

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

TAMARA DE SOUSA MENDONÇA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO ACESSO
DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
GOIÂNIA, 2017.**

GOIÂNIA-GO
2019

TAMARA DE SOUSA MENDONÇA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO ACESSO
DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
GOIÂNIA, 2017.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), como requisito para a defesa do título de Mestre em Serviço Social.
Orientador (a): Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

GOIÂNIA – GO

2019

M539c Mendonça, Tamara de Sousa

A contribuição do assistente social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no acesso dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde, Goiânia, 2017 / Tamara de Sousa Mendonça.-- 2020.
119 f.; il.

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2020

Inclui referências: f. 111-114

1. Política de saúde. 2. Assistência social. I. Neves, Denise Carmen de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - 2020. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 364.2:61(043)

TAMARA DE SOUSA MENDONÇA

A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, GOIÂNIA, 2017.

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social. Data da qualificação: 10 de junho de 2019.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

Pontifícia Universidade Católica de Goiás Orientador – Presidente da Banca

Profa. Dra. Eliane Marques de Menezes Amicucci

Membro Titular Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Tereza Cristina Pires Favaro

Membro Titular Universidade Federal de Goiás

À minha família, com amor!

AGRADECIMENTOS

Poder passar por um processo de provação intelectual, profissional e pessoal que só a conclusão de um mestrado pode proporcionar é de uma superação inestimável. Foram muitas trocas, seminários, debates e provas que me desafiaram a aprofundar os meus estudos e perceber que sempre temos o que aprender e que no fundo a gente sabe muito pouco ou quase nada.

A busca pelo conhecimento é incessante e para mim foi doloroso, audacioso, mas acima de tudo prazeroso e me deixou com uma profunda gratidão e com a certeza de que tudo valeu a pena.

Gostaria de agradecer especialmente a todos os professores do Programa de Mestrado da PUC/GO, e especificamente àqueles que se dispuseram a compartilhar conosco um pouco de seus saberes e a aprender conosco também. Às professoras Dra. Maria José Pereira Rocha (chamada carinhosamente por Zezé), Dra. Maísa Miralva da Silva, Dra. Maria Conceição Sarmiento Padial Machado, Dra. Lúcia Maria Moraes e Dra. Sandra de Faria, minha gratidão.

Aos meus queridos companheiros que compartilharam comigo esse período de lutas, sofrimento e crescimento meu respeito e admiração. A Ana Terra, Sara, Ubaldo, Maria Gomes, Claudete, Josiane, Edar, Daiane e Elvira foi um prazer inenarrável conviver com vocês. Obrigada pelo aprendizado e pelas parcerias.

Aos profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que sempre foram tão solícitos e atenciosos comigo durante o período da coleta de dados, especialmente Mairon Cezar e a Sônia que disponibilizaram a sala para que a pesquisa pudesse ser realizada e os documentos produzidos pela Sessão de Serviço Social consultados. Aos demais profissionais do HC com quem eu tive o prazer de conviver durante o período de realização da minha residência e que eu tive a felicidade de reencontrá-los mais uma vez nessa caminhada. Vocês foram importantíssimos para o meu crescimento profissional. Obrigada pela estadia e pelo acolhimento em meu retorno para coletar os dados da atual pesquisa.

À minha banca de qualificação e defesa representada pelas Professoras Dra. Eliane Marques de Menezes Amicucci e Dra. Tereza Cristina Pires Favaro, que gentilmente aceitaram o convite e que muito contribuíram agregando seus conhecimentos para o aprimoramento dessa dissertação.

Meu especial agradecimento à professora Dra. Tereza Cristina a quem eu não tenho palavras para expressar a minha gratidão por tudo que construímos até aqui. Obrigada por ter sido essencial na minha formação enquanto residente no HC e por mais uma vez ter contribuído sobremaneira na construção desse estudo. Minha eterna admiração pela profissional que você é e pelo compromisso que você tem com o ensino, com a pesquisa e formação dos estudantes.

À minha querida orientadora Dra. Denise Carmen de Andrade Neves, pelas orientações e contribuições não só no mestrado como ao longo da minha formação profissional. Foi um prazer percorrer essa caminhada com você.

À Alessandra, secretaria do mestrado, pela gentileza, prontidão e carinho que sempre me atendeu.

À minha família, minha base nessa sociedade hostil, que sempre esteve comigo e me amparando nos momentos mais difíceis. Tudo na minha vida é possível porque tenho vocês.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela bolsa concedida, meio pelo qual eu tive a oportunidade de estudar e me qualificar, sem o apoio desse esse órgão de fomento nada seria possível.

RESUMO

O presente estudo analisa o trabalho dos Assistentes Sociais no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC/ UFG/EBSERH. Para tanto, percorreu-se os primeiros traços da saúde no país até a contemporaneidade. Partiu-se das primeiras ações na área da saúde, caracterizadas pelas Campanhas Sanitárias até o presente século, com a perspectiva de apreender as particularidades do reconhecimento da saúde como política social, direito do cidadão e dever do Estado no Brasil. Assim, foi demonstrada a negação do acesso de grande parcela da população à saúde e um atendimento voltado para uma pequena parcela, a elite até a década de 1990. Destarte, nos esforçamos para demonstrar a emergência da profissão no país e o seu início na área da saúde como também, todos os desafios e dificuldades impostas a prática profissional. Finalmente, analisa-se como o trabalho do Assistente Social no Hospital das Clínicas, numa conjuntura complexa como a brasileira, em face da plena ofensiva neoliberal, contribui diretamente para o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Política de Saúde. Serviço Social. Hospital das Clínicas.

ABSTRACT

This study analyzes the work of Social Assistants at Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás HC / UFG / EBSEH. To do so, the first traces of health in the country were covered up to the present. It started from the first actions in the health area, characterized by the Health Campaigns until the present century, with the perspective of apprehending the particularities of the recognition of health as social policy, citizen's right and duty of the State in Brazil. Thus, it was demonstrated the denial of the access of a large portion of the population to health and a service aimed at a small portion, the elite until the 1990s. Therefore, we strive to demonstrate the emergence of the profession in the country and its beginning in the area health as well as all the challenges and difficulties imposed on professional practice. Finally, we analyze how the work of the Social Worker at Hospital das Clínicas, in a complex situation like the Brazilian one, in the face of the full neoliberal offensive, directly contributes to the access of users to health services.

Keywords: Health. Health Policy. Social Work. Clinical Hospital.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	84
Gráfico 2	85
Gráfico 3	88

LISTA DE SIGLAS

AIS: Ações Integradas de Saúde

CAPS: Caixas de Aposentadoria e Pensão

CF: Constituição Federal

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNPQ: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS: Conferência Nacional de Saúde

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HC: Hospital das Clínicas

FUNDAHC: Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas

IAPS: Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social

LOS: Lei Orgânica da Saúde

MP: Ministério Público

ONGS: Organização não Governamental

OSs: Organizações sociais

PIB: Produto Interno Bruto

PEP: Projeto Ético Político

PUC: Pontifícia Universidade Católica de Goiás

R1: Residente do primeiro ano

R2: Residente do segundo ano

SCSS: Sistema de Controle do Serviço Social:

SUDS: Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UFG: Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – SAÚDE: breve histórico e desenvolvimento na sociedade brasileira	19
1.1 Processo Histórico da Política de Saúde de forma global e sua forma peculiar no Brasil: as primeiras ações e a intervenção do Estado	19
1.2 A Saúde no cenário do processo constituinte de 1988, o reconhecimento dos direitos sociais e a criação do Sistema Único de Saúde	36
1.3 Os impasses e contradições deste contexto histórico na Política de Saúde	44
CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: desenvolvimento e processos de trabalho na área da saúde	47
2.1 Serviço social e fundamentos sócio-históricos	47
2.2 Emergência e a processualidade do trabalho profissional na área da saúde	60
CAPÍTULO 3 – O trabalho dos Assistentes Sociais no Hospital das Clínicas, a ação e os desafios impostos a prática profissional	65
3.1 A Estruturação do Hospital das Clínicas em Goiás e a origem do Serviço Social na instituição	65
3.2 Reflexões acerca da intervenção profissional na realidade do Hospital das Clínicas no século XXI	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	115

INTRODUÇÃO

A inserção como residente no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG)/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), despertou o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde. Essa é a razão para dar prosseguimento ao estudo que aqui se apresenta, de apreender a contribuição da intervenção do Assistente Social no HC-UFG/EBSERH no sentido de possibilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se que o presente estudo é vinculado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), dentro da linha de pesquisa Política Social, Movimentos Sociais e Cidadania. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC/GO sob o número 15928619.5.0000.0037 e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas sob o número 15928619.5.3001.5078.

A contribuição deste estudo, em consonância com o Projeto ético-político do Serviço Social, é subsidiar a reflexão e o fortalecimento da atuação do assistente social na política de saúde, sobretudo dos profissionais do Serviço Social no HC. Entende-se que o debate das políticas sociais públicas, em especial a de saúde, tem demandado e despertado cada vez mais interesse científico e requerido investigações do ponto de vista teórico-metodológico e epistemológico. A Política de Saúde, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, compõe o Sistema de Seguridade Social garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF 1988), como preconizado no seu artigo 194 e reconhece no seu art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito constitucional e de que a defesa desse direito se relaciona aos direitos defendidos pelo Projeto ético-político do Serviço Social, e coaduna com os compromissos firmados pelos assistentes sociais,

o objeto desse estudo é a atuação do assistente social do HC/EBSERH voltada ao acesso dos usuários ao SUS, num contexto de retração desse direito em razão da política econômica adotada pelo Estado brasileiro.

