito de humanizar que é na verdade tornar humano, ou seja, dar condições humanas, tornar benévolo, afável, tratável.

Então na verdade, humanização na saúde é um processo contínuo que envolve todas as atividades das unidades de saúde e das pessoas que nela trabalham procurando dar aos usuários o tratamento que merecem como pessoa humana, o importante é fazer com que o usuário se sinta bem, tanto quanto seu estado de saúde lhe permita (PNH).

Segundo esta política as ações de Humanização/acolhimento vêm responder a uma demanda cada vez mais crescente da população por serviços com qualidade e resolutividade, e que garanta a ampliação do acesso com equidade e a responsabilização por parte dos profissionais proporcionando ações mais

¹² Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu art. 1º afirma: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade".

adequadas. A Administração Democrática e Popular de Goiânia, (2009) por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou o Projeto de Humanização, tendo como ação principal o Acolhimento, a exemplo de outros municípios brasileiros, como uma das estratégias para garantir a efetivação do SUS, conforme estabelecido na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica/1990, seguindo os princípios da universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade, qualidade e responsabilidade.

A tarefa de transformar a realidade passa a ser um desafio de amplitude imensurável para Secretaria municipal de Saúde - SMS, já que a construção histórica dos serviços de saúde pública brasileiros, em especial os do município de Goiânia, foi baseada predominantemente no modelo médico centrado, no clientelismo, na cristalização das relações de poder, e tem se mostrado ineficaz para resolver os problemas de saúde e gerando grande insatisfação por parte dos usuários. A modificação da organização dos serviços e dos processos de trabalho na unidade de saúde se torna necessária para que a equipe, utilizando todo o seu potencial, se responsabilize pela saúde da pessoa que busca atendimento na unidade e assumam uma postura que possa dar a resposta mais adequada a cada usuário. (Projeto de Humanização/ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia).

Conforme estudo é possível refletir que humanização se faz necessária e cabível dentro dos limites do processo de implementação da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O serviço social, em sua gênese busca formular seus valores universais partindo da pessoa humana apreendida como um *ser social* imbuída de uma racionalidade.

Para os neo-biologistas o ser humano é produto, pura e simplesmente da combinatória genética. Defende, ainda, a posição de que humano quer dizer humano, ou seja: biológico, subjetivo e social. “E” soma, múltipla determinação, somos isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo. Não paro de ser biológica quando amo, ou quando me submeto. Contínuo a ser sujeito quando me rebelo as injustiças. Não deixo de ser socialmente produzida no momento do meu ódio mais raivoso. Se esta multiplicidade vale para todos os humanos, vale também para os construtores humanos, que nem no caso dos serviços de saúde, dentre eles os hospitais e unidades de saúde, objetivo do estudo apresentado. Ainda que nos hospitais exista uma ênfase nos processos curativos que operam sobre o corpo (biológico), eles mantêm sua condição de produto social, e de espaço de trocas esquecendo muitas vezes que se trata de seres humanos (CUNHA, 2004).

Nas atribuições dos (as) assistentes sociais estão contidas o respeito com os usuários e compromisso com a qualidade do trabalho prestado. Como resultado de

uma construção coletiva da categoria, na política de saúde pontuam-se as principais atribuições do (a) assistente social nas unidades de saúde:

- No sentido de garantir a qualidade e a continuidade do trabalho realizado pelo Serviço Social, no âmbito da unidade e da rede de saúde, torna-se necessária a participação de assistentes sociais nas equipes interdisciplinares, bem como as equipes de apoio distrital - que orientam e assessoram os profissionais na realização de seu trabalho em articulação e conexão permanente com as demais Coordenações e/ou Equipes da Rede. Nesse sentido, cabe ao Serviço Social:
 - Coordenar o planejamento e a realização das ações do Serviço Social;
 - Empreender e encaminhar, em conjunto com a equipe, o planejamento e implementação de programas e projetos a partir dos estudos, pesquisas e análises realizada no âmbito do Serviço Social;
 - Empreender e encaminhar ações que facilitem e possibilitem o trabalho interdisciplinar;
 - Formular e coordenar estudos e ações objetivando a identificação de recursos materiais (na unidade e na cidade) e institucionais para o atendimento das demandas identificadas. Por meio de estudos e pesquisas, criar mecanismos que mantenham a alimentação constante de um banco de dados de recursos, tarefa que demanda a articulação com as universidades e com o conselho regional de serviço social viabilizando a centralização e potencialização de dados/informações e recursos para estudos e pesquisas;
 - Promover, sistematicamente, reuniões administrativas e de estudos, objetivando o desenvolvimento das atividades e a capacitação dos profissionais de serviço social;
 - Ter disponibilidade para assessorar programas e projetos onde estão inseridos os assistentes sociais e aos profissionais, individualmente e coletivamente, a partir dos seus interesses e necessidades;
 - Empreender mecanismos e ações que incentivem estudos, pesquisas e a produção de conhecimento;
 - Incentivar e criar mecanismos para oportunizar a supervisão de estagiários;
 - Estabelecer contatos/intercâmbios com cursos de serviço social e organismos de representação da categoria profissional, objetivando criar mecanismos de capacitação continuada da equipe de serviço social da secretaria municipal de saúde;
 - Divulgar junto às chefias de serviços/clínicas, a direção e aos Conselhos dados relativos à incidência de situações que interferem no desenvolvimento das ações realizadas pela unidade (por exemplo, pessoas em situação de/na rua, sem domicílio, perdidas, desorientadas e casos como falta de medicamentos emergenciais e de uso contínuo, órteses, próteses, abrigos, casas de apoio, alimentação especial ou não). Objetivar a identificação de estratégias e realização de ações conjuntas na atenção a estas questões;
 - Participar de reuniões junto as Chefias de serviços/clínicas, a direção da unidade e a coordenações de programas, visando manter os assistentes sociais informados sobre as questões referentes a dinâmica, da organização e do planejamento (CRESS,2009).

Se fez necessário para a consolidação do projeto profissional é ter total domínio e compreensão sobre seus princípios e fundamentos centrais. Ou seja, especificamente, no projeto ético-político dos assistentes sociais, apreender o princípio da liberdade. Parte daí a importância de se compreender todo o processo de contribuição do serviço social na Política de Saúde.

2.3 Dilemas éticos no atendimento a presidiários

Numa concepção marxiana a sociedade é um espaço contraditório que comporta uma convivência plural e conflituosa. Esse conflito pode se expressar por meio de violência, furto, roubo, assassinato etc. Essa situação provoca resistência e reação por parte das instituições conforme democráticas.

Conforme prevê a lei de execução penal nº 7.210/1984 e muito além do cumprimento da legislação propõe interromper os ciclos de violência e reconstruir relações sociais afetadas pelo crime, relações que se desenvolvem e se agravam no ambiente do cárcere.

A realidade ao longo dos séculos demonstrou que, se por um lado, tem-se a expectativa de “recuperar” as pessoas presas, com prevalência do fundamento positivista no judiciário brasileiro, por outro, as condições objetivas impostas as pessoas privadas de liberdade, estão longe de oferecer tais condições. As edificações são inadequadas, improvisadas e na maioria dos casos colaborando para o longo encarceramento com práticas de violência tanto entre as pessoas encarceradas como praticadas pelos agentes do Estado.

O crime não existe por si só, trata-se de uma construção social para determinada classe social (FELETTI, 2000). A sociabilidade humana comporta situações objetivas e subjetivas que podem ou não serem aceitas socialmente. Assim, nem o crime, nem a punição é a negação da socialização, mas uma forma de sociabilidade indesejada, prejudicial ao convívio social. As pessoas envolvidas em diferentes crimes, com frequência necessitam dos serviços de saúde como as demais pessoas.

A partir de 1970 com a mundialização do capital a intensificação das desigualdades sociais, com a super exploração do trabalho, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho e a degradação da vida humana, bem como a processo de perda dos direitos conquistados tornou-se terreno fértil para a insegurança vivenciada na (re)produção social e no conjunto das relações sociais, características estas da sociedade capitalista contemporânea marcada pela fragmentação de todas as esferas da vida social, desde a produção, com o afastamento do trabalho, até a destruição dos referenciais que demarcavam a identidade de classe e as formas de luta de classes (CHAUI, 2006, p.324) e o estímulo a vivência fragmentada centrada no presente no aqui e agora sem

passado e sem futuro, marcado pelo individualismo, num contexto marcado pela violência, dá origem a novas formas de comportamento que conforme Chauí, buscam algum controle fantasioso sobre o tempo.

Desta forma, o medo e a insegurança contribuem para o reforço de antigas instituições, em especial a família e grupos como refúgios contra o mundo agressivo, ao retorno de formas autoritárias ou fundamentalistas de religião e a adesão a imagem da autoridade política e forte.

Trata-se, de condições favoráveis a desqualificação da política, condições facilitadas por inúmeros fatores históricos, especialmente as que afetaram sobre as possibilidades reais de organização política da classe-que-vive-do-trabalho como denomina Ricardo Antunes em diversas obras.

A ideologia neoliberal dominante exerce grande influência no enfrentamento das tensões sociais, para manter a ordem social especialmente em momentos de grandes repercussões evidentes das contradições sociais e das lutas de classe. Particularmente em uma sociedade marcada por raízes culturais conservadoras e autoritárias com a brasileira a violência é naturalizada, individualizada, tratada em função de suas consequências e alheias de suas determinações sociais.

O modo de ser adequado a (re) produção das relações sociais burguesas, na contemporaneidade é definido pelas formas de sociabilidade fundada na propriedade privada dos meios de produção e que isso fornece a base fundada na posse privada de objetos. Desta forma, todos os valores provenientes da sociabilidade burguesa, como aqueles pautados no consumo e na competição se apoiam no princípio da propriedade privada, agrupando pessoas como sinônimo de felicidade, liberdade e de realização pessoal. É lógico que os valores vão adquirindo novos significados à medida que a sociedade burguesa vai se desenvolvendo e assumindo novas formas. Tendo isso como base fomenta-se a toda e qualquer momento, o consumismo e tudo que desvie o foco das pessoas para vida pública e para política, quais sejam: questões de ordem pessoal, de autoajuda, problemas sejam eles: familiares, psicológicos dentre muitos outros.

Para Barroco (2011) as formas de controle das tensões sociais e de reprodução do modo de ser necessários à apologia do capital. Vê-se, portanto, que estamos em face de uma cultura claramente conservadora.

Toda essa reflexão feita até aqui foi para demonstrar o destaque:

o neoconservadorismo busca legitimação pela repressão dos trabalhadores ou pela criminalização da pobreza, dos movimentos sociais e da militarização da vida cotidiana. Essas formas de repressão implicam violência contra o outro, e todas são mediadas moralmente, em diferentes graus, na medida em que se objetiva a negação do outro: quando o outro é discriminado lhe é negado o direito de existir como tal ou de existir com as suas diferenças (BARROCO, 2011, s/p).

As pessoas presas ou egressas do sistema prisional brasileiro são discriminados, estigmatizados e em sua grande maioria estão à margem da sociedade capitalista, que por diversos fatores sejam eles devido a motivação dos crimes ou simplesmente por terem passado pelo sistema prisional não conseguem mais viver nesta sociabilidade burguesa.

As pessoas que cumprem pena e pagam sua dívida para com a sociedade, muitas vezes são estigmatizadas como o “outro” que cometeu um crime contra os costumes, o “outro” que cometeu o crime contra a vida, o “outro” que cometeu o crime para poder ter vida, o “outro” que cometeu o crime para sobreviver. absorvidos como mão-de-obra, em virtude da criminalização da pobreza, dos antecedentes criminais, portanto pela própria lógica do sistema capitalista e que por conseguinte não conseguirão sair desse ciclo vicioso tornando-se pessoas que viverão à margem da sociedade.

O sociólogo Marshall (1967) propõe que a cidadania social constitui a ideia fundamental de um *welfare state*. Ele deve envolver a garantia de direitos sociais, pois quando esses direitos adquirem o status legal e prático de direitos, de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho e no mérito implicam uma “desmercadorização” do status dos indivíduos no mercado. Mas, o conceito de cidadania social também envolve estratificação social: o status de cidadão vai competir com a posição de classe das pessoas, e pode mesmo substituí-lo. (GOSTA ESPING-ANDERSEN, 1991).

Desta forma é importante destacar que em todos os aspectos de uma sociedade, seja ela política, econômica, social, cultural estão interligados. Portanto, os diversos tipos de estratificação não podem ser analisados separadamente. Isto significa dizer o prestígio social, o poder político e a capacidade de consumo de luxo, de modo geral, são privilégios dos proprietários dos meios de produção – em outras palavras – das pessoas que detém o capital econômico e também o poder político em uma sociedade burguesa. Trata-se desta forma, de um fenômeno

histórico, pois a formação de sociedades estratificadas socialmente ocorre em função de processos históricos explicáveis dentro de suas próprias lógicas. Assim, não se trata de nenhuma forma de fenômenos “naturais”, fruto de alguma lógica fora do próprio ser humano que se opõem, sob a forma de grupos, no campo do conflito. A estratificação social é divisão da sociedade em classes sociais.