Diante do objeto pesquisado, o objetivo principal desse estudo é investigar e analisar a intervenção profissional do assistente social do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH na perspectiva da viabilização do direito ao acesso dos usuários ao serviço de saúde institucional e da rede de serviços. Problematizando, assim, os desafios impostos ao trabalho profissional pelas relações de produção e agravados pela adoção da política neoliberal no Brasil. Dessa maneira, o objetivo geral, por si só, não traria as informações sobre todos os detalhes que se buscava alcançar, relativos ao trabalho profissional, sendo necessário estabelecer outras metas mais específicas para demonstrar e refletir sobre como se realiza a ação do assistente social nesse projeto.

Com isso, foi necessário delinear objetivos mais específicos, buscou-se pesquisar como iniciou a constituição da saúde no Brasil, compreender o Serviço Social no contexto histórico, político e econômico da sociedade capitalista brasileira e identificar as formas de intervenção dos assistentes sociais inseridos em um hospital público.

O percurso metodológico proposto para esse estudo consiste na pesquisa exploratória de cunho qualitativo, analítico e descritivo uma vez que para o descortinamento do objeto será necessário levantar informações sobre o local da pesquisa, das possíveis determinações do objeto e aprofundar o conhecimento sobre a realidade na qual o mesmo está inserido (TRIVINOS 1992; SEVERINO 2007).

Com a pesquisa bibliográfica buscou-se aprofundar o estudo do tema e identificar diferentes abordagens de autores que problematizam parte do objeto a ser discutido e que têm contribuído nos debates e reflexões sobre a temática proposta pelo estudo.

A pesquisa documental possibilitou a análise de documentos institucionais produzidos, bem como as intervenções realizadas pelos assistentes sociais entrelaçadas ao que é definido nas leis no que tange a área da saúde, como a

Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (LOS 1990) dentre outras que venham possibilitar apreender a realidade investigada e analisar o objeto proposto.

Na construção do estudo foi fundamental a pesquisa no Banco de Dados do Serviço Social, no qual são registradas exclusivamente as intervenções realizadas pelos profissionais de Serviço Social que atuam no HC/UFG/EBSERH, estando estruturado na Intranet, página criada para que os profissionais possam ter acesso a informações referentes ao seu local de trabalho, e facilitar a comunicação e o acompanhamento para dar prosseguimento ao trabalho iniciado ou desenvolvido por outro assistente social do HC/UFG/EBSERH.

Nesse sentido, o Banco de Dados se constitui num importante instrumento facilitador do acompanhamento intraprofissional aos usuários da instituição. Os registros profissionais são depositados no link: Sistema de Controle do Serviço Social (SCSS), ao qual somente os profissionais com formação em Serviço Social e que atuam vinculado a Seção de Serviço Social possuem acesso. Portanto, outros profissionais não possuem acesso aos registros realizados, o que assegura o sigilo profissional. As informações necessárias aos demais profissionais são disponibilizadas por meio de registro manual no prontuário dos usuários que durante o período de internação são arquivados nas enfermarias das clínicas e que após a alta hospitalar se encontram arquivados no Serviço de Marcação de Consultas (SAMIS).

Cada assistente social possui um *login* e uma senha para acessar as intervenções realizadas a cada paciente, verificar qual(is) profissional(is) as realizaram anteriormente, e inserir uma nova intervenção. Para acessar os registros efetuados é necessário colocar o número de prontuário do paciente.

Utilizou-se como instrumento para a coleta de informações no Banco de dados do Serviço Social um Roteiro semiestruturado contendo questões que serviram para identificar e classificar as evoluções registradas relativas aos atendimentos realizados pelos profissionais aos usuários no intuito de desvelar os encaminhamentos efetivados.

Foram levantados os seguintes dados: intervenções realizadas pelo profissional no período indicado para coleta de dados, as principais ações desenvolvidas por esses profissionais; as articulações com a rede, seja com a equipe de saúde do HC ou com a rede disponível na comunidade, como Ministério Público, Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas), Centro de Referência Especializado em Serviço Social (Creas), Centro de Referência em Assistência Social (Cras), Conselho do Idoso, da criança e do adolescente, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (Dpca), Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (Deam), Fórum/defensoria pública, Juarez Barbosa, dentre outros; orientações sociais aos pacientes e familiares; repasse de benefícios eventuais (pontuais); busca ativa; emissão de declarações; realização de encaminhamentos; realização de estudo social, discussão de caso intra e multiprofissional; elaboração de memorandos, ofícios, parecer social, relatório social; e realização de entrevistas, visitas domiciliares e visitas institucionais. Estes dados serão extraídos e analisados a fim de identificar os encaminhamentos realizados pelos profissionais durante ou após o atendimento do usuário.

As informações coletadas foram organizadas e analisadas tendo como subsídio o referencial teórico adotado no estudo de forma analítica e articulada aos compromissos profissionais estabelecidos no código de ética profissional do Serviço Social e aos princípios estabelecidos na reforma sanitária. A identidade dos profissionais responsáveis por cada intervenção será mantida em sigilo.

Atualmente o Hospital em questão conta com 27 assistentes sociais, dentre eles, dez residentes, doze são servidores da UFG, dois são funcionários da Ebserh, dois são contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas/FUNDAHC (empresa terceirizada) e um pertence à Secretaria Municipal de Saúde/SMS e está à disposição dessa unidade de saúde. Os residentes são divididos por áreas de concentração: materno infantil, urgência e emergência e hematologia/hemoterapia, estruturados pelo próprio programa de Residência Multiprofissional em Saúde gerido pelo Ministério da Educação. Já os assistentes sociais contratados e concursados pela UFG são distribuídos de acordo com as clínicas e com as necessidades do trabalho.

Rotineiramente o assistente social é requisitado para mediar as relações estabelecidas dentro da unidade, sejam elas entre equipe e usuários, principalmente com relação aos condicionantes sociais que interferem na adesão ao tratamento, como na alta hospitalar, dentre outros fatores, ou para mediar a relação entre os usuários e os serviços disponibilizados na comunidade, por meio de contatos com outros equipamentos sociais. Nesse sentido a demanda apresentada ao profissional no ambiente de saúde são inúmeras e são requisitadas tanto por outros profissionais da saúde como pelos próprios usuários.

Para este estudo foram coletadas e analisadas somente as evoluções/acompanhamentos realizados pelos profissionais que atuaram no HC no ano de 2017. Não fizeram parte da coleta de dados os registros de profissionais de outras áreas, profissionais afastados por licença e aqueles que não atuaram no ano de 2017. Embora inicialmente os registros efetuados pelos residentes do segundo ano (R2)¹ em Serviço Social estivessem incluídos, não havia no período esses profissionais na instituição, assim não entraram na coleta. Os dados coletados foram tratados, analisados, discutidos e apresentados por meio de recursos tecnológicos como programas do Excel, bem como por meio de tabelas e gráficos.

Essa dissertação está dividida em três seções. Na primeira seção, foi analisada a trajetória da saúde no Brasil de acordo com os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais da época e que interferiram – e interfere – diretamente na configuração do Sistema Único de Saúde. Procurou-se, com isso, desvelar o desenvolvimento das ações em saúde na sociedade brasileira, suas características e desafios numa realidade de Contrarreforma do Estado.

Na segunda seção foi contextualizado o surgimento do Serviço Social no Brasil e o seu desenvolvimento, considerando os determinantes para a sua emergência enquanto categoria profissional. Destacou-se, nesse processo, a ruptura com o conservadorismo e a emergência do Projeto Ético-político.

Na terceira seção o trabalho dos assistentes sociais no Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH é analisado buscando compreender como os assistentes

¹ Optou-se por inserir apenas os residentes do segundo ano por estarem mais bem familiarizados com a rotina da instituição e com o registro no Banco de Dados.

sociais podem contribuir com o acesso dos usuários aos serviços de saúde desvelando-se como isso se concretiza na intervenção profissional.

Este estudo torna relevante na medida em que procura desvelar de que forma a profissão tem contribuído para a viabilização desses direitos ao buscar assegurar o acesso do usuário ao sistema de saúde, ao mesmo tempo em que o trabalho exercido por esse profissional está inserido em uma dinâmica de retração de gastos públicos direcionada pela política econômica adotada a partir de 1990, inviabilizando assim, programas sociais e os serviços públicos nos campos da saúde, educação, habitação dentre outros.

1 – SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E DESENVOLVIMENTO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Para se compreender o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil como é hoje, é necessário acompanhar as mudanças conjunturais e ideológicas que a saúde sofreu ao longo do tempo, a partir de uma visão ampliada e crítica de todo o movimento da sociedade, partindo do passado para o presente a fim de entendermos o significado da saúde para a população, e a sua necessidade na contemporaneidade, tendo em vista que o acesso a saúde é uma necessidade básica da população.