A teoria de Marshall sobre cidadania enfoca os interesses dos grupos e a criação dos direitos de cidadania pelo Estado e sustenta, baseado nos estudos sobre a sociedade inglesa de sua época, e que esses direitos tendem a progredir do âmbito legal para o político, e então para os direitos sociais. Mesmo que muito criticado pelos marxistas, mas não há quem não cite Marshall em algum momento da história quando se fala em cidadania.

Quando um país salta de direitos políticos para direitos sociais ou de participação social, haverá dificuldades para garantir os direitos legais e desenvolver os direitos políticos. A cidadania compreendida na contemporaneidade pressupõe um processo social, em que as pessoas ou grupos se ocupam reivindicando, ampliando ou perdendo direitos. Logo os direitos de cidadania são o resultado de movimentos sociais que objetivam se expandir ou defender a determinado grupo social, à longo prazo esses movimentos fomentaram a universalização dos direitos de cidadania para um número cada vez maior de pessoas.

Os direitos humanos são reconhecidos e legitimados universalmente, sobretudo a partir de 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU, que rege:

Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania (ONU, 2020).

Numa concepção marxista, adotada pelo Serviço Social contemporâneo, a realidade concreta abarca vários focos de tensionamento e contradições. Primeiramente, os direitos humanos conquistados historicamente são legítimos, inquestionáveis e demandam recursos para serem concretizados. A garantia desses direitos é assegurada na legislação o direito à saúde ao preso, assim como a qualquer cidadão também previsto na Carta Cidadã de 1988 em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção e proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, como também é previsto na sessão III da assistência à saúde artigo 14 da lei de execução penal:

A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. § 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1988).

Em segundo lugar, a sociedade está impregnada de elementos culturais e históricos sobre a condição de que, a pena para quem cometeu crime deve “ser punitiva” e “servir de exemplo” para a sociedade, e não uma forma educativa por meio de uma reclusão temporária para garantir a permanência das pessoas que cometem erros na sociedade. A sociabilidade humana é complexa e inclui todas as formas de relações concretizadas, inclusive a reclusão mediante o acometimento de comportamentos que agridem e colocam em risco a vida e a liberdade de outras pessoas. E, em terceiro lugar, ao mesmo tempo em que as pessoas são historicamente responsáveis pelo ambiente social, também se constroem nesse mesmo ambiente, de tal forma que um ambiente “humanizado” pode contribuir com a formação de pessoas com maior empatia, e o ambiente árido, com violência, pode contribuir com a formação de um ser humano mais hostil.

Para Marx (2011), a obra de arte contribui para a criação de um homem sensível capaz de apreciá-la, a concepção norteadora dessa pesquisa em relação à sociabilidade humana, é que, a violência, historicamente direcionada à classe trabalhadora pode fortalecer ímpetos de vingança, tornando a violência insustentável no convívio social. E, ainda, partindo do princípio que é contraditório esperar que alguém aprenda a viver em liberdade estando privado dela, estabelece-se alternativas para contribuir com essa “socialização” em ambiente institucional.

Não há consenso na sociedade civil e mesmo entre gestores e alguns profissionais das instituições envolvidas sobre a concepção e a legitimidade sobre os Direitos Humanos. A contradição está posta, por um lado, muitos movimentos sociais combatem as práticas de criminalização, muitas pessoas pelo mundo lutam diuturnamente contra a desumanização, em confronto com o capital, na resistência

ao avanço das políticas neoliberais, a exemplo do Fórum Social Mundial buscando novos projetos, e de uma nova sociedade. Por outro, ainda ocorrem discursos conservadores e moralistas que são expressos no discurso “bandido bom é bandido morto” numa perspectiva de eliminação de pessoas e não de busca de alternativas de construção de um mundo mais justo e igualitário.

O serviço social tem uma trajetória de adesão a essas lutas. É neste cenário que o conservadorismo tem encontrado espaço para se modernizar, apoiando-se em mitos, incentivando comportamentos autoritários, discriminatórios e atitudes e princípios valorizadoras da hierarquia das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade.

Para contribuir com a ruptura do ciclo de violência, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou em 2003 a Política Nacional de Humanização que se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e por fim o protagonismo dos sujeitos.

O desafio da pesquisa é apreender a metodologia e procedimentos registrados em documentos sobre as ações para garantir a execução da Política de Humanização assegurada pelo Sistema Único de Saúde ao preso que encontra-se escoltado e que temporariamente utilizar-se-á dos serviços de saúde enquanto urgência e que sanada a urgência retornará ao sistema prisional, local este, onde é oferecido conforme prevê a legislação penal brasileira atenção básica de saúde dentro dos presídios e a continuidade na transição do cuidado desde ser humano.

A acessibilidade dos presos aos serviços de saúde existe bem antes da criação da Lei de Execução Penal datada de 1984. Antes deste preso acessar o direito a saúde existente nas prisões existe uma barreira tênue dentro do próprio sistema penitenciário para seu acesso, devido a uma forma diferente de sociabilidade, e conseqüentemente com diferentes normas de convivência reconhecida dentro dos presídios brasileiros o que muitas vezes impossibilita o acesso aos serviços de saúde na sua integralidade. O próximo capítulo apresenta os resultados obtidos em campo.

Ao final deste capítulo, pode-se apreender que os direitos humanos são inerentes à teoria, valores, ética e prática do serviço social. Os direitos correspondentes às necessidades humanas devem ser defendidos e promovidos, e eles incorporam a justificativa e a motivação para a ação do serviço social. A defesa de tais direitos deve, portanto, ser uma parte integrante do trabalho social.

O direitos humanos, historicamente apresenta diferentes concepções, em relação ao serviço social, os direitos humanos devem ser entendidos para além dos direitos individuais, mas como o direito de acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, isto é, gozar dos direitos inerentes ao ser humano, sem distinção.

Historicamente, a ideia de direitos humanos veio do conceito de direitos naturais: as pessoas têm certos direitos simplesmente como indivíduos humanos naturais. O conceito de direitos humanos formou a base das Nações Unidas em 1945, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU) adotada em 1948. Nessa declaração, os direitos humanos são amplamente definidos e simbolizam uma visão mundial de respeito para a humanidade de todas as pessoas (RUIZ, 2014). Assim, política no final do século XX caracterizou-se pelo respeito aos conceitos de direitos humanos.

A pesquisa aborda as ideias contemporâneas de direitos humanos, como justiça e equidade que contribuem para que pessoas desfrutem de dignidade humana, liberdade e respeito.

Os assistentes sociais não podem ignorar o diálogo sobre direitos humanos para que as necessidades humanas sejam atendidas. A integração dos direitos humanos nas políticas e práticas de serviço social é inevitável. Nesse ponto de vista pode-se afirmar que a perspectiva de direitos humanos pode contribuir para o protagonismo trabalho social que aborda principalmente práticas anti-opressivas e promoção de mudanças sociais, políticas e culturais. Uma compreensão dos direitos humanos pode ajudar os assistentes sociais a se conscientizarem da realidade concreta para além dos de fatores individuais, mas também reconhecer a opressão dentro dos sistemas sociais.

CAPÍTULO III – AVANÇOS E DESAFIOS NO ATENDIMENTO OBJETIVO E HUMANIZADO À SAÚDE DA PESSOA PRESO ATENDIDA NO HUGOL

O relato e análise sobre o atendimento humanizado é expresso com base em pesquisa documental sem exposição da identidade das pessoas presas, mas na forma e em procedimento dos atendimentos que envolveu o traslado e a permanência dessas pessoas no hospital.

A garantia de anonimato foi pautada por questão ética e legal – dado que o prontuário do paciente foi resguardado a proteção e o sigilo, desta forma serão apresentados, as situações sem a identificação dos indivíduos presos envolvidos na pesquisa documental, assim como a toda equipe assistencial, a análise e tratamento do material coletado demonstrado, serão por meio de tabelas e análise textual.

3.1 Interdisciplinariedade no atendimento ao preso em unidade de saúde

De acordo com Ribeiro (2003) a assistência à saúde do preso deve ter um caráter preventivo e curativo incluindo atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

Conforme o art. 14 da Lei de Execução Penal, a Direção do estabelecimento autorizará o atendimento necessário e adequado em outro local quando a unidade não estiver devidamente capacitada para prestar tal atendimento. As Regras Mínimas do Tratamento do Preso no Brasil em seu Cap. VII, Art. 15 a 209 preconiza sobre tal assistência, como: enfermaria, material clínico e instrumentos adequados, produtos farmacêuticos e odontológicos, dependências para observação psiquiátrica e de toxicômanos, isolamento para doenças infecto-contagiosas, exame médico obrigatório quando o preso ingressar no estabelecimento, e, posteriormente se necessário, fazer a avaliação física e mental para atividades laborativas. Ter assistências de médico clínico e psiquiatra, sendo este último membro de composição da Comissão Técnica de Classificação.

Na visão de Coimbra (2015) ao contrário do que se possa imaginar, a Interdisciplinaridade:

[...] não é invenção do século XXI, tal conceito existe desde a antiguidade clássica, quando as ciências não eram fragmentadas em disciplinas. Desse modo, havia mais diálogos e ligações entre os diferentes saberes, o que facilitava o aprendizado. Tal método continuou até o século XIX, quando dá o surgimento das Universidades modernas, e então, as ciências passam a ser fragmentadas em disciplinas, de modo que cada uma dessas disciplinas passa a ser vista como uma matéria que deverá ser ensinada.

Com o passar dos anos e, conseqüentemente, com o desenvolvimento do conhecimento e da própria ciência, passamos a conceber disciplina como sinônimo de ciência.

Acerca do atendimento do preso na rede de saúde, está contido no artigo 14 da seção III da LEP, justamente acerca da Assistência à Saúde, consta que: “A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” “Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.” (BRASIL, 1994).

Assim, no Brasil a LEP, de 1984 e o PNSSP, de 2003, a Constituição Federal de 1988 e as Leis nos 8.080 e 8.142, ambas de 1990, consagraram a máxima de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, respectivamente instituindo e normatizando o SUS no Brasil. Concebido como uma garantia da universalização do atendimento público em saúde no país, o SUS é regido pelas seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III – participação da comunidade (BRASIL, 2010).

No aspecto acerca da oferta da rede de atendimento ao preso, em relação às ações do elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional, prevê-se ações relativas a: 1. saúde bucal; 2. saúde da mulher; 3. DST/HIV/aids; 4. hepatites; 5. saúde mental; 6. tuberculose; 7. hipertensão e diabetes; 8. hanseníase; 9. aquisição e controle de medicamentos; 10. imunizações; e 11. exames laboratoriais. Já em relação às ações de promoção em saúde, prevê-se: 1. alimentação adequada; 2. atividades físicas; 3. condições de salubridade; e 4. atividades laborais (BRASIL, 2010).

3.2 Procedimento metodológico e conhecimento de realidade do Hugol

O Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) é uma unidade de saúde de alta e média complexidade em urgência e emergência, com foco em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O hospital é habilitado como Centro de

Referência em Assistência a Queimados de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e é referência no atendimento pediátrico a vítimas de traumas. É, ainda, um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, com banco de sangue próprio¹³.

Inaugurado em 2015, a unidade possui uma estrutura física de 71.165 metros quadrados. Além do atendimento médico, a unidade promove ações junto à sociedade, com projetos como HUGOL na Comunidade e HUGOL nas Escolas.

Em 42 meses, de julho de 2015 a dezembro de 2018, o HUGOL realizou mais de 6,9 milhões de procedimentos, dentre urgência e emergência, internações, ambulatório e equipe multidisciplinar (5.004.548), procedimentos cirúrgicos (54.674), exames (1.867.326), transfusões (36.742) e coletas de sangue (30.636).

O cuidado dedicado às vidas foi avaliado pelos usuários com 97% de satisfação, refletindo a filosofia de trabalho voltada à humanização do atendimento e, acima de tudo, à resolutividade, com qualidade e segurança para os pacientes. Em relação à origem dos pacientes, 59% são moradores de Goiânia, principalmente da Região Noroeste, e 40% de outros municípios de Goiás. Além disso, 1% dos atendimentos foram dedicados a pacientes de outros Estados, denotando a representatividade que o hospital tem obtido no âmbito nacional.

O objeto de pesquisa, pela sua natureza e concepção da pesquisadora requer uma pesquisa qualitativa e quantitativa, pautada em estudo documental, sobretudo as fichas dos pacientes escoltados obtidas, por meio do sistema de internação, assim as como as notificações compulsórias conforme prevê a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, os registros do sistema de regulação para a autorização e transferência hospitalar (AIH) externa, por se tratar de unidade de saúde que não possui carceragem.

Conforme muito bem pontuado por Minayo (2012, p. 79-80), “a análise e a interpretação dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa não terem como finalidade contar opinião”, nesta pesquisa, a exploração é sobre os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde e demais profissionais que participam do acompanhamento da pessoa presa para verificar se atendem a Política Nacional de Humanização (PNH) existente desde 2003 para efetivar os princípios previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista as principais diretrizes do Humaniza SUS que versam sobre o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários. Não há,

¹³ Informações retiradas do site (www.saude.go.gov.br)

portanto, a exposição da situação das pessoas internadas ou crimes cometidos A sistematização dos dados estatísticos cabe uma análise contextualizada dos dados.

É mister, sem dúvidas, distinguir, formalmente, o método de exposição do método de pesquisa. A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferenças forma de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho, é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção a priori (MARX, 1982, p. 16).