O objetivo deste capítulo é analisar as primeiras ações voltadas para a área da saúde no país até o seu reconhecimento como um direito universal do ser humano e dever do Estado, considerando todos os determinantes e condicionantes que atravessaram a implementação da Política de Saúde no Brasil.

1.1 Processo histórico da Política de Saúde de forma Global e sua forma peculiar no Brasil: as primeiras ações e a intervenção do Estado

As ações em saúde foram resultados das mudanças ocorridas na sociedade por volta do século XVIII, motivadas pelo modo de produção capitalista, com evidentes consequências para a saúde da população. Gerou-se um avanço nas forças produtivas por meio da inserção da máquina fatura que proporcionou maior produtividade e agilidade aos trabalhadores, contudo intensificou o processo de alienação. Com esse avanço, mulheres e crianças foram recrutadas para trabalhar nas fábricas. Os trabalhadores foram submetidos a exaustivas horas de trabalho em condições insalubres com jornadas de trabalho que chegavam a mais de 16 horas por dia. Após várias lutas e movimentos a carga horária foi reduzida em 1846 para 12 horas na Inglaterra.

No século XIX na Europa, o sistema capitalista se desenvolveu de forma célere provocando o aparecimento e crescimento de grandes cidades, aprofundou-se o número de migração do campo para a cidade resultando em um número grande de

peças nas cidades em busca de trabalho. Em decorrência desse processo acentuou-se a miséria, a desigualdade, doenças e a formação dos primeiros bairros operários, expressando as contradições geradas pelo sistema capitalista. Essas contradições repercutiram diretamente no estado de saúde dos trabalhadores em face da agudização da questão social (BRAVO, 2013).

Essas transformações não ocorreram de forma passiva e sem resistências. Segundo Hobsbawm (1986), neste período, a Europa foi palco de grandes revoluções ocasionadas pelos descontentamentos dos trabalhadores. Em consequência da falta de limpeza nas ruas, de falta de água tratada, saneamento, moradias adequadas e precárias condições de trabalho. Esse processo acarretou o aparecimento de epidemias e doenças contagiosas, atingindo também a classe dominante. Tais condições foram decisivas para a mobilização e luta dos trabalhadores na defesa dos seus direitos.

Diante de tal realidade algumas ações na área social foram sendo implantadas como estratégia de legitimação da classe burguesa e conseqüentemente do sistema capitalista. Na metade do século XIX a saúde passou a ser tratada como questão de política em decorrência do agravamento das necessidades sociais da população e como resultado da luta de classes. “As modificações mais importantes na prática em saúde iniciaram-se no século XVIII, prolongando-se pelo século XIX, nos principais países capitalistas: Alemanha, França e Inglaterra”. Elas foram determinadas pelas condições objetivas de cada país (BRAVO, 2013, p. 36).

Essas práticas na área da saúde se transformaram ao mesmo tempo em que ocorreram as transformações no sistema capitalista. Grande parte das práticas profissionais na saúde tiveram seu início com o desenvolvimento do capitalismo monopolista. A intervenção médica é anterior a esse período marcada pela autonomia dessa categoria. “Na sociedade medieval, a medicina tinha um caráter autônomo, a assistência social era de responsabilidade da igreja, inclusive o cuidado aos enfermos não havendo intervenção do estado (BRAVO, 2013, p. 17)”. Com as transformações no mundo do trabalho, isto é, em decorrência do desenvolvimento das forças produtivas ao longo dos anos o cuidado médico é requisitado pela nova classe, ou seja, a classe trabalhadora.

Foram criados alguns modelos de saúde na Europa, como o implantado por Bismark na Alemanha de cunho obrigatório e desigual, uma vez que era destinado apenas ao mundo do trabalho e das relações empregatícias, ainda que tivesse um caráter de compensação face as contradições existentes. Na França foi criada a medicina urbana em decorrência das revoltas, isto é, período no qual os trabalhadores em precárias condições de existência saqueavam estabelecimentos a procura de alimentação. Foi nesse período o movimento de ascensão da classe burguesa formando a sociedade liberal capitalista na defesa da liberdade, igualdade e fraternidade, tomando assim, a Bastilha. Tal fato propiciou o engajamento da medicina urbana com o objetivo de reorganizar a vida social e amenizar os seus males (BRAVO, 2013).

Conforme Bravo (2013) na Inglaterra foi criada a medicina força do trabalho, tendo em vista que no século XIX os trabalhadores tornaram-se uma força política questionadora e participativa nos movimentos de lutas. A pobreza era considerada pela classe dominante como um fato individual devendo ser controlada para não atrapalhar a acumulação e o desenvolvimento do capital. As organizações dos trabalhadores na Inglaterra ganharam força, sendo a primeira forma de luta, caracterizada pela destruição das máquinas em 1810 e 1820. Posteriormente foram criados sindicatos e movimentos em prol dos trabalhadores, como a mobilização em busca do sufrágio universal reconhecida como cartismo, surgiu-se assim, uma nova classe a dos proletários industriais.

Nesse sentido, a medicina como categoria da elite, uma vez que era exercida pelos filhos dos grandes proprietários de terras, empresários e políticos, reproduzia as tensões sociais geradas pelo modo de produção capitalista atuando de modo a agir por meio da cooptação e da desmobilização dos movimentos dos trabalhadores, ação esta que se dava através do Estado mediatizada pelas políticas de saúde.

A intervenção médica reproduzia a ideologia do sistema, isto é, centrada no liberalismo e no individualismo, uma vez que desconsiderava os determinantes de saúde e de doença restringindo as enfermidades a um problema individual, tratava-se assim, o doente com ações pontuais e fragmentadas, sem a existência de uma intervenção educativa e conscientizada.

Os trabalhadores não se mantiveram imóveis ao passo dessas mudanças, ao contrário, se mobilizavam em prol de melhores condições de trabalho conquistaram a redução da jornada de trabalho, melhores condições e aumento de salário o que não significou melhores condições de vida.

As formas utilizadas pelo proletariado para contestar as péssimas condições de vida foram as manifestações políticas e as greves. Em 1890, foram registradas grandes greves na Inglaterra, Estados Unidos, França, Alemanha e Itália. O operariado, a partir de 1870, começou a formar seus próprios partidos, frequentemente inspirados em Marx e em Engels (BRAVO, 2013 p. 50).

Esse período ficou marcado pelo progresso e pelo novo modo de produção provocando assim, mudanças nas condições de vida e de trabalho da população. O progresso se instaurou principalmente nas indústrias, nos bancos e nos comércios. Esse movimento favoreceu maior aprofundamento do antagonismo entre as classes.

A burguesia, nesta época, como classe dominante reacionária, lutou em nome da razão, da liberdade, da igualdade e da fraternidade se convertendo após a vitória em classe contrarrevolucionária, uma vez que abandonou os princípios baseados no bem comum com o objetivo de se favorecer dos lucros de manter a ordem estabelecida, tendo como influência de ação o positivismo (BRAVO,2013).

Com o aprofundamento das ações conservadoras na Europa, as intervenções na área da saúde tiveram como foco central os aspectos biológicos, desconsiderando os fatores determinantes da saúde, com ênfase no individual e não no social, responsabilizando unicamente o indivíduo pelo seu estado de saúde e pelos seus infortúnios pessoais.

A concepção de saúde e as práticas modificam-se a partir da dinâmica das relações sociais. O movimento operário, na Europa, início do século, passou a lutar pelo direito a saúde, exigindo do estado que todos os cidadãos tivessem acesso aos melhores padrões da prática médica. Esta exigência fazia parte de um programa mais amplo de Previdência Social para os trabalhadores. O primeiro país em que o Estado instaurou um sistema de previdência social foi na Alemanha, em 1833, seguindo-se: Áustria, em 1888, Grã-Bretanha e Rússia, em 1911; Romênia, em 1912; Holanda, em 1913; Suíça, em 1914-1916; Bulgária, em 1918; Portugal, em 1919; Grécia, em 1922;

União Soviética, após a revolução de outubro, em 1923; França, em 1928 (BRAVO, p. 55, 2013).

Os trabalhadores em face da agudização da questão social mobilizaram para a defesa dos seus direitos. Apesar da movimentação dos trabalhadores o Estado se responsabilizou em assegurar o acesso aos serviços de saúde para toda a população, aumentando a pressão dos trabalhadores sobre os empresários com o intuito de que os mesmos financiassem os seus seguros saúde. Ampliou-se os serviços de saúde na Europa, após o fim da primeira guerra mundial alcançando o conjunto da população. Nesse sentido, foi criado o Estado de Bem estar Social com políticas sociais voltadas para a prestação de serviços sociais para a população (BRAVO, 2013).

Em 1929, com a crise capitalista, o Estado de Bem estar Social ganhou maior fundamentação diante do agravamento da questão social, das precárias condições de vida da população em consequência do aumento do desemprego. Disso resultaram as greves operárias, exigindo a intervenção do Estado, tornando-se assim a política social um dos principais mecanismos de mediação na relação Estado e sociedade. Dessa forma, a política social aparece de forma sistematizada, em parte como resposta a luta dos trabalhadores e em parte como manutenção do próprio sistema.