O método marxista garante condições para captura e análise da realidade concreta e suas múltiplas determinações. Assim o tipo de estudo será documental, de abordagem qualitativa, como mencionado anteriormente, em vez de “público-alvo da pesquisa”, esta pesquisa aborda uma situação problema sobre as condições em que ocorre o atendimento à saúde das pessoas presas conduzidas por escoltas policiais no HUGOL em 2019. Os “Critérios de Exclusão” são os atendimentos às pessoas não escoltadas nesse mesmo período. O local do estudo é o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).

A coleta de dados consiste em agrupamento, sistematização e análise de conteúdos documentais, como instrumentais: o prontuário, notificações compulsórias. Para garantir e preservar a identidade das pessoas presa a pesquisa foi documental, isto é análise de prontuários. Tais pessoas em determinado momento durante hospitalização fora atendida pelo serviço social, sejam eles como atendimento ao próprio preso, mediação com a família para comunicação efetiva com a equipe assistencial e ou articulação com a rede SUS/SUAS como ações efetivas de humanização em saúde do HUGOL. Portanto, fontes secundárias, documentais sem exposição da identidade das pessoas, mas da forma e procedimento dos atendimentos que envolve o traslado e a permanência dessas pessoas no hospital.

Os resultados: A garantia de anonimato, pautada por questão ética e legal – dado que o prontuário do paciente é resguardada a proteção e o sigilo, desta forma serão apresentados, as situações sem a identificação das pessoas presas envolvidas na pesquisa documental, assim como a toda equipe assistencial, a análise e tratamento do material coletado demonstrado, serão por meio de tabelas e análise textual.

Análise dos dados: pesquisa documental, por meio da análise sobre o tratamento humanizado e de que forma ele aparece, através de indicadores como

condição de permanência, o preparo para alta segura e qualificada, assim como outros demais fatores para além das questões clínicas e especialmente no que concerne na articulação com a rede e a atenção e continuação do cuidado no pós alta, seja ele para o HUGO onde há carceragem, ou para o retorno ao cárcere. Conforme orientação das pendências do projeto quando submetido a Plataforma Brasil, no que se refere aos aspectos éticos:

3.3 Direitos humanos, um olhar além dos muros: sistema prisional de Goiás

Vivenciamos processos e mudanças em nossa atualidade voltadas às transformações e inovações tanto tecnológicas e mercadológicas, quanto humanistas. Reflexos e rupturas de promoção de mudanças de paradigmas que ocorreram no decorrer de nossa própria história, refletidas na contemporaneidade em características mundiais apoiadas pela ótica da globalização, dinâmica esta entendida como nova e complexa.

Trata-se então de um momento que nos revela uma dinâmica de correlações entre as nações e os povos do mundo todo, resultando na concentração de riquezas e poderes, onde os países mais ricos (poderosos) dominam os menos favorecidos (mais pobres), ou seja, os menos afortunados. Essa força é proveniente do próprio mercado e a política e os fatores econômicos ditam as regras deste jogo, onde tal influência na maioria das vezes fomenta as desigualdades e a exclusão social, comprometendo elementos básicos da justiça e da paz mundial.

No Brasil, como na maioria dos países latino-americanos, a temática dos direitos humanos adquiriu elevada significação histórica, como resposta à extensão das formas de violência social e política, vivenciadas nas décadas de 1960 e 1970. No entanto, persiste no contexto de redemocratização a grave herança das violações rotineiras nas questões sociais, impondo-se, como imperativo, romper com a cultura oligárquica que preserva os padrões de reprodução da desigualdade e da violência institucionalizada (PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO E DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 22).

Em nossa contemporaneidade nos é revelado aspectos inquietantes no aspecto das violações de direitos humanos, tanto nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos, gerenciais, territoriais, físico-individuais, de gênero, de origem sexual, de nacionalidade, de opção política, em suma, um amplo universo de preconceitos e processos de interiorização provida intencionalmente, gratuitamente, de forma a atingir o outro simplesmente pelo prazer de disseminar o

ódio, o horror, o caos perante os vitimados desse contexto discriminatório, mesmo nas sociedades consideradas historicamente mais receptivas com as supostas diferenças, em especial nos casos de aceitação de refugiados, imigrantes e exilados em todo o mundo.

Um exemplo claro desta dicotomia são alguns países da Europa que não aceitam a entrada destas pessoas em seus territórios, como é também o caso dos Estados Unidos da América, construindo um muro divisa com o México no intuito de criar barreiras, agora física e estruturada, para impedir a entrada de estrangeiros indesejáveis em seu território, criando assim, inúmeros traumas naquelas populações. Além da promoção da fome, do aniquilamento de muitos seres humanos no percurso dessa busca de melhorias, seja nas travessias via mar, terra, ar, e rios, tais barreiras e pensamentos conservadores, podem levar a uma impossibilidade de empatia entre os grupos, promovendo assim o distanciamento entre as partes, gerando direta ou indiretamente inúmeros conflitos existenciais nos homens.

Mesmo com todos esses problemas e conflitos existentes entre os poderes, onde a classe dominante se sobrepõe à classe trabalhadora, a sistemática da existência dessa globalização paradoxalmente abriu novas perspectivas para o reconhecimento dos direitos humanos pelos diversos núcleos e associações sócio-culturais e políticos. Diante de tais resistências, a própria classe dominante tende a salvaguardar alguns direitos resultando uma série de fatores de proteção aos menos favorecidos e discriminados e historicamente menosprezados e vulneráveis, como exemplos mais pontuais, as mulheres, os negros, os povos indígenas, idosos, crianças, pessoas com necessidades especiais, grupos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis (LGBT's), entre outras variações etc.

Ao longo da história, em todo o mundo, pessoas e organizações travaram lutas na defesa dos direitos das classes oprimidas como forma de resistência ao sistema capitalista e à hegemonia ocidental e suas diversas formas de dominação. Estas lutas assumiram, com o passar do tempo, discursos não hegemônicos de Direitos Humanos e permitiram uma abertura para o acontecimento de diálogos interculturais sobre esta temática (ALMEIDA; REIS, 2018, p. 48).

No Brasil desde os anos 1980 e 1990, o debate sobre Direitos Humanos, juntamente com a formação da cidadania e democratização brasileira vem sendo construída passo a passo e alcançando cada vez mais notoriedade em nossa sociedade civil organizada, mesmo com todas as barreiras existentes, tais dinâmicas

em prol desta demanda e ideologia de salvaguarda destes direitos e deveres, vem se estruturando baseadas em inúmeras ações e reações populares criando e desenvolvendo políticas públicas voltadas para tais finalidades, tanto nacionalmente como influenciando a nível internacional, por intermédio de proposituras populares, governamentais e não governamentais.

Ao pensarmos sobre como agir de maneira representativa, revela-nos o entendimento de sistemáticas e direcionamentos da construção da cidadania, e como ativar requer, necessariamente, a unificação e a formação de indivíduos (cidadãos) autônomos, livres, criativos e conscientes de seus direitos e deveres, que lutem pelos seus ideais, senso de justiça e protagonistas de uma materialidade que demonstre normas e pactos que possam regulamentar, englobando a solidariedade entre todos, sejam estes de caráter grupal, local, regional, territorial, geográfico, nacional, internacional, global, provedores de ações e compromissadas com outros povos e nações.

Outro aspecto de suma importância para esta estruturação e confirmação do ser cidadão é o fator da existência real da educação, onde os direitos humanos possam ser valorizados e respeitados, como metodologia indispensável para realização e efetivação de outros direitos, respeitando todas as diferenças, de maneira multicultural e diversificada, ou seja, constituição de processos amplos e legítimos que ocorram no universo geral da sociedade, visando o ganho da ampliação da importância quando direcionada ao pleno desenvolvimento humano, e demonstração das suas potencialidades e da elevação e motivação da autoestima dos grupos socialmente excluídos, de maneira a influenciar positivamente a efetivação da cidadania plena, para que haja a construção de aprendizados e geração de conhecimento com base na comunicação, diálogo e informação.

Os conceitos de liberdade e igualdade propostos pelos Direitos Humanos passaram a significar um caminho para a emancipação. Entretanto, a primazia dada por diversos Estados liberais aos direitos civis e políticos, em detrimento dos direitos econômicos, sociais e culturais significou, para muitas pessoas, a transformação dos Direitos Humanos em um instrumento de dominação (ALMEIDA; REIS, 2018, p. 23)

Assim, através da Lei 9.394/1996 - LDB, que estabelece que educar através dos direitos humanos é fomentar práticas educativas inspiradas nos princípios da liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tendo como finalidade o pleno

desenvolvimento do educando e seu preparo para o exercício da cidadania e de sua promoção da qualificação para o trabalho.

O Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH) é fruto do compromisso da Federação Brasileira, visando a concretização dos direitos humanos e uma construção de caráter histórico da sociedade civil organizada. Cada imersão das questões do Programa Nacional de Direitos Humanos, o PNEDH incorporava influências positivas dos aspectos dos principais documentos internacionais relacionados aos direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário destes direcionamentos jurídicos e legais internacionais, que agregam demandas antigas e atuais de nossa realidade social, no viés das práticas de efetivação da democracia, e do desenvolvimento da justiça social, e pela construção e realização de uma “cultura da paz”. Embora o termo “cultura da paz” esteja em evidencia, trata-se de uma ideologia que nega a luta de classe.

O Brasil tem como princípios a afirmação dos direitos humanos, que são distribuídos em: a) Universais; b) Individuais e, c) Interdependentes.

Desta maneira para que a concretização destes princípios ocorra de fato, toda a política pública deve considerá-los na perspectiva da construção de uma sociedade baseada na promoção da igualdade de oportunidades (equidade), o respeito à diversidade, na consolidação de uma cultura democrática e cidadã (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

Assim a Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, conhecida popularmente como Constituição Cidadã, tem o compromisso maior de promover educação de qualidade, gratuita para todos, entendida como prerrogativa do direito humano essencial para promoção da formação e evolução do ser cidadão. Trata-se de um dever governamental em regimes democráticos, garantir a educação das pessoas com necessidades especiais, a profissionalização de jovens e adultos, a erradicação do analfabetismo e a valorização dos profissionais educadores, cuidando da qualidade da formação inicial e continuada, direcionadas por eixos estruturantes, tais como o conhecimento e a consolidação dos direitos humanos.

Estatisticamente foi realizado pelo instituto IPSOS, em abril de 2018, pesquisa popular que aponta que 66% dos brasileiros acreditam que os direitos humanos protegem mais os bandidos do que as vítimas. Já na Região Norte uma das regiões estatisticamente mais ranqueada nos dados de violência essa

percepção chega ao nível de 79%, demonstrando a insatisfação generalizada das pessoas com o poder público no quesito referente à segurança pública em especial. Segundo o próprio instituto de avaliação e pesquisa, 54% dos brasileiros concordam com a frase “os direitos humanos não defendem pessoas como eu”, demonstrando novamente na prática, que o descrédito é superior à média, tratando-se de uma falha enorme ao acesso aos direitos humanos, gerando assim uma distorção em seu conceito básico de “UNIVERSALIZAÇÃO”.

No Brasil, fica claro que tais direitos ainda não são uma unanimidade, ou seja, uma concretude na vida de cada cidadão, não os alcança como deve deixando lacunas sociais. É importante salientar neste momento que numa sociedade desigual, onde os direitos de todos são negados, ou não são devidamente alcançados de maneira universal, ou seja, para todos e todas criam-se dúvidas, rupturas, indagações sobre a efetiva clareza destas leis para com a proteção do povo, em especial o comum ou o mais vulnerável (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

Uma sociedade desigual gera desiguais, em que os direitos não são usufruídos por todos, quase sempre são para privilegiados, que em sua maioria é uma população branca, urbana, de classe média alta, concentrada em grande parte na região sudeste e sul do país. Tais definições em relação à temática geram conclusões falsas. É necessário ficar atento para não fomentar mais preconceitos e ódio contra o próximo.

Nota-se que nos últimos anos, em especial no Brasil, essa falta de compreensão associada a recentes ataques por parte de líderes autoritários ou grupos que defendem a “maioria” tendem a alimentar a noção errônea de que os defensores dos direitos humanos defendem apenas as “minorias” ou aqui no Brasil, os bandidos, malfeitores, políticos, ladrões, corruptos e o povo de bem, trabalhador ficam fora desta lista que engloba a proteção ao ser cidadão via Direitos Humanos (GOFFMAN, 1961).

Em conformidade com a história do Brasil, fica evidente a omissão perante as classes menos favorecidas, pois o Brasil percorreu quase 500 anos da sua história sem punir atos de racismo, muito tempo depois tipificado como crime. Tais ações só vieram ocorrer recentemente com o advento da Constituição de 1988, cuja lei foi adotada em 1989. Somente em 1997 que a tortura passou a integrar os temas da nossa Constituição. Imagina-se então mais de meio século de omissão e olhos fechados para tantos horrores, e impunidades que já ocorreram neste país.

Atualmente em passos lentos busca-se redimir destas e outras condutas grotescas da desvalorização do próximo, como peças de poder, manobra e riqueza etc.

Somos informados diariamente por multimídias variadas, via noticiários, sobre assuntos referentes à superlotação e violência presentes no universo penitenciário tanto em Goiás como nas demais localidades territoriais do Brasil, desde as menores cidades até as grandes metrópoles. Trata-se então de um fato consumado que à priori transparece sem uma solução prévia (GOFFMAN, 1961).

Tantas informações sobre o assunto só confirmam dados com características consideradas alarmantes, pois o Brasil atualmente assume o terceiro lugar mundial em população carcerária em situação considerada crítica. A fim de justificar tais informações foi apresentado um relatório no ano de 2018, difundido pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) alegando que a taxa de ocupação carcerária chega a 200%. Situação que direciona a múltiplas reflexões e discussões sobre tais particularidades que geram crises sem precedentes, tanto em nível político como também de gestão pública.

Tais estudiosos e especialistas desta área do conhecimento humano sobre segurança prisional ou carcerária brasileira, nos revela um sistema que infelizmente encontra-se desajustado, ou seja, em total desequilíbrio. Tais estudos, pesquisas e discussões só refletem uma realidade frágil e explosiva a ponto do caos total. Nota-se então, que a falta de planejamento, de políticas reais e gestão pública eficientes são propulsores desta desestruturação, salvo raras exceções. São situações persistentes onde estes problemas antigos e recorrentes.

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) declara estatisticamente, através de dados de estudos, análises e pesquisas realizados durante os anos de 2006 a 2016, que a população carcerária vem crescendo gradativamente de maneira desproporcional aos investimentos necessários para suprir tais distinções, passando de um total de 401,2 mil para 726,7 mil indivíduos presos.

Com a falta de aplicabilidade de programas eficientes, que possam gerar uma efetividade, onde o imediatismo torna-se predominante, faltam ações pontuais, sobre o assunto, planejamento, políticas e uma gestão pública em prol do saneamento de falhas e lacunas dos setores da segurança pública em geral, tanto internamente, como externamente, desenvolvendo metodologias em especial de prevenção do

fomento da formação desta criminalidade em especial entre os jovens (GOFFMAN, 1961).

Fica nítido que tais problemas envolvem especialmente a falta de políticas e de gestão pública específicas para sanar déficits e pendências dos setores voltados única e exclusivamente à segurança pública em todos os ramos e demais subdivisões, ou seja, como um todo, desde a base através da prevenção à superlotação carcerária. Tais crises são evidenciadas pela ineficiência, condições de reabilitação e ressocialização deste indivíduo em especial pós-carceragem, má aplicabilidade dos recursos, como a falta de um controle e qualificação dos serviços oferecidos dentro e fora destas penitenciárias, trata-se de algo bem mais amplo, pois devem ser pensados como um sistema em conjunto, que possa conviver em harmonia, ou que evite tais desequilíbrios que geram rebeliões e o caos que acabam refletindo na sociedade como um todo de maneira tão negativa e desproporcional (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

A maioria dos presos são homens, jovens, negros, com baixo nível educacional e que em sua grande maioria não completaram o ensino fundamental.

A gestão como uma área primitiva da administração deve proporcionar mudanças demonstrando um maior conhecimento e um melhor apoio técnico, uma análise bem mais aprofundada e planejada destes problemas, criando mapas situacionais que detectem os problemas ou lacunas gerenciais, tanto do fomento, quanto da administração, diminuindo os entraves burocráticos, provendo protocolos disciplinares que respeitem de fato os direitos humanos, que o preso tenha sua dignidade garantida, sendo que todas dinâmicas fossem integradas entre todos os agentes da segurança, com cadeias, limpas, organizadas, sem que haja superlotação, que existam dinâmicas de trabalho, lazer e estudo, ou seja, que siga de fato as orientações constitucionais, a lei de execução penal, de fato não paliativamente como estão presentes em nossa atualidade.

Ações em prol de um sistema carcerário mais digno e respeitoso:

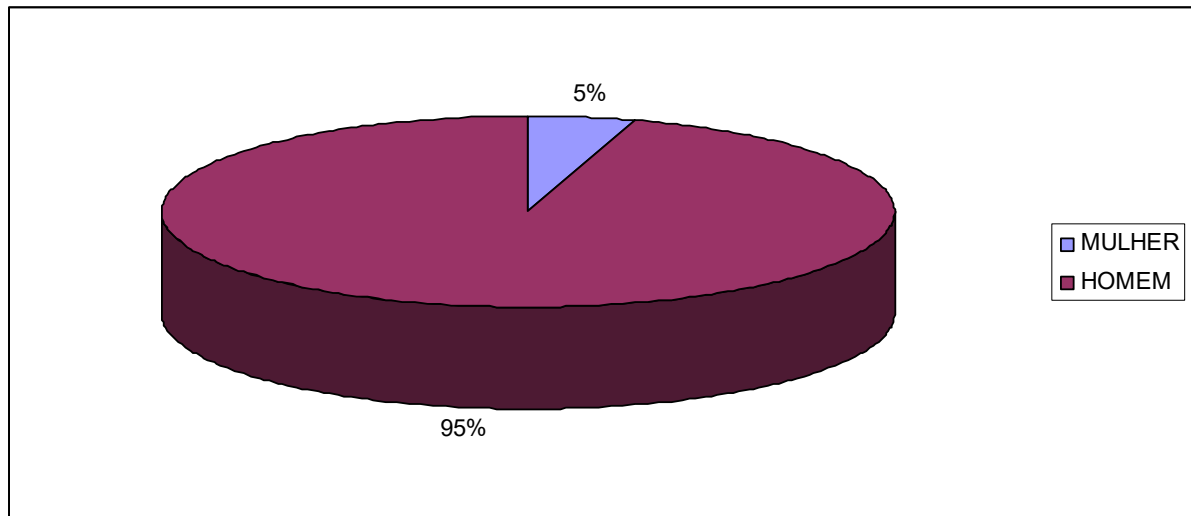
- Torna-se necessário criar polícias e gestões públicas pertinentes às inúmeras ramificações da segurança pública em geral em prol de um bem estar e do bem comum de toda a sociedade;
- Desenvolver políticas e gestões públicas que forneçam a viabilidade necessária para a diminuição do encarceramento das pessoas em todas as camadas ou atividades de realização e aplicabilidade de atos criminosos,

desde um delito leve ao mais aterrorizante dos crimes ambos tendo um julgamento justo e pertinente à gravidade do delito;

- Prover mecanismos que inibem o abandono escolar, visando criar políticas públicas específicas para munir a diminuição da criminalidade, visando uma fomentar a formação efetiva deste cidadão de maneira consciente, para a vida e para o trabalho de maneira digna, respeitosa, provida de direitos e deveres dentro de uma estrutura societária salutar, com oportunidades, de crescimento e de sonhos presentes e futuros. Estatisticamente é comprovado que a cada jovem que permanece na escola há uma diminuição de 10% a chance deste de se tornar um futuro criminoso.
- Criar oportunidades no mercado e na educação formal, tanto do estudo quanto do trabalho. Outro dado estatístico alega que a maioria dos encarcerados encontravam-se desempregados no ato de sua prisão, ou seja, é muito rara a prisão de alguém com carteira assinada. Assim, torna-se necessário a promoção e efetivação do trabalho em especial para os jovens ou aqueles que se encontram em fase produtiva independentemente, de cor, gênero, etnia, classe social.

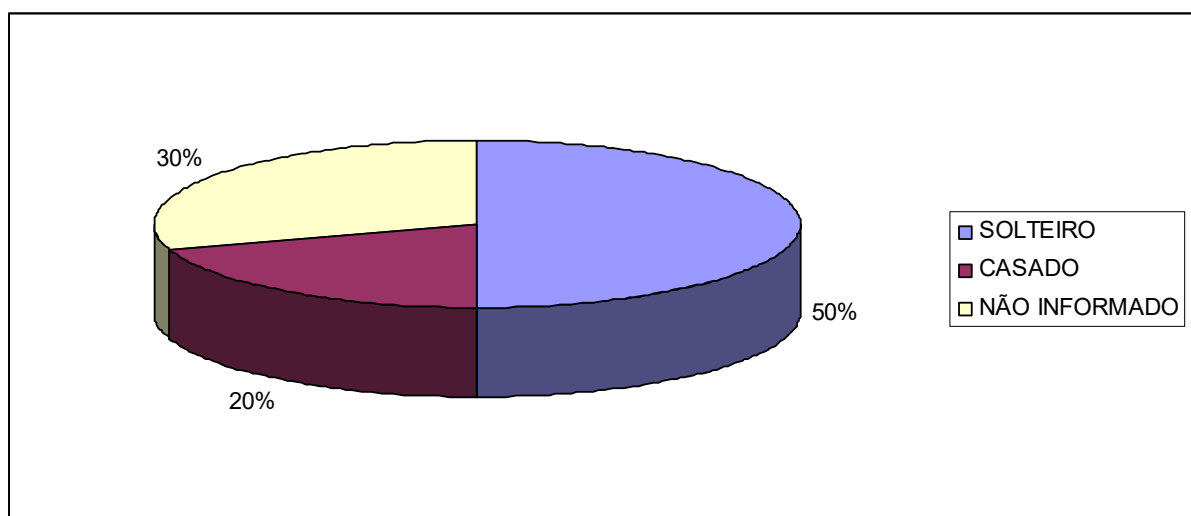
3.4 Perfil dos presos atendidos no HUGOL

Na coleta de dados foram analisados alguns dados sociodemográficos, e concluiu-se que: 95% são do sexo masculino e apenas 5% foi do sexo feminino. Evidenciando assim, como o perfil nacional, de que são mais homens em que estão no sistema carcerário brasileiro. Essa constatação é coerente com a cultura patriarcal em que os homens devem procurar meios de subsistência a qualquer custo “com valentia” e “atrevimento”, enquanto a mulher, muitas vezes procura alternativas junto aos familiares e conhecidos por meio de trabalhos domésticos e ajuda mútua. Durante o contato com as mulheres em cumprimento de pena, um número significativo se envolveu em tráfico de drogas motivadas pelos companheiros.

Gráfico 1 – Gênero dos sujeitos.

No Gráfico 2, apresenta-se as informações do estado civil, em que 50% são casados, 30% não foi informado e 20% são solteiros.

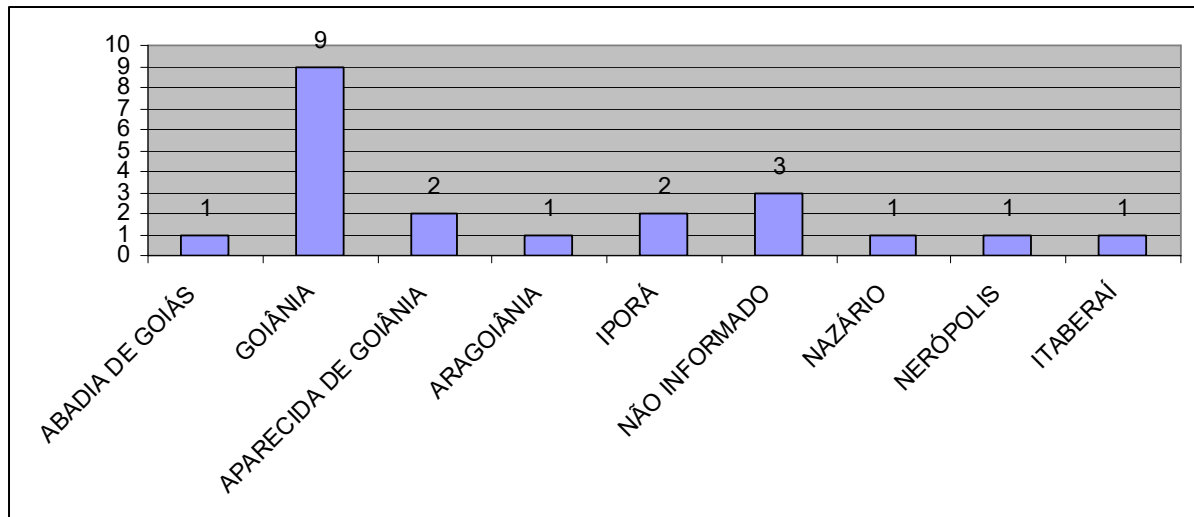
Em relação ao estado civil, não há esclarecimento em relação à responsabilidade familiar, o fato de serem solteiros, em alguns casos, não os exime de responsabilidade juntos aos pais e irmãos. Por outro lado, o fato de serem casados não é determinante a responsabilidade familiar. A pesquisa não se estendeu nessa direção por não fazer parte do objeto de estudo a as relações familiares mas sim as condições de internação dessas pessoas.