Os movimentos sociais com o seu protagonismo contribuíram indiretamente para a criação de leis para intervir na pobreza definindo-se assim, alguns direitos para os trabalhadores, como o aumento de salários e a redução da jornada de trabalho. Reconheceu-se a pobreza e a necessidade de prestar assistência aos considerados indigentes. Essas mudanças foram implantadas com a pretensão de preservar a ordem existente e não de construir novas formas de sociabilidade.

Nesse sentido, as questões relacionadas a saúde de forma global passaram a ter a intervenção do Estado em decorrência da mobilização dos trabalhadores em prol de melhores condições de vida e de saúde. Portanto, a políticas sociais são concebidas e determinadas na contradição gerada pelo sistema capitalista, entre os que possuem os meios de produção e os que possuem a força de trabalho, isto é, no agravamento da questão social.

No Brasil Política de Saúde está articulada às determinações sócio históricas engendradas no cotidiano da vida social, geradas principalmente, pelo desenvolvimento do sistema capitalista, dessa forma, a trajetória da política de saúde está permeada por interesses antagônicos, atravessada por processos de avanços e retrocessos.

A partir de 1930 alteraram-se as relações sociais, uma vez que a modificação na política acarretou em mudanças na vida social incitadas desde a crise de 1929. Diante dessas mudanças um dos fatores que contribuíram para o fortalecimento das indústrias no país foi a redução das importações enfraquecidas neste período.

Na década de 1930, Getúlio Vargas assumiu a presidência do País em caráter provisório e, para dar legitimidade ao governo, fez uso das políticas sociais com ações voltadas principalmente para o mundo do trabalho.

Surge daí o nacionalismo defendido por Vargas, ou seja, era preciso que o Brasil se voltasse para o desenvolvimento interno, o que fomentou o processo de industrialização do país, intensificado com a aproximação com os Estados Unidos beneficiando a produção interna através das indústrias filiais.

Esse processo contribuiu com a expansão do mercado de trabalho, e a conseqüente entrada dos trabalhadores nas indústrias que requereu mão de obra mais qualificada colaborando para o crescimento da demanda por qualificação (MENDONÇA, 2014). Esta dinâmica de modificações está vinculada ao processo de industrialização do país, ao surgimento de uma nova burguesia e ao fim da República Velha.

Antes de 1930, na República Velha (1889-1930), a atuação do Estado na área da saúde era focada no desenvolvimento do modelo econômico agroexportador, no qual os estados estabeleciam o acordo da política café com leite². Para possibilitar

² A Política do café com leite (1894 e 1930) foi uma política que se destinava à predominância no poder nacional das oligarquias paulista e mineira, porém o revezamento foi quebrado pelo presidente Washington Luís, que indicou como candidato à Presidência da República o paulista Júlio Prestes. Entretanto, o candidato que deveria ser indicado a presidência era o mineiro Antônio Carlos de Andrade e Silva. Essa atitude gerou revolta nas oligarquias divergentes que se juntaram a outros estados a fim de formar a Aliança Liberal, lançando como candidato Getúlio Vargas. Júlio Prestes ganhou as eleições, mas a Revolução de 30 impediu sua posse, pois se desencadeou quando Getúlio foi levado ao poder em outubro de 1930. Cf.: OLIVEIRA.

que esse modelo se expandisse sem prejudicar a produtividade dos trabalhadores foram criadas as campanhas sanitárias que objetivavam controlar as doenças que afetavam o desempenho e a produtividade da classe trabalhadora que porventura prejudicassem a produção e o desenvolvimento do capitalismo (SILVA, 1996).

A sociedade de classes, portanto, foi reforçada através da exploração dos proletários que viviam em condições desumanas, subordinados as longas horas de trabalho. Por outro lado, as camadas detentoras dos meios de produção se consolidavam cada vez mais.

Exigiu-se, assim, respostas do Estado frente à gravidade que envolvia a saúde pública brasileira. As ações campanhistas³ tinham como objetivo aniquilar as epidemias desconsiderando-se os meios de prevenção, porém o método utilizado à época gerou grande insatisfação da população devido a arbitrariedade das ações. Com o desenvolvimento do sistema capitalista e o avanço do processo de industrialização as ações campanhistas foram sendo reduzidas simultaneamente ao surgimento da assistência médica via previdência social.

No início da industrialização, os operários não tiveram quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, estando à margem da história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas conquistados e trazidos pelos imigrantes. Assim, iniciou-se um processo de mobilização e organização da classe operária no Brasil com o intuito de lutar por seus direitos, que culminaram com duas greves gerais no país, em 1917 e 1919 (FILARDI, 2017, p. 19).

Este período possibilitou o surgimento de políticas nacionais para enfrentar as demandas geradas pela questão social e aprofundadas pelo processo de industrialização e ampliação da classe trabalhadora, oriundas da migração⁴ e

³ O modelo campanhista teve origem nas brigadas realizadas por militares para combater os mosquitos causadores da malária e febre amarela que se abatiam sobre a tropa americana, destacada para a construção do Canal de Panamá, por volta de 1901, na América Central. Para dar continuidade à construção deste canal importante para o desenvolvimento econômico da época e consolidação da dominação americana, deu-se "o combate à moléstia num modelo centrado na luta contra o mosquito, inaugurando-se as campanhas contra a doença" (Labra, 1978:225 apud SILVA, 1996, p.11).

⁴ A migração de origem europeia influenciou sobremaneira a instalação de movimentos reivindicatórios dos trabalhadores no período de 1917 a 1919. Estes anos são marcados por intensas transformações, onde o Estado é levado a alterar sua postura não intervencionista, até então dominante, marcando uma ruptura com as práticas vigentes na República Velha de um Estado regido fielmente pelos "princípios

complexificação social. Questão social apreendida neste trabalho como bem conceituada por lamamoto,

Como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

Os trabalhadores foram inseridos em condições de vida aviltantes, afetando até sua capacidade vital, assim, as reivindicações dos trabalhadores passaram a ser notadas, em determinado momento, pelo poder dominante, isto é, por aqueles que detinham os meios de produção. Assim, devido a necessidade de adquirir legitimação, o Estado passou a intervir no quadro de pauperização da sociedade. Como afirmam lamamoto e Carvalho,

O desdobramento da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 126).

Como consequência, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves nº4.682, que estabeleceu o marco inicial da previdência social no país, pela qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), estruturadas pelas empresas e geridas por comissões compostas por patrões e empregados sem a participação do Estado. O tratamento dispensado às expressões da questão social neste período objetivava meramente acalmar e abafar os movimentos sociais (FILARDI, 2017).

A primeira CAPS foi criada com a finalidade de favorecer os trabalhadores ferroviários, tendo em vista que esses trabalhadores eram importantes para a economia do país naquela época, como também pela capacidade de organização e

do liberalismo econômico no que tange ao mercado de trabalho (...) (FLEURY TEIXEIRA; OLIVEIRA apud SILVA, 1996, p. 22).

mobilização que essa categoria estava construindo. As CAPS contemplavam benefícios proporcionais às contribuições, tais como: assistência médica-curativa e o fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e o auxílio funeral. (SILVA, 1996).

A proteção do trabalhador vinha acompanhada de uma forte vigilância e controle de sua conduta, com a supressão do direito de greve e da livre associação sindical. Portanto, a intenção do Estado não tinha como foco o desenvolvimento da cidadania plena (como não seria possível no âmbito do sistema capitalista), mas sim de uma cidadania controlada, uma vez que existia um movimento de enfraquecimento dos direitos políticos e civis e uma grande ênfase nos direitos sociais, com objetivo de gerar uma massa passiva, apática e sem participação (GONÇALVES, 2006).

O atendimento desses direitos ocorreram, assim, para amenizar os conflitos decorrentes do novo modo de produção por meio de um discurso paternalista e integrador protagonizado pelo Estado com o intuito de encobrir a luta de classes. Dessa forma, uma das medidas adotadas no governo após a reestruturação do sistema foi a transição das CAPs que passaram a ser Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), e a forma de atendimento deixou de ser por empresa para ser organizada por atividade desenvolvida, ou seja, o mesmo órgão geria profissionais de diferentes empresas (COHN, 2001).

É evidente que as Políticas Sociais em sua essência são compostas por contradições, uma vez que representam interesses divergentes, funcionando muitas vezes de forma ambígua, pois serve a “movimentos opostos em um mesmo contexto” (LANÇA, 2012, p. 57). Nesse mesmo sentido, em 1934⁵, foi publicada a nova Constituição do Brasil que possibilitou o avanço de alguns direitos e garantias individuais com relevância para a criação do Ministério de Trabalho e a lei sindical em 1939.

Neste período, foi instaurada a ditadura do Estado Novo (1937-1946), que contraditoriamente favoreceu a constituição do grande capital e contemplou algumas

⁵ [...] A pretexto da manutenção da “segurança nacional” que estaria ameaçada pelo levante comunista de 1935. Lembre-se que, por mais forjados que possam ter sido os argumentos que pretenderam justificar este segundo golpe, o do Skidmore (1975), tanto a esquerda (com a Aliança Nacional Libertadora e o PCB), quanto a direita (com a Ação Integralista Brasileira). Estes episódios forneceram munição suficiente para sucessivos estados de sítio, com apoio do Legislativo, e culminou no golpe que instaura uma ditadura às vésperas da eleição, que deveria ocorrer em 1938 (SANTOS, 2012, p. 73).

reivindicações dos trabalhadores no desígnio de proporcionar legitimidade ao governo. Em relação a saúde foi criado o Ministério da Educação e Saúde com foco nas ações sanitárias e para os trabalhadores segurados que trabalhavam com carteira assinada.