Gráfico 2 – Estado civil

Acerca da cidade de origem, 9 foram de Goiânia, 2 de Aparecida de Goiânia e 2 de Iporá, os demais representaram Abadia de Goiás, Aragoiânia, Nazário,

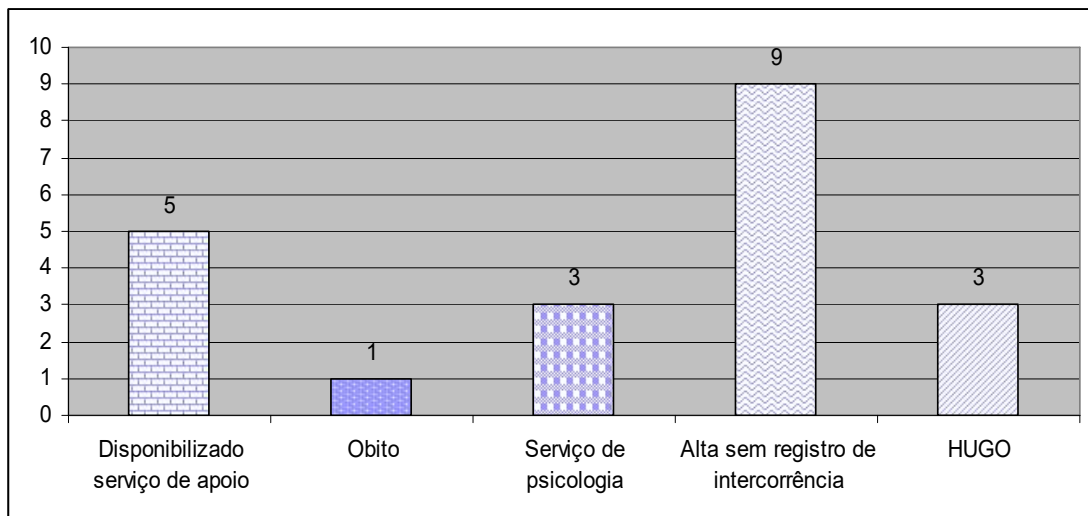
Nerópolis, Itaberaí e 3 não foram informados. Embora tenha uma diversidade de locais de nascimento, metade dessas pessoas realmente são goianas.

Gráfico 3 – Cidade de origem.



Apreende-se que, ao analisar os encaminhamentos, são sanadas as demandas pertinentes a urgência e emergência. Quando não há pendências que impossibilitam a desospitalização têm-se o que denominamos serviços e apoio do serviço social. Os casos em que há encaminhamento para acompanhamento com o serviço de psicologia no pós alta, são aqueles em que envolvem pacientes dependentes químicos que durante a hospitalização todas as equipes são orientadas a sensibilização quanto ao tratamento para uso e abuso de álcool e ser realizado via Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em que é feito o encaminhamento via contrarreferência no escopo do SUS, as transferências para o HUGO ocorrem visto que o hospital não tem carceragem logo na internação o Núcleo Interno de Regulação (NIR) têm a ciência da hospitalização e tão logo haja vaga o paciente preso é transferido para carceragem do HUGO.

De acordo com o Gráfico 4, observa-se os encaminhamentos da equipe multiprofissional, notando que a maioria foi de alta hospitalar sem registro de intercorrência; 5 foram encaminhados ao serviço de apoio; 3 ao serviço de psicologia; 3 encaminhados para o HUGO e houve um óbito.

Gráfico 4 – Tempo de hospitalização e encaminhados ao HUGO.

As famílias das pessoas escoltadas foram atendidas em sua grande maioria pelo serviço social na mediação de informação clínicas, na articulação ao solicitar a presença seja para repassar os encaminhamento ou até para a otimização da alta para o município de origem de preso o que não faz distinção com os demais pacientes são garantidos o atendimento digno a todos e são atentadas as especificidades desde público, pois estão sob a tutela do Estado, por isso é possível apreender que alguns casos por exemplo não foi possível a família visita-lo durante a hospitalização, pois esta autorização não cabe ao hospital e sim ao sistema prisional.

3.5 Desfecho da análise das condições objetivas do trabalho humanizado no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL)

Os dados da pesquisa se referem ao ano de 2019, e somaram um total de 21 escoltados. Constam o primeiro e último registro de atendimento das equipes de enfermagem e médica. Quanto aos atendimentos do Serviço Social estão na integra. Há um caso em que consta o registro da psicologia, pois trata-se de paciente que engoliu objetos perfurocortantes - assemelhou-se a tentativa de suicídio por isso o relato.

No Quadro 2, são apresentadas as informações relacionadas à demanda e ao desfecho dos atendimentos e acolhimentos.

Apreende-se que ao analisar os encaminhamentos são sanadas as demandas pertinentes a urgência e emergência quando não há pendências que impossibilita a desospitalização têm-se o que denominamos ao serviços e apoio, ou seja disponibilizado os serviços e apoio do serviço social, nos casos em que há encaminhamento para acompanhamento com o serviço de psicologia no pós alta tratam-se de casos de pacientes dependentes químicos que durante a hospitalização todas a equipes são orientadas a sensibilização quanto ao tratamento para uso e abuso de álcool e ser realizado via Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em que é feito o encaminhamento via contrarreferência no escopo do SUS, as transferências para o HUGO ocorrem visto que o hospital não tem carceragem logo na internação o Núcleo Interno de Regulação – NIR têm a ciência da hospitalização e tão logo haja vaga o paciente preso é transferido para carceragem do HUGO.

Quadro 2: Demanda e encaminhamento do Serviço Social.

PACIENTE	DEMANDA CLÍNICA	EVOLUÇÃO/ALTA	CONDUTA SERVIÇO SOCIAL	ENCAMINHAMENTOS
1	<p>Recebo paciente no box de emergência, sem regulação, proveniente de Goiânia, trazido pela CBM-GO, politrauma (moto x caminhão) com fratura exposta de MID, apresenta sinais de embriaguez, chega em protocolo de trauma, nega perda de consciência no local. queixa dor em MID.</p>	<p>Paciente com historia de acidente motociclistico resultou em HD: fratura exposta diafisária de ossos da perna dir. (gustillo 2) - 42a3 7° po controle de danos com fixador externo biplanar de perna d 2° po him paciente nega queixas, nega dispneia, nega dor toracica, nega cefaléia; paciente já estava deambulando sozinha antes de quaisquer orientações. ap depressão uso de drogas ilícitas.</p>	<p>Conforme solicitado pela enfermagem feito contato com familiar para solicitar presença de acompanhante à paciente durante internação nesta instituição. Genitora refere que um dos filhos da paciente virá realizar o acompanhamento familiar procedente de Nazário – GO enfermagem ciente. Devolutiva realizada no leito disponibilizado os serviços e apoio do setor feito as orientações pertinentes quanto a efetivação de alta segura, qualificada e humanizada. Reforço na importância da continuidade do tratamento ambulatorial com retornos clínicos e terapêuticos e justificativa de faltas junto ao ambulatório (se for ao caso). aguardando entrega de prescrições e relatório pelo médico assistente feito orientações quanto a solicitação de cópia de prontuário e exames junto a recepção de ambulatório sanada as dúvidas existentes no momento.</p>	<p>Feitos os agradecimentos finais e disponibilizado os serviços e apoio do setor.</p>
2	<p>Recebo paciente no box de emergência, trazido pelos bombeiros de via publica: vitima de agressão física: PAF em tórax direito, mão direita e braço esquerdo: TCE leve/ sem sinais de choque hipovolêmico.</p>	<p>Paciente A.F.M. apresentou nova bradicardia, PA inaudível, pulso periférico não palpável, movimentos respiratórios ausentes. comunicado médico plantonista responsável, iniciado manobras de RCP conforme protocolo de PCR, durante 20 minutos, sem sucesso. constatado óbito as 10h14min pelo médico plantonista. Realizado preparo do corpo pela equipe de enfermagem conforme protocolo institucional e</p>	<p>Equipe de enfermagem confirma óbito do paciente encontra-se sobre tutela do estado comunico ao monitoramento. Segue em acompanhamento social.</p>	<p>Óbito</p>

		encaminhado ao morgue.		
3	<p>Recebo proveniente da classificação de risco, consciente, orientado, verbalizando, glasgow 15, em repouso no leito. Mantém ventilação espontânea sem O₂, sem acesso venoso, refere melena edisúria após ingestão de corpo estranho (pregos e parafusos HA + - 3 meses), diurese ausente até o momento aguarda parecer da cirurgia geral.</p>	<p>No momento da visita paciente consciente, orientado, pupilas iso e fotorreagentes, normocárdico, normotenso, hidratado e hipocorado. eupneico com respiração espontânea em ar ambiente, mantendo-se confortável. perfusão periférica preservada, anictérico, acianótico e afebril. soroterapia por AVP em MSD (19/02/19), com boa infusão. Dieta VO zero, mantendo SNG aberta, aspecto fecaloide. Abdomen distendido, cirúrgico e dolorido à palpação. Diurese presente e espontânea, com aspecto fisiológico. ufi: sem relatos curativo: realizei troca de curativo em FO abdominal, com pequena quantidade de secreção sanguinolenta, higienizado e deixado ocluído. Leito identificado e pulseira íntegra e funcionando. Segue com 2 agentes penitenciários, como escolta e aos cuidados da equipe de enfermagem.</p>	<p>HD: POI LPE + gastrotomia (com retirada de grande quantidade de objetos pérfuro-cortantes do estômago: agulhas de crochê, parafusos, cortador de unha, tesouras, aparelhos de barbear, pilhas, pregos, arames, cabo de escova de dentes, lixa de unha, barbante, etc.) + gastrorrafia + enterotomia a 60cm do ângulo de treiz (com retirada de mais objetos idem aos encontrados no estômago) + enterorrafia.</p> <p>procedência: agência prisional de Itaberai.</p> <p>acompanhamento social: assistência sociofamiliar.</p>	<p>Disponibilizo serviço de psicologia.</p>
4	<p>Recebo paciente no box de emergência, sem regulação, proveniente de grupo, trazido</p>	<p>Paciente recebeu alta hospitalar após avaliação médica da equipe de</p>	<p>Visita social ao paciente/ leito. conforme solicitado feito orientações quanto o seguro DPVAT e entregue MD 306 em mãos.</p>	<p>Paciente foi de alta da</p>

	pela usb-samu, politrauma (moto x van) c/ trauma em mie e MSD, chega em protocolo de trauma, confuso, relato de perda de consciência no local	ortopedia. Realizado curativo conforme protocolos da instituição. Feito orientações da alta, cuidados no pós operatório e agendado retorno. Entregue os documentos da alta. Saiu escoltado acompanhado de agente policial.	sanada as dúvidas existentes no momento.	emergência – sem registros do serviço social
5	Recebo paciente no box trazido pela escolta penitenciária, vítima de agressão física, apresentando dor em torax e abdome, apresentando diversos hematomas. refere perda de consciência no local. comorbidades: nega	Alta hospitalar com analgésica.	Feito as orientações pertinentes quanto a efetivação de ALTA segura, qualificada e humanizada. Reforço na importância da continuidade do tratamento ambulatorial com retornos clínicos e terapêuticos e justificativa de faltas junto ao Ambulatório (se for ao caso).	Feito os agradecimentos finais e disponibilizado os serviços e apoio do setor.
6	Recebo paciente no box de emergência, sem regulação, trazido pela ambulância UBS SAMU escoltado pela PM, devido há PAF em joelho e pé esquerdo, chega sem protocolo de trauma. Queixa dor intensa em mie.	Paciente encaminhado pelo SAMU (USB 14), sem protocolo de trauma, algemado e acompanhado da polícia militar. História de PAF em perna a esquerda com perfuração de fossa poplíteia e antepé, deste lado. Pulso poplíteo e anterior presentes. Não apresenta outros ferimentos. Infundido SF 0.9% 1000 ML pela equipe pre hospitalar.	Realizado visita ao leito da sala de decisão clínica. acolhimento e atendimento social ao paciente. Segundo informações coletadas (SIC), paciente, vítima de arma de fogo. Paciente segue sem acompanhante e sob cuidados da equipe de enfermagem, escoltado por PMS. Realizo orientação sobre as normas e rotinas do hospital. As informações clínicas do a paciente serão repassadas pela equipe médica. Oriento a procurar pelo banco de sangue da unidade para doação. Oriento sobre documentação com foto para identificar-lo.	Não há evolução do serviço social paciente foi de alta da emergência
7	Recebo paciente no box de emergência, com regulação, trazido pelo SAMU.	Alta da neurocirurgia com orientações sobre sinais de alarme e retorno se piora	Atendimento social ao paciente. No momento, acompanhado por escolta da polícia civil. Entregue pertences ao paciente as roupas (guardadas no	-

	Vítima de atropelamento por moto. Com quadro de TCE. Chega em protocolo de trauma.		armário da emergência), documentos e valores (guardados no monitoramento). Feito busca ativa no armário da emergência e/ou monitoramento. colhida assinatura na pasta de protocolos. repassado normas e rotinas institucionais. disponibilizado os serviços e apoio do setor. atendimento sem intercorrência.	
8	Recebo paciente no box de emergência, sem regulação, proveniente de Nerópolis, trazido pelo SAMU, devido h PAF em MID, chega sem protocolo de trauma. queixa dor intensa em MED.	Paciente encaminhado acompanhado de policiais, relatou de agredir policiais e ameaça-los com um facão (relato de acompanhante) paciente apresenta ferimento em perna direita com fratura exposta decorrente de PAF, com cominuicao e perda óssea pulsos filiformes perfusão lentificada RX: fratura exposta de tibia e fíbula cd: aih marco no centro cirúrgico- solicito sala com urgência atb.	Realizo contato novamente com a esposa para comunicar novamente a alta do paciente, a mesma informou que não tinha dinheiro para chegar até a central de ambulância. devido a situação entro em contato com o sr ^a da central de transporte da cidade que ficou de ir buscar a sr ^a em sua casa , retorno a ligação para a sr ^a para avisa-la que o transporte iria buscar ela já tinha saído para a central de ambulância segundo o vizinho sr, então comuniquei o sr ^o que está aguardando a esposa para vir buscar o paciente no HUGOL.	Disponibilizado os serviços e apoio do setor.
9	Recebo paciente na sala de decisão, proveniente da sala de exames, abdome flácido, doloroso em FID onde palpa-se plastrão. Blumberg positivo em FID. Demais regiões do abdome sem alterações ao exame físico. No momento, consciente, verbalizando, deambulando. Respiração espontânea em ar ambiente. Última alimentação ontem, diurese espontânea. Nega	Paciente consciente, orientado, respiração espontânea em ar ambiente, transferido para HUGO, acompanhado pelo condutor e agente prisional. Entregue prescrição médica e relatório.	- recebo contato telefônico da assistente social complexo prisional - Aparecida de Goiânia, onde a mesma relata que paciente está sob escolta, detento do complexo de Inhumas. Equipe do complexo prisional solicita intervenção para medidas pertinentes à aih para HUGO, considerando que nesta unidade conta com estrutura especifica para leito de carceragem. oriento colega que faremos devido interconsulta com equipe médica e NIR para ciência e condutas pertinentes. - realizo contato no monitoramento, reitero se o setor tem ciência sobre internação do paciente em escolta, o mesmo afirma que já foram notificados.	Acompanhamento social

	<p>alergias, HAS e DM. reavaliado pela equipe de cirurgia geral, conduta: -internação (solicito vaga ao NIR)</p> <p>paciente com apendicite aguardo CC. Feito termo de consentimento. Deixo na maca. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.</p>		<p>- realizo contato no NIR, falo com cássia, ressalto quanto à solicitação feita pelo complexo prisional, a mesma informa que já foi precedido AIH de transferência para o HUGO e na vigente data houve negativa pois, em unidade supracitada, não há leito de carceragem disponível. Informa que NIR continuará ação de solicitação de transferência.</p> <p>- realizo contato no complexo prisional/ Aparecida de Goiânia, falo com enfermeira, dou ciência que o NIR/HUGOL já está procedendo ações de solicitação de transferência do paciente para HUGO e, na vigente data, houve negativa pois não há disponibilidade de vaga em leito.</p>	
10	<p>Paciente HAS, corobariopata prévio deu entrada na emergência 1 com história de dor tóraca com irradiação para região cervical e e mse , em repouso associado a quadro de palpitação e síncope. Chegou no HUGOL com dor tóraca, ecg mostrando ritmo de fibrilação atrial com resposta ventricular elevada e arv em parede inferior, v5 e v6 e pa = 173 x 120 mmhg. paciente encontra-se preso na policia federal.</p>	<p>Passou bem o período, sem queixas. Nega precordialgia no período. Referiu acatisia e ansiedade noturnas. melhora da dispnéia. Persiste ansioso.</p>	<p>Considerar suspensão de AAS, caso não demonstre presença de STENTS em cateterismos/angioplastias prévios</p> <p>visualizo ECOTT, oriento acerca do quadro clínico avalio alta com receita de Alprazolam.</p>	<p>Paciente em escolta prisional. Aguarda leito de enfermaria e/ou AIH de transferência para HUGO.</p>
11	<p>Recebo paciente na sala de decisão, proveniente da sala de exames, paciente encaminhado de Iporá, regulado para avaliação da neuro com história de acidente de caminhão x muro há 36 horas, evoluindo com dor intensa em coluna lombar</p>	<p>Alta hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> - retorno em 14 dias com equipe de coluna - orientações gerais em relação ao caso e possíveis complicações. 	<p>A pedido contato familiar com esposa para solicitar vestimenta para PCT de alta, escolta ciente e autorizado; disponibilizado serviços do setor.</p> <p>em tempo: aviso na recepção de visitas com a chegada da esposa com vestimenta para o PCT, oriento que existe restrição de visitas par o PCT, a liberação somente com autorização da escolta.</p>	

	<p>e diparesia. Realizou TC de coluna (sem laudo) que revela fratura de corpo vertebral lombar com compressão medular no momento, consciente, verbalizando, respiração espontânea em ar ambiente. última alimentação a cerca de 3 horas, diurese espontânea. Com queixa de cefaléia, diplopia e vertigem. Nega alergias, HAS e DM. Aguarda avaliação da ortopedia segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.</p>			<p>Não há evoluções do serviço social e da equipe multidisciplinar</p>
12	<p>Paciente admitido no PA., trazido pelo SAMU usa Inhumas, sem protocolo de trauma, vítima de agressão física por facão, apresentando lesões corto contusas em cabeça, mão direita, nega perda de consciência. comorbidades: nega usuário de drogas ilícitas (maconha).</p>	<p>Internação hospitalar em enfermaria aos cuidados da neurocirurgia; iniciado antibiótico; avaliação da cirurgia geral para sutura de ferimento de região dorsal.</p>	<p>Visita social ao paciente/ leito. feito <i>anamnese</i> social conforme reg 301. <i>anamnese</i> social em aba específica do setor. informações repassadas pelo paciente. reforçado normas e rotinas institucionais.</p>	<p>Fornecido suporte social. serviço à disposição. atendimento sem intercorrências.</p>
13	<p>Paciente vítima de acidente de trânsito conduzido pelo CBMGO em prancha e com colar cervical com fratura exposta de joelho direito. Avaliado pela c. geral, medicado e encaminhado para exames.</p>	<p>Reavaliação após fixação da fratura e redução. Risco de lesão vascular. Priorizar o tratamento.</p>	<p>Recebo pertences do paciente: roupas (guardadas no armário da emergência), celulares, carteira (guardados no monitoramento). Pertences protocolados na pasta de protocolos. Enfermagem refere que não há familiares do paciente nesta instituição. feito busca ativa e familiares não encontrados no momento. Disponibilizado os serviços e apoio do setor. Atendimento sem intercorrência.</p>	<p>Disponibilizado os serviços do setor.</p>

14	<p>Admitida no P.A trazido por familiar - vitima de trauma em mão por maquina em mão esquerda, no momento acordada, consciente, queixoso, ECG 15, pupilas isofotorreativas, hidratada, normocorada, anictérica, afebril; eupneica mv+ s/ ra, acianótica sat 100% em ambiente; normocárdica, normotensa, RCR BNF em 2t; abdomen flácido, indolor a palpação, rha+, eliminações espontâneas; mmss e mmii s/ deformidades, perfusão preservada. instalado MTZ, PANI e oximetria de pulso, realizado AVP em msd. Avaliado pela cirurgia, solicitado exs. de imagem e parecer ortopedia</p>	<p>Paciente escoltado por agente penitenciário. Segundo informações coletadas (sic), paciente realizou cirurgia está no RPA, será transferido para o HUGO.</p>	<p>Paciente realizou cirurgia está no RPa, será transferido para o HUGO, enf. gabriel solicitou roupa para o paciente. peguei roupa no armário de doação e entreguei para o enf. do centro cirúrgico. Fornecido suporte social. Atendimento sem intercorrências.</p>	<p>Disponibilizado os serviços e apoio do setor.</p>
15	<p>Recebo paciente no box de emergência, sem regulação, trazida pelos bombeiros, com sinais de embriagues, vitima de colisão moto x caminhão, em decorrência, apresenta: fratura exposta MID.</p>	<p>Informo no momento não ser possível, pois o paciente encontra-se no centro cirúrgico em procedimento. Realizo mediação de informação, familiar informa que retornara amanhã.</p> <p>orientações: familiar orientado(a) sobre as normas e rotinas do hospital. oriento que informações clínicas do(a) paciente serão repassadas pela equipe médica. oriento a procura pelo banco de sangue da unidade para doação.</p>	<p>Realizo atendimento a suposta mãe do paciente, não possui documentos pois perdeu, solicita fazer reconhecimento. Informo no momento não ser possível pois o paciente encontra-se no centro cirúrgico em procedimento. Realizo mediação de informação, familiar informa que retornará.</p> <p>orientações: familiar orientado(a) sobre as normas e rotinas do hospital. oriento que informações clínicas do(a) paciente serão repassadas pela equipe médica. oriento a procura pelo banco de sangue da unidade para doação.</p>	<p>Transferência para a carceragem do HUGO</p>

16	<p>Para procedimento de laparotomia exploradora com gastroraffia + biopsias multiplas intra abdominais + sutura de ferimento em couro cabeludo. Veio acordado, verbalizando, AVP em MSD, pulseira de identificação em MSE, nega alergias, hipertenso faz uso de losartana, nega jejum. Encaminhado a sala de cirurgia nº 14, colocada a monitorização cardíaca, pa: 134/88 mmhg, p: 104 bpm, spo2: 96% em ar ambiente. Realizada a degermação do sitio cirúrgico.</p>	<p>Entrego pertences do paciente: roupas, mochila. Pertences protocolados na pasta de protocolos. Colho assinaturas disponibilizado os serviços e apoio do setor.</p>	<p>Conforme solicitado pela mãe sra a realizo visita ao leito familiar quer deixar n de contatos, a mesma relata que mora em São Luiz de Montes Belos, que o filho tem o relacionamento recente apenas 2 meses. Paciente escoltado. Devido briga com a companheira. Atendimento sem intercorrência.</p>	<p>Fornecido suporte social. serviço à disposição. atendimento sem intercorrências</p>
17	<p>Paciente no leito de observação, aguardando observação hd: fistula? abscesso? histórico: paciente com história de PAF em coluna (2016) tendo sido operado no HUGO, refere que saia secreção em fo.</p>	<p>Paciente de alta hospitalar; deixou o hospital as 13:20h acompanhado pelo monitoramento e escolta policial. Saiu com encaminhamento e orientações médica.</p>	<p>1. paciente solicita ao serviço social entrega de pertences protocolados junto ao monitoramento. abordagem ao responsável pelo monitoramento/ jamismar, o mesmo está procedendo acompanhamento à alta, pois paciente sai sob conduta com escolta policial. jamismar informa que o próprio fará entrega dos pertences. paciente ciente. 2. reforço com jamismar orientações quanto aos documentos de alta: sem necessidade de retorno/ APAC ambulatorial para RNM/ relatório de alta.</p>	<p>Feito as orientações pertinentes quanto a efetivação de ALTA segura, qualificada e humanizada.</p>
18	<p>Consciente, orientado e verbalizando. Retirado dispositivos: AVP em MSE (03/07/19). Realizado curativos/procedimentos conforme protocolos da instituição. Orientado sobre cuidados pós operatórios + retorno ambulatorial.</p>	<p>Paciente encontra-se de alta hospitalar. No momento, sendo acompanhado por escolta (Polícia Civil). aguardando entrega de prescrições e relatório pelo médico assistente. realizo acolhimento de demandas e orientações</p>	<p>Conforme escolta, paciente admitido por falsa identidade (nº prontuário 146985). após coleta de impressão de digital, realizada pela polícia civil. Caso foi discutido pela direção e supervisão do serviço social. Paciente recebe alta na presença da escolta (Polícia Civil).</p>	<p>Encaminhamento Ref/ Contra-Ref para Reabilitação no CRER</p>

		pertinentes. paciente proveniente de Inhumas.		
19	Admitido paciente, na SRPA apos tratamento cirúrgico aos cuidados da equipe da cirurgia geral. Paciente intubado em uso de sedação midazolam e fentanil a 15 ml / hora, acesso PAM em radial e (PAM : 15/12/ (152)), acesso central em subclavia esquerda, normocorado, com boa saturação periférica ,acesso venoso periférico em MSE, SNG aberta com produtividade, curativo em ferida operatória, SVD com diurese presente . paciente monitorizado com monitor multiparametrico, segue aos cuidados de enfermagem e da equipe medica aguardando leito de UTI na unidade de internação.	Vítima de ferimento por arma de fogo em tórax e abdome - 12º po laparotomia exploradora com gastrorrafia, enterectomia e fechamento de cotos, hepatorrafia --- "damage control" (09/05) - 10º po de revisão de damage control com anastomose há 25cm do treitz e 100 cm da valvula ileo cecal + colectomia segmentar de transverso (11/05) - deiscência de anastomoses - 5º po le + enterectomia + colectomia + ileostomia + enteroanastomose (16/05)	Realizo interconsulta com equipe de enfermagem, conforme demanda. Paciente com previsão de alta para o HUGO. Em escolta. oriento equipe sobre os procedimentos quando paciente encontra sobre tutela do estado. Segue em acompanhamento social.	Realizo interconsulta com equipe de enfermagem, conforme demanda. Paciente com previsão de alta para o Hugo.