Outros fatores significativos foram a redução da jornada de trabalho para oito horas diárias, o estabelecimento de um salário mínimo, e a junção das leis referentes ao trabalho por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943 (GONÇALVES, 2006).

O fim da ditadura do Estado Novo (1945) não significou de forma evidente a saída da velha elite do poder, pois as mudanças realizadas na estrutura da sociedade sempre foram de cima para baixo, nesse sentido mudavam-se os políticos mantendo-se a lógica do capital nos governos subsequentes.

Apesar do Estado interferir nas relações sociais de produção o mesmo não estendeu os direitos e benefícios a todos os segmentos sociais, uma vez que as políticas sociais criaram um mix, ao mesmo tempo de exclusão e inclusão das demandas apresentadas pela sociedade. O atendimento a essas demandas era caracterizadas por uma relação de causa e efeito, entre a pobreza e a doença. Nesse sentido, ao se intervir na doença os aspectos econômicos, sociais e culturais não eram considerados (SILVA, 1996).

No governo de Juscelino Kubitscheck (1956-1961) não foi diferente, pois este valorizou a política econômica em detrimento a política social (GONÇAVES, 2006). O objetivo assumido era possibilitar o avanço do capital, tendo como marca de governo o desenvolvimento de cinquenta anos em cinco anos. Sendo assim, construiu Brasília e a indústria automobilística, favorecendo dessa forma, o processo de industrialização do país, provocando um forte crescimento do PIB.

Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), após o aumento do volume da massa trabalhadora industrial que reivindicava pelo atendimento de suas demandas, uma vez que a arrecadação aumentou conforme o processo de contratação.

Assim a nova Lei unificou todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ficando os demais, como militares, servidores públicos,

trabalhadores domésticos e rurais excluídos do novo regime. Portanto, todos os trabalhadores formais foram agrupados em um mesmo regime com administração centralizada (SILVA, 1996).

Em 1963, no governo de João Goulart, ocorreu a 3^o Conferência Nacional⁶ de Saúde que criticou as intervenções pautadas nas campanhas sanitárias que sobrecarregavam os cofres públicos e exigiam grandes investimentos, uma vez que a tecnologia usada era importada. Dessa maneira, grupos formados por intelectuais, profissionais da saúde e estudantes defendiam a criação de ações permanentes na saúde pública, com a oferta de duas propostas: uma que defendia um sistema de saúde para todos e outro organizado de forma descentralizada. Ambas acabaram sendo reprimidas pela ditadura militar instaurada.

O Presidente João Goulart propunha um governo voltado para a promoção da justiça social e da soberania nacional. Defendia a valorização dos trabalhadores, buscava efetuar as reformas de base (agrária, tributária, urbana, educacional e eleitoral) e a independência do país no exterior, bem como diminuir os lucros do capital estrangeiro. Entretanto, a burguesia possuía duas alternativas, disputar a direção da sociedade por meio dos projetos de sociedade ou apelar de forma antidemocrática e repressora, solução adotada com o golpe civil militar em 1964. Segundo Bravo,

A emergência da ditadura brasileira se inscreveu no cenário internacional, que apresentou uma sucessão de golpes de Estado patrocinados no curso dos anos 1960 pelos centros imperialistas, sob a hegemonia norte-americana [...]. Essa estratégia tinha como finalidades: internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esse processo e mobilizar as tendências contrárias a revolução e ao socialismo (BRAVO, 2011, p. 54).

As ações defendidas pelo então Presidente do Brasil desagradou a elite dominante, isto é, a burguesia, colaborando para o golpe militar. O golpe militar significou a obstinação capitalista sobre as possibilidades de conquistas e avanços

⁶ A primeira Conferência ocorreu em 1941, no Governo de Getúlio Vargas. Tinha como temas: 1. A Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. A segunda Conferência ocorreu em 1950, no Governo de Gaspar Dutra, cujo tema era: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.

sociais, nesse sentido agiu por meio da força e repressão para impedir um governo voltado para o povo, como afirmam Lara;Silva:

Por meio da violência, os setores reacionários atuaram com prisões de lideranças, torturas, assassinatos, expulsão de líderes esquerdistas do país e intervenção em sindicatos. Sob o contexto da Guerra Fria e em nome do anticomunismo, as forças reacionárias do país instituíram uma ditadura civil-militar que objetivou promover a internacionalização da economia e a reconcentração de renda, poder e propriedade nas mãos de corporações transnacionais, monopólios estatais e privados e grandes latifundiários, aprofundando sua integração com o mercado mundial e suas ligações com o capital financeiro e industrial internacionais (LARA; SILVA, 2015, pp. 277).

Assim, em 1964, numa realidade repleta de conflitos e interesses antagônicos caracterizada por uma crise política e institucional, foi instaurado o golpe militar, isto é, a ditadura do grande capital. Com objetivo de aniquilar as propostas defendidas pelo governo anterior. Logo,

A ditadura civil-militar atuou radicalmente para barrar as pretensões de conquistas econômicas e sociais do governo João Goulart. A primeira medida do governo de Castelo Branco foi revogar a Lei de Remessa de Lucros, que impedia as empresas estrangeiras de fazer remessa de lucros exageradas para o exterior. Ele estabeleceu o arrocho salarial, revogou o decreto que desapropriava terra às margens das estradas para a reforma agrária, revogou a nacionalização das refinarias particulares e o decreto que congelava os aluguéis, restringiu o crédito às pequenas e médias empresas, deu as mais amplas garantias ao capital estadunidense que foram estabelecidas pelo Acordo de Garantia dos Investimentos Norte-Americanos no Brasil (LARA; SILVA, 2015, p. 278).

No que diz respeito aos direitos dos trabalhadores, houve grande retrocesso com o fim da lei que garantia a estabilidade na empresa quando o trabalhador completasse 10 anos de trabalho, a fixação dos reajustes salariais, pagando abaixo da força de trabalho e o arrocho salarial. A política salarial adotada pela ditadura se colocou contrária a classe trabalhadora. Como forma de inibição das reivindicações dos trabalhadores foi criada a Lei antigreve que só seria considerada legal se o empregador atrasasse o salário (LARA; SILVA, 2015).

A ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação a sociedade civil, de forma abrupta e profunda. Houve o desenvolvimento de um Estado estranho, estrangeiro, inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob controle e exploração. [...]. Em contrapartida, os grandes banqueiros, empresários, comerciantes e latifundiários, nacionais e estrangeiros, conseguiram amplo espaço de conversações e decisões nas esferas estaduais. O Estado forte, ativo, “modernizado”, configurou-se como Estado repressivo, opressivo e despótico (BRAVO, 2011, p. 56).

Logo, esse período marcado pela repressão e inseguranças, as ações modificadas pelo regime repercutiram diretamente nos direitos dos trabalhadores, ao excluir das decisões políticas a classe trabalhadora. Perseguições, assassinatos, exílios, desaparecimentos foram algumas marcas deixadas por esse governo (BRAVO, 2011).

Diante desse quadro, as bases de sustentação da saúde previdenciária, encontrava-se em decadência devido ao não repasse dos recursos à saúde pela união, pelo fato de que a grande massa brasileira estava fora do mercado formal de trabalho e aqueles trabalhadores que contribuíam estavam envelhecendo. A suspeita de fraude fomentou a criação de uma comissão para formular alternativas visando o fim da crise. Em 1966 os IAPS foram unificados em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), essa junção significou a centralização da previdência no Brasil e a reprodução da desigualdade e exclusão social (GONÇALVES, 2006).

A política de saúde continuou organizada em campanhas sanitárias e em medicina previdenciária para os trabalhadores segurados vinculados formalmente ao mercado de trabalho e inacessível para aqueles que não podiam custear, exceto pela complementação pública ou filantrópica de amparo aos indigentes, por meio das Santas Casas, o que nos assegura considerar que grande parte da população brasileira não tinha acesso aos serviços de saúde (SILVA, 1996).

Contraditoriamente, neste período houve o aumento de contribuições em decorrência do aumento do número de trabalhadores no mercado formal gerando, por conseguinte o aumento de gastos no setor, seja pela criação de prédios e hospitais ou pelo desvio legal da verba para promover as ações do governo. O Estado diante dessa problemática criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no ano de 1978.

Na ditadura militar, o movimento que ocorre na área da saúde é notado pelo enfraquecimento das ações campanhistas e pelo aumento da demanda individual fortalecendo o setor privado por assistência médica. De acordo com Bravo, “a área da saúde passou a assumir uma diferenciação que foi orientada por valores, tais como a lucratividade e o controle da força de trabalho” (BRAVO, 2011, p.62).

Essa dinâmica fortaleceu a dicotomia entre os dois setores, intensificando a distância entre saúde pública e privada. As ações em saúde pública foram marcadas pela falta de articulação entre os estados e municípios, e foi criada uma saúde centralizada que não conhecia as especificidades de cada região e que, com a insuficiência de recursos, impossibilitava o desenvolvimento de ações mais adequadas à prevenção e promoção da saúde da população.