20	<p>Recebo paciente grave no box emergência, trazido pelos bombeiros de via pública vítima de PAF em boca e omobro direito (tentativa de homicídio??) adentrou no PS com RNC e taquidispneia (onde foi submetido a IOT por tot) realizado passagem de SVD: FOLEY 16 (sem intercorrências) avaliado pela c. geral, solicitado exames de imagem para reavaliação. Segue sob os cuidados e observação da equipe de enfermagem</p>	<p>Avaliação para levantar necessidades de insumos para prestação de cuidados no pós alta hospitalar. Paciente em desmame de SNE + em processo de decanulação da TQT + quadro de paraplegia + acompanhamento com psicologia. 20/05/2019 - paciente de alta hospitalar, aguardando policia civil.</p>	<p>1. em conjunto com a psicóloga e chefe do monitoramento, acompanhamos processo de saída do paciente com a polícia civil, com objetivo de prestar suporte aos familiares - pai e tia. ação ocorrida sem maiores intercorrências. 2. paciente conduzido ao IML e CPP - pai e tia seguiram acompanhando conduta no carro da PC, devido à necessidade de suporte ao paciente.</p>	<p>Paciente recebe alta na presença da escolta (Ricardo-Policia Civil).</p>
21	<p>Recebo paciente grave no box emergência, trazido pelos bombeiros de via pública vítima de PAF em boca e omobro direito (tentativa de homicídio??) adentrou no PS com RNC e taquidispneia (onde foi submetido a iot por tot) realizado passagem de svd: foley 16 (sem intercorrências)</p>	<p>Paciente regular, estavel HDN sem DVA. Consciente, verblizando. respiração espontanea, decanulado, com oximetria satisfatoria. afebril sem uso de atb. diurese presente. dieta oral com glicemia normal.</p>	<p>Em conjunto com a Psicóloga Juliana e Chefe do Monitoramento Jamismar, acompanhamos processo de saída do paciente com a Polícia Civil, com objetivo de prestar suporte aos familiares - pai e tia. Ação ocorrida sem maiores intercorrências</p>	<p>Paciente conduzido ao IML e CPP - pai e tia seguiram acompanhando conduta no carro da PC, devido à necessidade de suporte ao paciente</p>

Fonte: dados documentais prontuários dos escoltados (2021/1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é a que melhor retratou os direitos fundamentais do homem, ficando conhecida inclusive como a Constituição Cidadã. Os direitos legais se esbarram em aspectos culturais e históricos a despeito da condição das pessoas em cumprimento de pena. O cumprimento da pena muitas vezes é entendido como mera punição e não é associado a condição de reparação de dano, reeducação e conciliação com a sociedade.

E ainda, os direitos não se esgotam na Constituição, inclusive, permite a entrada de novos direitos, como no caso do acolhimento dos Tratados Internacionais. É importante ressaltar que os direitos fundamentais resultam de uma evolução histórica da sociedade, nascem e se desenvolvem e, portanto, quanto maior a sua evolução, mais adequada é a efetivação destes direitos.

Verificamos ao longo da história que não são poucas as tentativas para tratar o problema da criminalidade e da “reintegração” desse indivíduo na sociedade, bem como não são poucas também as tentativas e experiências pelo mundo e no Brasil de tentar desvendar as causas e condições que levam as pessoas a se tornarem criminosas, com a finalidade de desenvolver políticas específicas de estado para tentar coibir ou pelo menos diminuir esses índices.

Durante as pesquisas conseguimos traçar um caminho no desenvolvimento dos direitos das pessoas previstos em leis e marcos regulatórios dos então denominados “Direitos Humanos”, um termo que por si só já atrai bastante polêmica, tanto pelo conteúdo, mas principalmente pelo desconhecimento da sociedade sobre o que de fato são esses direitos.

A discussão sobre a Política Nacional de Humanização no Brasil, ressalta as dimensões éticas do cuidado, bem como a relevância do diálogo. O principal objetivo é proporcionar uma cultura de reconhecimento, cuidados, direitos do usuário, valorização dos profissionais e da intercomunicação entre eles.

Um dos desafios para manter e qualificar a PNH como parte da Política Pública do SUS tem sido a falta de capacitação dos profissionais de saúde. Dentre as informações obtidas na revisão aos usuários questionaram que o atendimento prestado a saúde é relativamente solucionado. É importante ressaltar que se trata de uma unidade de urgência e emergência, com isso alguns serviços (especialidades

médicas) são contrarreferenciados devido ao perfil da unidade, assim como muitos casos houve a transferência hospitalar para o HUGO local onde há carceragem. É válido ressaltar que se trata de uma unidade de saúde gerida por uma organização social e que algumas dificuldades encontradas em outros hospitais brasileiros como a ausência de medicamentos, a falta de materiais para a prática de procedimentos não são a realidade de HUGOL, o que foi possível constatar na pesquisa realizada com os 21 presos que estiveram na unidade em 2019, o Quadro 2 e no item 3.3 Perfil dos presos atendidos do HUGOL.

A pesquisa revelou a necessidade de aprimorar o atendimento humanizado conforme é estabelecido em Lei com o aprimoramento da infraestrutura além de gerar alguns serviços capacitados, em especial aqueles previstos em lei. Na atualidade, à Política Nacional de Humanização avança em relação à capacitação de defensores e apoiadores específicos dos serviços como aspecto de manter seu potencial instituí-lo e expandi-lo.

Um dos princípios norteadores é o fortalecimento do trabalho em equipe, reconhecendo cada usuário, participando do cuidado, distinguindo suas limitações e habilidades o que foi possível apreender nas interconsultas entre as equipes de enfermagem, médica e serviço social atuando em sintonia frente as demandas levantadas pelos escoltados durante hospitalização. Outra característica relevante é a capacitação continuada dos colaboradores e a escuta qualificada resultado do trabalho desenvolvido desde 2015 é a acreditação conforme a Organização Nacional de Acreditação em dezembro de 2019. Conforme descrito abaixo dados oriundos do site da Secretaria Estadual de Saúde:

O Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (Hugol) tornou-se referência no atendimento em urgência e emergência em Goiás e no Brasil. Agora, a qualidade dos serviços oferecidos pela unidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) foi reconhecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), resultado da recomendação em visita de certificação realizada em dezembro de 2019. Visando à busca constante da cultura da qualidade e segurança do paciente na unidade, o Hugol dispõe do Programa Estratégico de Gestão da Qualidade, o Pequi, sigla que faz referência à regionalidade do Estado e propicia um engajamento afetivo dos colaboradores. O programa abarca as ações voltadas à melhoria contínua dos processos para uma assistência ainda mais segura aos usuários do SUS. O hospital conta também com um escritório de melhorias, o Núcleo de Excelência Operacional (Nexo), iniciativa viabilizadora e mantenedora de novos métodos de gestão, inovadora no âmbito hospitalar. A unidade dispõe ainda de uma Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente, que desenvolve diversas ações voltadas ao tema, para treinamento dos colaboradores. Os acompanhantes são parte atuante desse processo: “Aqui recebemos orientações constantes de medidas de segurança, o que nos permite auxiliar a equipe em determinados momentos e

verificar se todos os procedimentos realizados no paciente estão sendo feitos de forma correta”, relatou a acompanhante Rosângela Ferreira¹⁴.

Considerando-se tais aspectos, relevante para que o enfermeiro, médico e assistente social e demais profissionais fundamente sua prática e oferte a esses usuários apoio e escolhas diferentes, ao acolher essa pessoa no serviço de atendimento à saúde, tais profissionais devem-se notar para as particularidades desse serviço, buscando servir o cuidado de forma integral, essencialmente ao apoio e orientação ao preso. Em virtude do contexto de sua formação, a integralidade é descrita como uma noção de cuidados.

Nesse território então, a PNH seguira empenhando-se firmar, na procura da atenção, se é especializada ou não, centrada no usuário ou colaboradores, visando à qualidade plena.

Da mesma forma, o acolhimento e a escuta ativa dever ser uma ferramenta de cuidados de todos os profissionais em seu dia a dia. Isso vai diretamente a Política Nacional de Humanização que busca algo construído entre colaborador e usuário, por meio de capacitação, ambiente acolhedor, relação e vínculos de confiança entre ambos. O que é possível observar nas equipes assistenciais no acolhimento aos presos e suas famílias nas orientações do serviço social e equipe médica, em especial nos casos de presos com transtornos mentais e articulação com a família para acompanhamento dos casos.

Nas últimas três décadas, os sistemas de saúde têm sofrido grande pressão para se adaptar a um mundo neoliberal e incorporar os princípios do mercado. O fortalecimento das políticas neoliberais em todo o mundo tem estado associado a uma redução sistemática da intervenção do Estado em diferentes aspectos do bem-estar e proteção social, com o objetivo de criar novos mercados, libertar a enorme energia criativa dos mercados e fomentar o investimento.

A partir do início dos anos 1980, as instituições financeiras internacionais - principalmente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) - inspiraram uma série de Programas de Ajustamento Estrutural (SAPs) em Países de Renda Baixa e Média (LMIC) que eram supostos para facilitar a transição para um mundo orientado para o mercado, como no caso do Brasil. Mais tarde, principalmente após a crise financeira de 2009, políticas de austeridade de conteúdo

¹⁴ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/9708-hugol-recebe-certificacao-de-acreditado-pleno-da-ona> Acesso em: 23 de jan. 2021

semelhante foram implementadas nos Países de Renda Alta na Europa e em outros lugares também.

Embora intervenções específicas tenham variado entre os países, existem pontos comuns significativos: a introdução de instrumentos baseados no mercado, aumentando a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde, introduzindo o fornecimento de cuidados de saúde com financiamento público pelo setor privado através de sistemas de financiamento de seguros de saúde para substituir o fornecimento de cuidados de saúde públicos, a promoção da responsabilidade individual pela saúde e, por fim, a introdução do mercado livre por meio da privatização, desregulamentação e descentralização da atenção à saúde. SAPs e programas de austeridade semelhantes foram complementados por políticas que visam especificamente encolher a economia pública em preferência à iniciativa privada.

Um sistema de saúde reflete uma sociedade. Reflete seu desenvolvimento e seu caráter isso significa que a transformação de um sistema de saúde implica mais do que meras mudanças técnicas. As mudanças estruturais de um sistema de saúde são, na verdade, sempre fruto de lutas sociais e políticas: um determinado sistema de saúde sempre foi lutado.

Notou-se com base nos resultados, o Serviço Social desempenha um papel fundamental no direcionamento da demanda de atendimento de pacientes que estão presos. Trata-se de um assunto que gera uma variedade de pensamento e olhares não somente no campo do estudo científico como também de ordem social e cultural, pois apresentam em sua composição aspectos positivos do sistema punitivo e negativo quando se refere a falta da “ressocialização” tornando-se assim uma dicotomia a ser avaliada e discutida em todos os campos do conhecimento humano em especial, nas áreas das ciências humanas e afins.

Assim, refletindo mais afundo como profissional da área compreendo a importância de ter refletido sobre a PNH, os Direitos Humanos e o campo de atuação do Assistente Social. Não diferentemente aproveitando o momento econômico do Brasil, como de muitas partes do mundo, a sociedade brasileira se encontra atualmente em crise. Crise esta que gera desestruturação em diversos campos socioculturais, econômicos, políticos, em especial financeiros destas tantas pessoas e famílias, desta maneira muitos indivíduos acabam enveredando no

mundo do crime, principalmente ocasionado pela falta de um modelo de trabalho sólido implantado no Brasil.

Atualmente, tal aspecto trabalhista deixa muito a desejar, não servindo na maioria das vezes de referência e solidez e estando longe de alcançar uma situação de plena realização monetária e de empregabilidade deixando lacunas sociais e de rendas, que são refletidas no sistema carcerário.

Trata-se de um desequilíbrio social que acaba envolvendo todos numa sociedade, gerando conflitos, distanciamentos e muitas vezes o caos em todas as áreas de convivência e respeito humano. Tais desequilíbrios refletem na população em especial desassistida de políticas e ações públicas voltadas à melhoria destas lacunas financeiras gerando distanciamentos sociais, onde estes geram crises de valores, muitas vezes propulsores de revoltas e rebeldias levando muitos cidadãos a não terem a mínima condição de oferecer uma vida digna aos seus familiares ou entes mais próximos, fazendo com que muitos destes possam adentrar com práticas ilícitas e rotinas criminosas, para assim prover sua subsistência, infelizmente em especial neste grupo de baixa ou nenhuma renda, ou seja, desassistidos pelo poder público e políticas públicas, tornam-se vítimas sociais, em que a expectativa de vida é curta, pois estão ou estarão presos ou acabam mortos vítimas da própria violência presente no contexto do crime.

A prisão torna-se então um método considerado mais eficaz utilizado pelo Estado para separar o “joio do trigo”, ou seja, separar da sociedade aqueles que infringem a Lei. Tal encarceramento é visto e abonado pela sociedade como um ato de justiça, pois infelizmente em especial no Brasil o sentimento de impunidade fala mais alto no íntimo do cotidiano do povo, que imploram pelo afastamento destes infratores, infelizmente onde o pobre e os menos afortunados são a maioria desta segregação perante a sociedade e a justiça, já para aqueles que detêm o poder ou de maiores recursos financeiros, utilizam as próprias brechas da justiça e do Direito para protelar suas condenações até mesmo saírem impunes como é o caso dos chamados colarinhos brancos (políticos, empresários e afins) restando ao menos favorecidos cadeias desestruturadas, insalubres e superlotadas. Sendo que as falhas no sistema carcerário brasileiro atingem não somente os envolvidos diretos mais sim toda a sociedade.

Ao Estado cabe o Direito e o dever de punir e reprimir, só que deixa muito a desejar quando abordamos a temática da “ressocialização” e “reinserção social” no

sistema carcerário tanto do Estado de Goiás como também em todos os demais Estados Federativos do Brasil, tal sistema, só reflete o intuito de se manter afastado tais infratores da sociedade, como se fossem considerados pragas ou ervas daninhas, que colocassem em risco os demais membros deste contexto social e cultural, deixando-os à margem dos reais fundamentos de uma “ressocialização” e “reinserção” ao seio social.