No que se refere à economia, o Brasil vivenciava o chamado “milagre econômico”, resultado dos altos índices de crescimento da economia e do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Esse processo econômico teve como consequência uma alta concentração de renda, acirrando a exploração dos trabalhadores que sofriam com o arrocho salarial e as péssimas condições de vida; as altas taxas de inflação; a estagnação econômica e o endividamento do País. No entanto, a sociedade civil organizada, sobretudo a classe trabalhadora, urbana e rural, expressou nas greves do ABC paulista a resistência à ditadura, levando à sua exaustão (SILVA, 1996).

Destarte, no fim dos anos de 1970 o movimento sindical intensifica sua luta em oposição ao regime e contra a exploração do trabalho e a defender a reposição salarial, o fim do arrocho e melhores condições de vida. As ações na área da saúde permaneceram centralizadas desde o Estado Novo de forma eminentemente técnico burocrática. Foram criadas políticas sociais de caráter seletivo e fragmentado para manutenção e legitimidade do governo (LARA; SILVA, 2015). Portanto, a intervenção na questão social no período serviu como busca de novos mecanismos para dar legitimidade as ações do governo. Assim,

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade,

suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2011, p. 58).

A precária situação da saúde brasileira que se encontrava associada a um processo de migração forte e desorganizada, contribuíram para o agravamento das condições de vida da população urbana aumentando a taxa de mortalidade infantil e das epidemias de meningite, serviram de alerta para o Estado e a população (BRAVO, 2011).

A saúde tinha como característica, como referido anteriormente, a duplicidade de um sistema dividido entre medicina previdenciária e de saúde pública, na qual a saúde pública era destinada aos mais pobres e residentes da zona rural e a medicina previdenciária com vinculação ao mercado de trabalho formal atendia os moradores, principalmente das zonas urbanas, regidos pelos Institutos de pensão. Com o aumento do êxodo rural houve também o aumento das doenças e o empobrecimento da população causada pela falta de cobertura da política de saúde e pelo desemprego.

Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado e o desenvolvimento de poucas ações destinadas ao setor público. Em decorrência desse período, foi criado o Ministério da Previdência Social (MPAS), em 1974 com a intenção de demonstrar o interesse do Estado pela previdência, porém o mesmo não apresentou um plano consistente, outros órgãos foram criados como a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM). No mesmo ano foi criado o Fundo de Apoio Social (FAS) como utensílio aos programas e projetos de característica social. Entretanto, sobre o FAS, Bravo aponta que contraditoriamente:

Até 1977, os recursos do FAZ estavam comprometidos com a área de saúde, previdência, sendo que 20.5% se destinaram ao setor público e 79% ao setor privado. Esse fundo se destinou basicamente ao financiamento de leitos hospitalares com fins lucrativos (OLIVEIRA; TEIXEIRA apud, BRAVO, 2011, p. 72).

A saúde pública carecia de apoio e financiamento do governo, pois o mesmo adotara a lógica que privilegia a iniciativa privada, desse modo, destinava baixa

cobertura assistencial ao setor público, as doenças eram em sua maioria relacionada com a pobreza, isto é, com as condições de vida impostas a população.

Nessa conjuntura, as precárias condições da saúde impulsionou, na metade da década de 1970 um movimento conhecido como Movimento de Reforma Sanitária, todavia desde a década de 1950 já havia no Brasil a formação de atores e escolas que defendiam uma saúde preventiva.

Fomentou-se a crítica e a reflexão, em especial, dos profissionais que indicavam a necessidade de se pensar um novo modelo de saúde para o País. Simultâneo ao estudo que ocorria sobre a saúde em âmbito continental pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi apontado um quadro de saúde preocupante em decorrência da disseminação de doenças, assim, foi levantado como formas de intervenção na saúde, a necessidade de planejamento e avaliação das ações, a criação de unidades especializadas e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias. Segundo o estudo, necessitava também de uma administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos.

Termos como, regionalização, descentralização, racionalização, hierarquização começaram a se tornar pautas das discussões. Com esses processos de discussão os termos passaram a fazer parte de uma discussão mais ampla, alcançando profissionais em diferentes regiões do Brasil e colocando em xeque o modelo de saúde adotado.

A saúde era então caracterizada pela falta de articulação, de controle e planejamento das ações em todo o país. Os ideais da reforma, buscava a cobertura da saúde para todos, em especial para as classes subalternas, estes debates ocorreram e culminaram com os movimentos intitulados conferências e em seminários na defesa de uma saúde pública. Ressalta-se que no movimento mais amplo da sociedade o País estava submerso a crise econômica causada pelo auto custo de vida, pelas altas taxas de inflação, a crise da previdência social e o desemprego crescente.

O início da década de 1980 foi marcado pelo auge da crise previdenciária configurada desde a sua implantação e com a crescente industrialização e as alterações na sociedade, os serviços oferecidos não atendiam as necessidades dos trabalhadores na atenção à saúde o que provocou reivindicações por ações direcionadas aos anseios dos mesmos, pois o serviço oferecido não possuía muitas opções voltadas para a atenção primária (GONÇALVES, 2006).

Apesar da saúde, inserida na lógica da contribuição, ser financiada pelos trabalhadores, eles não tinham nenhum controle ou possibilidade de discussão sobre os serviços oferecidos, uma vez que era de forma geral controlada pelo Estado. “Paradoxalmente ao poder de controle do Estado, verificava-se um total descaso para com a rede privada que estava conveniada à previdência na assistência médica, o que culminava na fragilidade do setor” (GONÇALVES, 2006, p. 28).

Portanto, foram criados vários programas na área da saúde com perfis pontuais, focalizados que não consideravam as características geográficas do País. “Esse recorte das políticas sociais frente à realidade ditatorial demonstra o quanto as ações neste período tinham como foco prioritário o controle, em detrimento ao direito” (GONÇALVES, 2006, p. 29).

Logo, as discussões estabelecidas nas Conferências (dentre elas, a 7ª e a 8ª tiveram maior visibilidade e expressão) tornaram-se ambiente para a reflexão e formulação do novo modelo de saúde. A 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu em 1980 e defendeu pontos importantes, como a indicação de implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde fundamentado no compromisso firmado internacionalmente em 1978 com a Alma Ata⁷, com a defesa da atenção primária a saúde (GONÇALVES, 2006).

Uma das estratégias decorrentes da 7ª Conferência foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984, procurava-se aglomerar ações curativas,

⁷ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde na União Soviética, Alma Ata, onde firmaram uma declaração (conhecida como Declaração de Alma Ata) que fixava as prioridades a serem atendidas internacionalmente pelos diversos países que ali se encontravam, visando proteger e promover a saúde de seus cidadãos através de metas que deveriam ser cumpridas até o ano 2000 (GONÇALVES, 2006).

preventivas e educativas ao mesmo tempo, com propostas de articulação dos recursos federais, estaduais e municipais para a atenção à saúde.

Apesar do saldo negativo deixado pela ditadura militar, a década de 1980 demonstrou o poder organizativo da população no que diz respeito ao surgimento de diversos movimentos sociais e a participação da sociedade civil, que se organizaram por meio de entidades, Organizações Não Governamentais (ONGs) e sindicatos traçando um novo caminho na história brasileira, ou seja, com a participação ativa da sociedade civil na construção de uma nova Constituição.

1.2 A saúde no cenário do processo Constituinte de 1988, o reconhecimento dos direitos sociais e a criação do Sistema Único de Saúde

O período anterior a Nova República foi palco de discussões e reflexões sobre um novo modelo de saúde, como mencionado anteriormente, que visava lançar os elementos para a formulação dessa política manifestando as inquietações e as propostas no contexto da realidade sanitária do Brasil.

Imerso a essa conjuntura perante a ineficiência do Estado e pelo fato da saúde nunca ter sido considerada na história brasileira como fator indispensável para o desenvolvimento de todo e qualquer País ressurgiram na realidade as reivindicações dos trabalhadores que não eram contemplados com programas de atendimento às suas necessidades. É imprescindível relatar a mobilização de três protagonistas na busca por melhores condições de saúde, dentre eles, o movimento popular, o movimento das universidades e dos partidos políticos progressistas.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁸, em 1986, foi iniciado o debate a respeito da formulação da política de saúde como norte central do evento a defesa da saúde como:

⁸ Realizada em março de 1986, em Brasília, a conferência foi convocada pelo Presidente da República, por decreto de 23 de julho de 1985, inicialmente para ser realizada em dezembro do mesmo ano e, em novembro, foi transferida para março de 1986. Contou com a participação de 4.500 delegados.

[...] direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial (ANAIS DA VIII CNS apud, BRAVO, 2011, p. 110).

A 8ª Conferência contou com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre elas, mil delegados. Não houve participação dos setores empresariais de saúde em protesto contra o princípio defendido da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Foi entendido nesse processo a necessidade de reestruturação do sistema de saúde, visando a separação da saúde e previdência, a saúde foi considerada no seu sentido mais abrangente a partir dos aspectos resultantes das condições de transporte, lazer, educação, alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, liberdade e acesso aos serviços de saúde (BRAVO, 2011).

A 8ª conferência significou um marco na política de saúde, pois inseriu a sociedade nas discussões de construção da saúde pública. O movimento realizado pela conferência propôs e provocou o fortalecimento do movimento conhecido como Movimento de Reforma Sanitária e foi um dos responsáveis pelo reconhecimento da saúde como um direito universal, a ser garantido pelo Estado.

A principal proposta do Movimento de Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Segundo Bravo, foi travado no processo de construção da “Nova República” um embate entre os grupos privatizante e os que defendiam o SUS. Houve segundo a mesma três propostas diferentes para a área da saúde, nas quais:

A proposta conservadora, que defendia basicamente a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social – proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos. A proposta modernizante/privatista, que apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas do mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados, contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Essa era a ideia defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde. A proposta racionalizadora supunha a saúde como direito

de cidadania e implicaria a responsabilidade do estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas e dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular, a definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como Reforma Sanitária. (BRAVO, 2011, p. 107-108).

Apesar da proposta racionalizadora, isto é, de Reforma Sanitária ter sobressaído nos embates, o projeto de inspiração neoliberal, que tem por objetivo subordinar os direitos sociais a lógica do orçamento, alegando crise fiscal, ou seja, subvertendo o princípio constitucional a disponibilidade dos recursos têm ganhando força e espaço na atualidade, como discutido mais adiante no item 1.3.

Todavia, em julho de 1987, foi aprovado pelo presidente da República o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), colaborando com o processo de descentralização e redefinição das responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal. Nesse sentido, a reforma administrativa no setor, iniciou pela implantação do SUDS.

Esses profissionais colocaram em prática suas ideias reformadoras no âmbito do próprio aparelho estatal, notadamente nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Instalou-se, dessa forma, uma nova ideologia, em busca de uma prática médica menos individual e curativa, porém exercida segundo demandas concretas, personificadas no exercício de uma medicina preventiva e/ou comunitária, dimensionada em função das condições sócio-econômicas da população (SILVA, 1996, p. 33).

Pode-se dizer que o processo constitucional significou o surgimento de um novo tempo inaugurado no Brasil. Nunca houve na história brasileira, isto é, nas outras constituições, uma participação tão ativa da sociedade formando um espaço contraditório, porém coeso, pois, de um lado estavam representados os partidos de esquerda e, de outro, os partidos conservadores. O resultado desse processo foi uma constituição denominada de cidadã (MENDONÇA, 2014).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por uma nova configuração dos direitos civis, políticos e sociais e pela tentativa de estabelecer novas relações sociais no Brasil, ou melhor, uma nova relação entre o Estado e a sociedade. Esse período foi sendo configurado pelas propostas democráticas que tinham o intuito de ultrapassar as práticas clientelistas e patrimonialistas do Estado, mas é no campo dos direitos sociais que estão presentes os maiores avanços da atual Constituição.

Isso fica claro no texto constitucional, artigo 194, que estabelece que 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” (BRASIL, 1988).

A saúde passa a ser componente da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social assumindo a perspectiva de direito universal e não mais como um seguro.

Nesse sentido, é possível afirmar que, no campo conceitual, a introdução da seguridade como sistema de proteção social, enfeixado pela Previdência Social, saúde e assistência social, é um marco no avanço do campo dos direitos sociais no Brasil. Pela primeira vez um texto constitucional é afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que essa população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão (ROJAS COUTO, 2006, p. 161 apud MENDONÇA, 2014).

Esse processo aludiu a necessidade do Estado se responsabilizar com a política de saúde, não mais de forma autoritária e centralizadora, mais sim de uma forma descentralizada e participativa, com a população assumindo o seu papel na formulação, gestão e avaliação das políticas sociais, por meio dos espaços de participação e controle social.

Com a aprovação da CF de 1988 foi estabelecido que a saúde é indiscutivelmente direito de todos, como preconizado no art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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. 55).

Suas ações de acordo com o artigo 198 serão direcionadas a partir do cumprimento dos seguintes princípios:

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 (BRASIL, 1988, p. 56).

Assim, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento os serviços correspondentes, e dá outras providências e pela Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências entre os governos.

O SUS significa, portanto, uma conquista da sociedade civil e um grande avanço no que diz respeito à seguridade social e ao reconhecimento dos direitos sociais pelo Estado que até então eram tratados na lógica do favor e da caridade. Logo, ficou evidente na CF de 1988, no que diz respeito a saúde, o compromisso com as necessidades da população, uma vez que a formulação do novo modelo considera como uma de suas diretrizes o atendimento integral, atendendo o usuário do sistema em sua totalidade e não apenas na doença de forma pontual e focalizada (GONÇALVES, 2006).

A participação da comunidade também demonstra o compromisso assumido pelo Estado com a população em assegurar com a sua participação e fiscalização, o que possibilita a construção de estratégias e reivindicações por parte dos seus usuários.

Outro avanço diz respeito a ampliação do conceito de saúde, pois trata-se de uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas que abrange as determinações sociais, culturais, econômicas, dentre outras. Pressupõe ainda, a

universalidade do atendimento independente de contribuição, classe social, sexo, raça, opção sexual, dentre outros (CFESS, 2010).

Outra indiscutível conquista e necessária a ser mencionado é que a saúde não é mais considerada um problema individual do sujeito social relacionado à pobreza ou a má higienização, como já mencionado anteriormente, ela supera essa visão e passa a considerar a totalidade da vida social, pois considera os determinantes e condicionantes de saúde, incluindo a alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, educação, transporte e lazer, dentre outros. Nesse sentido, considera o sujeito inserido nas relações sociais com todas as mazelas geradas na contemporaneidade (GONÇALVES, 2006).

O Estado, nesta nova perspectiva, deixa de gerir as ações em saúde de forma centralizada para descentralizar as ações e serviços devendo considerar as especificações e características de cada região. Valoriza e delega poderes aos municípios. Destarte, considera-se que a implantação do novo sistema foi ocorrendo de forma gradual com a unificação junto ao INAMPS, que passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde, pois o mesmo já vinha participando de seu financiamento de forma significativa (FILARDI, 2017).

Logo, com a instituição do SUS, o INAMPS foi inicialmente preservado como integrante do processo para assegurar a prestação de serviço à população, porém agora de forma universal, não somente aos contribuintes mas a toda sociedade, até sua extinção em 1993 pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.

Considera-se que a criação do SUS foi motivada pela crise no financiamento da previdência e por outro lado pela maciça participação e reivindicação dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade que proporcionaram o surgimento do movimento de reforma sanitária no processo de redemocratização do país.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, financiado pelos três níveis de governo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. É referência em tratamento de doenças graves e a assistência prestada vai da atenção básica até as de média e alta complexidades.

Apesar dos inúmeros avanços advindos do reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado o contexto da década de 1990 não favoreceu a plena expansão e consolidação do SUS. Considera-se que esse processo seja contínuo, contudo dada a característica do Brasil desde a sua ocupação e desenvolvimento ao longo da história não se pode negar os desafios e impasses enfrentados pelo SUS na sua implementação.

A década de 1990 foi palco do progresso social, dos direitos assegurados na CF de 1988, isto é, na seguridade social, e, por conseguinte pela aprovação da LOS, por outro lado representou o retrocesso e a decadência dos avanços obtidos em uma década inteira devido a adoção do Neoliberalismo no país e pelo redimensionamento das ações do papel do Estado (GONÇALVES, 2006).

O Projeto Neoliberal exigiu a retração do Estado com a defesa de que o mesmo se tornasse máximo para o capital e mínimo para o social. Nesse sentido, iniciou o processo de privatização das políticas públicas tendo em vista que deixaram de ser garantidas pelo Estado. Este movimento se deu pelas determinações acordadas no Consenso de Washington (GONÇALVES, 2006). Segundo Gonçalves essas determinações tem a finalidade de:

Dentre tais orientações, com grande viés neoliberal, estão: “a indicação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculadas às estruturas estatais e a orientação para que os passassem a ser gestados pela iniciativa privada. (COUTO, 2004 apud GONÇALVES, 2006, p. 35).

A contrarreforma do Estado e a negação dos direitos conquistados constitucionalmente pela classe trabalhadora, ocorreu na medida em que foi adotado os ditames neoliberais no país. Assim, tem se o início a contrarreforma do Estado: um conjugado de medidas neoliberais visando a destruição das conquistas democráticas, em decorrência da diminuição dos gastos públicos com a saúde (MACIEL, 2017).

A contrarreforma do Estado avança com a ideologia de que o SUS deva atender os pobres na medida que a rede privada se expande cada vez mais por meios dos planos de saúde. Com o processo de privatização da saúde, além da mercantilização

resgata-se as práticas assistencialistas. Em consequência desse processo é menos dinheiro destinado as ações e programas do SUS (CFESS, 2010).

Logo a contrarreforma propõe novas ações supondo que o Estado desviou-se das suas ações na medida que ampliou sua intervenção no setor produtivo, colocando em risco o modelo hegemônico. A proposta nesse sentido foi de uma intervenção gerencial, para tanto o Estado deveria deixar de ser o responsável direto pelas questões econômicas e sociais para se tornar o promotor, regulador e incumbindo o setor privado das atividades que outrora eram suas. A principal inovação do plano diretor é a invenção de uma esfera pública não estatal que mesmo exercendo funções públicas, fazem de acordo com as leis do mercado (NOGUEIRA;SARRETA [s.a]).