Na pesquisa ficou evidenciado o trabalho de interdisciplinaridade entre o Assistente Social e os demais setores de atendimento aos presos atendidos no HUGOL, pois foram vários os encaminhamentos como: acompanhamento de familiares, entrega de vestimentas, apoio psicológico, esclarecimento quanto do seguro DPVAT, solicitação de serviços funerários entre outros.

As possibilidades, dos limites e das contradições que marcam o desenho federativo construído ao longo dos mais de 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde, o SUS. E eles não são os únicos. Por tudo isso é importante conhecer a forma como municípios, estados e União se relacionam e dividem responsabilidades para a garantia do direito à saúde no Brasil. “Uma das grandes conquistas do SUS foi exatamente esse federalismo cooperativo”, como analisa Eugenio Vilaça, professor da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e assessor da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, que, no entanto, completa: “Governar em rede é diferente de governar em hierarquia. Na rede tem a interdependência dos atores e é a cooperação que produz os resultados finais. O desenho do sistema, Vilaça faz referência às Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma ideia “muito recente”, cujas diretrizes são estabelecidas pela portaria 4.279, de 2010. No anexo desse mesmo documento, as redes são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Na prática, isso significa que quando a equipe de uma unidade básica de saúde identifica a necessidade de um exame diagnóstico ou de consulta com um especialista, deve haver uma outra instituição – um outro nó dessa rede – preparada para receber e atender esse usuário que, em alguns casos, pode precisar ser encaminhado para uma cirurgia ou outro procedimento que demande, por exemplo, a disponibilidade de um hospital. Nesse caminho, utilizando o jargão da saúde, o usuário seguiu da atenção primária até a alta complexidade, passando pela média. A

questão é que esses diferentes níveis de atenção não são sempre responsabilidade do mesmo ente federado.

A internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), é classificada como um procedimento de alta complexidade que, no desenho federativo mais geral, fica a cargo dos estados. “Cabe aos municípios a função de serem ordenadores do cuidado em saúde, executando as ações referentes à atenção primária ou atenção básica. Aos estados compete, por exemplo, promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios, assim como acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS, identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional”, conforme análise de Letícia da Silva, professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Embora essa seja a regra, não faltam exceções. “Existem as atribuições específicas de cada ente, mas municípios de grande porte costumam desenvolver também alta complexidade”. Na prática isso significa que uma pessoa que acessou o SUS pelo posto de saúde da sua cidade, foi sendo encaminhada para exames e especialistas e, no final, precisou ser internada para fazer uma cirurgia, por exemplo, terá que ser deslocada para o município vizinho que, no desenho da Rede de Atenção à saúde, é responsável por oferecer aquele procedimento. Nesse caso, o transporte dos usuários de um município para outro é parte dos serviços pactuados da região de saúde. Casos considerados de urgência e emergência, que não necessariamente passam pela Atenção Básica, também podem ser acessados diretamente no município de referência. A questão da organização da rede é uma dimensão da regionalização. Mas é necessário discutir, por exemplo, a atuação dos governos. A necessidade de uma estrutura de governança também se coloca: tem que ter representação de outras organizações da sociedade e do próprio SUS nesse desenho para poder formular as políticas de uma forma mais acertada. No outro extremo, é importante considerar que as regiões de saúde são uma “fantasia narrativa”, na medida em que desconhecem o pacto federativo, funcionando como uma “esfera” que vai além dos governos eleitos. Cria-se uma categoria imaginária que diz que deveria ter um poder regional que os poderes instituídos eleitos não aceitam como esferas legítimas.

Por isso torna-se evidente que a continuidade dos atendimentos, ou seja, os encaminhamentos, depende da articulação com a rede no município de origem para

que o cuidado permaneça. Desta forma o grande gargalo desta pesquisa trata-se de uma questão estrutural dentro do próprio desenho e estrutura do funcionamento do SUS e articulação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS) o que o ocorre com todos os usuários não sendo uma especificidade do preso escoltado.

REFERÊNCIAS

ARALDI, Elmides Maria. **Apresentação Teórica –Crítica da Categoria Liberdade no Cotidiano**: Uma contribuição para as reflexões do projeto ético-político do Serviço Social - Londrina, UEL,2007.

AGÊNCIA BRASIL. **Ipea diz que Brasil está longe de atingir pleno emprego embora tenha aumentado de vagas e rendimento**. Jornal do Comercio; Rio de Janeiro 2015.

ALMEIDA, Camila Nunes de; REIS, Helena Esser. A educação em direitos humanos como ferramenta de consolidação e expansão dos direitos humanos. **RIDH** | Bauru, v. 6, n. 1, p. 45-59, jan./jun., 2018.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES-HUCITEC,1978.

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. **2005**, vol.10, n.3,

BARROS, Adil de Jesus Paes de. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. Adil de Jesus Paes de Barros, Neide Aparecida de Souza Lehfeld. 13 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1990.

BARROCO. Maria Lúcia. **Barbárie e neoconservadorismo: desafios do projeto ético-político**. In: Serviço Social, São Paulo, n 106, p. 205-218, abr./jun.2011

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Disponível em: http://fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf. Acesso em 30 out. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira**. Psicol. Soc. [online]. **2003**, vol.15, n.1, pp.57-96.

BOSCHETTI , Ivanete. Trabalho, direitos e Projeto Ético-Político Profissional. In: **Inscrita**. Brasília: DF: CFESS. Ano VIII, n. XI, p. 37-44, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília. DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set 1990, p. 18.055. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em 20 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da saúde e Serviço Social. As práticas profissionais e as lutas no setor**. São Paulo: PUC-SP (Tese de doutoramento), 1991. (mimeo).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS Maurilio C. **Reforma Sanitária e projeto ético político do serviço social: elementos para o debate**. In: Saúde e serviço Social. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2012

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade. (s/d). Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/lutas-contr-a-privatizacao-da-saude-no-brasil-na-atualidade.pdf>

BRASIL. Congresso. Senado. **Lei n.º 7.210, de 1984**. Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Segurança Pública. Superintendência do Sistema de Execução Penal – SUSEPE. **Projeto de Implantação dos Módulos de Respeito**, 2010.

BRASIL. **Ministério Da Saúde**. Secretaria Nacional de Assistência e Saúde. ABC do SUS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

BRASIL. **O sistema nacional de vigilância sanitária**. Brasília: Secretaria, Nacional de Vigilância Sanitária, 2002

BRASIL. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, 2004.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A “questão social” no Brasil: crítica do discurso político**: Civilização Brasileira, 1982.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito Social e a assistência social na sociedade brasileira: Uma equação possível**. São Paulo: Cortez, 2004.

COUTINHO, Carlos. Nelson. **Conversa com um “marxista convicto e confesso”**. In: BRAZ, M. (Org.). Carlos Nelson Coutinho e a renovação do Marxismo no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 397-420.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Pluralismo: dimensões teóricas e políticas.** Cadernos ABESS, n. 4, p. 05-17, 1997.

COIMBRA, Valdir Santos Rodrigues. **Leitura para além das grades: interdisciplinaridade como caminhos para a educação prisional.** (2015). https://www.google.com/search?q=LEITURA+PARA+AL%C3%89M+DAS+GRADES+%3A+INTERDISCIPLINARIDADE+COMO+CAMINHOS+PARA+A+EDUCA%C3%87%C3%83O+PRISIONAL&rlz=1C1CHBD_pt-PTBR920BR9

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas – 7ª Região.** Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, Gustavo. Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2004. Acesso em 8 mai. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um Método para Análise E Co-Gestão de Coletivos/1998/99/00.**

COSTA, Maria Dalva Horário. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** Acesso em 8 de jun. 2020.

CHAUI, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** São Paulo: Cortez, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Agência CNJ de notícias.** Ministro Gilmar Mendes quer levar modelo de prisão de Aparecida de Goiânia (GO) para outros Estados. Brasília, 2010. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/68861-ministro-gilmar-mendes-quer-levar-modelo-de-prisao-de-aparecida-de-goiania-go-para-outros-estados>. Acesso em 25 mai. 2017.

CFESS, **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** (2010). http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 10 mar. 2020.

CORREIA, Valéria. **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado.** 1.ed.Campinas- SP: Edufal, 2018.

CISLAGHI, Juliana Fiúza. **Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT.**(2019).Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/42502>. Acesso em 17 de jan.2021.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Fundações estatais: proposta polêmica.** In: **Rev. Direito Sanit.,** São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2009 .

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 31 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. Trad. Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

FALEIROS, V. P. A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistências sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

FELETTI, Vanessa Maria. **A exclusão dos incluídos: a teoria do labeling approach revelando métodos para não etiquetar determinada classe social pelo sistema penal**. Trabalho publicado nos Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, Brasília-DF, nov.2008. Acesso em 23 mar. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GOIÁS. AGSEP [atualmente SAPEJUS]. Comemora os 4 anos do Módulo de Respeito na CPP Aparecida de Goiânia. In: _____. **Superintendência Executiva de Administração Penitenciária (SEAP)**. Goiânia, 2013. Disponível em: <http://www.seap.go.gov.br/noticias/sapejus-comemora-os-4-anos-do-modulo-de-respeito-na-cpp.html>. Acesso em 25 mai. 2017.

GOSTA, Esping-Andersen. **As três economias políticas do Welfare State**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>. Acesso em 13 abr. 2020.

GONÇALVES, Carla. Agda. **Direitos à Saúde: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2006. Acesso em 17 ago. 2020.

GOFFMAN, ERVING. (1961). **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva.

GOUVEIA, R; PALMA, J. J. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social**. Estudos Avançados, 13(35), 139-146, 1999.

GUIMARÃES, Simone de Jesus; NEIVA, Anna Katarine Ferreira Lima. O Projeto Ético-Político do Serviço Social e Suas Implicações na Contemporaneidade. **Rev. FSA, Teresina**, v. 12, n. 1, art. 13, p. 200-221, jan./fev. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. Ed. São Paulo, Cortez, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 30. ed. – São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LUKÁCS, G. Marxismo e Questões de Método na Ciência Social. In: NETTO, J.P.(ORG) G. Lukács: **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1981.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas**. Clínica e Saúde Coletiva, 6(2): 269-291, 2001.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. In: Jornal da ADUFES - Associação dos Docentes da Universidade Federal do Espírito Santo. Seção Sindical do Andes. Sindicato Nacional - Vitória. Espírito Santo Edição número 88. Agosto/Setembro/Outubro 2012.

MARX, Karl. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **O capital**. Livro 1, v.1, 8. ed. São Paulo: Difel, 1982.

MARX, Karl. **Grundrisse**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.3, pp.621-626. Acesso em 5 out. 2020.

MOREIRA, Erivelto. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Herivelto Moreira, Luiz Gonzaga Calefe. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599? 1884)**, Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil, Coleção Ciências Humanas, São Paulo, 1974. Acesso em 5 out. 2020.

MERHY, E.; MALTA, D. et al. **Acolhimento: um relato de experiência de Belo Horizonte**. In: Sistema Único de Saúde em belo horizonte: reescrevendo o público (CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. et al.) São Paulo: Xamã, p. 121-142, 1998.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. In HENRIQUEZ, A (Org). Serviço Social, Ética, Deontologia e projetos profissionais. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2001.

NETTO, José Paulo. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. Rio de Janeiro: UERJ. Revista em Pauta. 2007. n. 19, p. 134-170.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1999, p. 141-160.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>>. Acesso em 11 ago. 2020.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. In: **Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.360.

PEREIRA. Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas - subsídios a crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA. T.Dahmer. **Financeirização e criminalização da pobreza: ênfases do desenvolvimento na crise do capital**. Revista Argumentum, Vitória, v.9, n.2, p. 134-148, maio/agosto. 2017. Acesso em 13 abr. 2020.

POLIGNANO, Marcus. Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte, MG, 2001. Acesso em 5 out. 2020.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam**. 1. ed. Rio de Janeiro : Record, 2015.

RIBEIRO, Dagoberto Dias. A Interdisciplinaridade e a Execução Penal: Um desajuste a ser tratado. (2003). Disponível em: http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/monografia_dagoberto.pdf

RUIZ, Jefferson Lee de Souza. **Direitos humanos e concepções contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, Rosely Izabel C. **A terra prometida: emigração italiana, mito e realidade**. Itajaí: [s.n.], 1998.

SANTOS FILHO, Serafim. Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações Metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

SILVA, Dilséa Bonetti M. V. **Serviço Social e Ética – Convite a uma nova práxis**. Cortez, São Paulo, 2009.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e políticas sociais na crise do capitalismo**. In: Serviço Social e Sociedade n. 104. Cortez, São Paulo: out/dez, 2010. Acesso em 6 abr. 2020.

SOUZA, Celina. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização**. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3): 431-441, 2002. Acesso em 23 mar. 2020

VASCONCELOS, Ana. Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortes, 2009.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem estar: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública**/ Maria José de Faria Viana. – Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil**. Temporalis: Revista da ABEPSS, Brasília, v. 2, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.

WACQUANT, Loic. **O lugar da prisão na nova administração da pobreza.** Tradução: Paula Miraglia e Hélio de Mello Filho. Novos Estudos Cebrap 80, p. 9-19, março 2008.

Sites:

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Hugol recebe certificação de acreditado pleno da ONA.** Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/noticias/9708-hugol-recebe-certificacao-de-acreditado-pleno-da-ona> Acesso em: 23 de jan. 2021