A contrarreforma do Estado avança com a ideologia de que o SUS deva atender os mais pobres na medida que ocorre cada vez mais a expansão da rede privada, considerada mais eficiente por meio dos planos de saúde. O processo de privatização adotado, além da mercantilização da saúde resgatou as ações assistencialistas e filantrópicas. Em consequência desse processo é menos dinheiro destinado as ações e programas do SUS (CFESS, 2010).

A adoção do projeto neoliberal no Brasil tem forjado a redução dos direitos sociais recém conquistados no processo histórico do País, tem gerado o desemprego estrutural, a redução dos direitos trabalhistas, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e da educação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2001, p. 14).

A política pública de saúde tem se deparado com notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras.

Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

Portanto, a universalidade da saúde vive em uma contradição, onde a focalização se cruza com o princípio da universalidade. Se em primeira instância, todos têm direitos ao acesso amplo à saúde, na segunda, os recursos são seletivos, a política é compensatória e o acesso restrito, direcionado aos mais necessitados.

Deste modo, é fomentado na atualidade duas forças em torno da saúde, isto é, uma que busca a concretização do SUS da forma que foi pensada, com vistas ao alcance de uma política universal e outra que objetiva a diminuição dos gastos públicos com a saúde. Nesse sentido, afirma-se que

Sobre esse processo de relação de forças entre os dois projetos políticos existentes, Bravo e Marques (2013) descrevem que o Projeto da Reforma Sanitária compreende a saúde como direito social e dever do Estado e o Projeto Privatista como prática mercantilista, visto no avanço da privatização através de organizações sociais e fundações estatais de direito privado, na defesa do Estado mínimo para as questões sociais, e máximas para o capital (MACIEL, 2017 [SP]).

Logo, a lógica que permeia a saúde a partir da década de 1990 põe em xeque a defesa dos direitos recém conquistados.

1.3 Os impactos e contradições do contexto histórico na Política de Saúde

Como já discutido anteriormente, a partir da década de 1990, a saúde vem sofrendo com o redirecionamento do Estado, que afeta diretamente o cumprimento dos compromissos firmados na CF de 1988. Atualmente a saúde é confrontada por um contexto socioeconômico marcado pela reestruturação do capital e por propostas de ajustamento orientadas pelos princípios neoliberais, defendidas pelas agências internacionais. O que determina uma diminuição dos gastos sociais sob o argumento da crise fiscal e da redução das responsabilidades assumidas pelo Estado na oferta

de benefícios e serviços coletivos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), contrariando os princípios defendidos na CF de 1988 e na proposta de Reforma Sanitária, ao incorporar o projeto de saúde voltado para o mercado, no qual o desmonte da política de saúde avança a cada dia.

Diante dessa realidade, a saúde é atravessada por dois projetos em disputa: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista; o primeiro comprometido com a defesa do SUS e o fortalecimento do controle social, e o segundo, em sintonia com a política de ajuste e às demandas do mercado (BRAVO, 2007). A consolidação do SUS é comprometida, assim como a efetivação dos seus princípios, como a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Ao contrário desses princípios, a saúde responde por serviços que reforçam a seletividade e a focalização (BRAVO, 2006). A falta de repasse financeiro, dificuldades de acesso, demandas reprimidas, precariedade das instituições de saúde, com equipamentos obsoletos, falta de profissionais especializados e de medicamentos necessários para prestar um atendimento de qualidade e a dependência do setor privado, exclui grande parcela da população do acesso aos serviços, principalmente no que se refere à assistência médica, como afirma Netto,

Em nome da racionalização, da modernidade, dos valores do Primeiro Mundo etc., vem promovendo (ao arripio da Constituição de 1988), a liquidação de direitos sociais (denunciados como 'privilégios'), a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a implementação sistemática de uma política macro-econômica que penaliza a massa da população (NETTO, 2006, p.18-19).

Logo, essa realidade favorece a configuração de um sistema focalizado e de atendimento aos mais pobres. Ao passo que o projeto de Reforma Sanitária se tornou um desafio político na defesa da prestação de serviço com qualidade e de forma universal (MACIEL, 2017). Para Maciel,

É incontestável que o SUS é resultado de uma longa trajetória de luta empenhada pela classe trabalhadora, porém o prosseguimento do SUS universal e público é sem dúvida um desafio político, pois supõem a garantia: do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-

privada, a redução das desigualdades de renda, poder e saúde, e, sobretudo o rompimento com o modelo hegemônico de saúde hospitalocêntrico, medicalizante e curativo, que beneficia o setor privado e a perspectiva mercadorizante da saúde mediante aos atendimentos privados em hospitais, clínicas e laboratórios (MACIEL, 2017 [sp]).

É nesse cenário que se insere o campo de atuação do assistente social que necessita enfrentar no cotidiano da intervenção profissional as dificuldades impostas pela lógica do sistema capitalista que por muitas vezes impossibilita a plena atuação e desenvolvimento deste profissional. Nesse sentido, o segundo capítulo deste estudo discute-se o surgimento da ação profissional no Brasil de forma mais ampla com especial atenção para o surgimento do trabalho do assistente social na saúde e como esse processo de trabalho se consolida de forma mais aprofundada no HC.

2 - SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: desenvolvimento e processos de trabalho na área da saúde

Ao estudo proposto importa a discussão da Política de Saúde relacionando-a ao contexto socioeconômico, histórico e político, como realizado até aqui, mas também é preciso discutir o Serviço Social inserido nesse mesmo processo. Por isso, nesta seção, pretende-se iniciar a análise da profissão a partir do surgimento do Serviço Social na década de 1930, inseparável dos motivos que levaram a sua requisição, e conseqüentemente discutir os seus desdobramentos ao longo dos anos.

O serviço social surgiu em uma conjuntura marcada pelo empobrecimento crescente da população devido às novas relações impostas pelo modo de produção capitalista, inflamados pelo êxodo rural e o crescimento da classe trabalhadora. Logo, entende-se que a profissão se constitui como uma resposta às demandas da classe trabalhadora, engendradas por grupos e frações de classes dominantes articuladas à Igreja católica.

Assim, o surgimento da ação profissional se deu na trama das relações sociais, no agravamento das condições de vida da população e da necessidade de se intervir nos males sociais decorrentes do modo de produção do sistema capitalista. Portanto, é possível afirmar que é na contradição do modo de produção capitalista que se formaram as bases para o surgimento do espaço ocupacional do assistente social. Logo, é impossível discutir a profissão de forma dissociada das transformações geradas pela sociedade industrial. Assim, a pretensão deste capítulo é discutir a profissão condicionada às influências que interferiram diretamente na sua requisição e como se deu as primeiras ações do profissional na área da saúde até a atualidade inserida na dinâmica das relações sociais capitalistas.

2.1 Serviço Social e fundamentos sócio-históricos

O serviço social como profissão na sociedade brasileira é composto em suas bases de formação de ideias e conteúdos doutrinários do pensamento social da Igreja

Católica. A profissão tem sua fonte na doutrina social da igreja, no ideário Franco Belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino. Sobre a Doutrina Social da Igreja, Yazbeck, afirma:

No que se refere à Doutrina Social da Igreja merecem destaque nesse contexto as encíclicas “Rerum Novarum” do Papa Leão XIII de 1891, que vai iniciar o magistério social da Igreja no contexto de busca de restauração de seu papel social sociedade moderna e a “Quadragésimo Anno” de Pio XI de 1931 que, comemorando 40 anos da “Rerum Novarum” vai tratar da questão social, apelando para a renovação moral da sociedade e a adesão à Ação Social da Igreja (YAZBECK, (2003?) p. 4).

Com no pensamento da Igreja Católica que a profissão fundamentou as suas ações e seus primeiros objetivos orientando-se pelo humanismo e se colocando contra as ideias do liberalismo e do marxismo com vistas a recuperar a posição da igreja na sociedade brasileira (YAZBECK, 2003?).

A emergência do Serviço Social no Brasil, e de forma global como profissão, se dá a partir de relações sociais desenvolvidas na era da expansão do sistema capitalista. Foram necessárias condições de vidas específicas, ou seja, da exploração do homem pelo homem para que se originasse a profissão, foi a partir da conformação de determinantes históricos que demarcaram a sua criação (IAMAMOTO; CARVALHO,1988).

Nesse sentido, a história do Serviço Social, conforme sinalizado por Iamamoto e Carvalho (1988), está entrelaçada ao desenvolvimento das forças produtivas, na qual, o elemento fundamental é que os indivíduos produzam mercadorias. Nesse contexto, de diferenciação de quem produz e quem ordena e de quem produz e quem apropria do trabalho realizado é que surgirão os elementos de determinação da origem do Serviço Social e de sua relação com a questão social⁹, isto é, do surgimento do proletariado como expressão política própria.

⁹ [...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão (IAMAMOTO, CARVALHO, 1988, p. 77).

A compreensão do Serviço Social, pressupõe, assim, a análise da sociedade capitalista na era monopolista, considerando o momento em que a relação entre capital e trabalho, evidenciada no processo de exploração em face da industrialização, promove o surgimento de uma classe operária entregue ao pauperismo e as condições mais deploráveis de exploração e dominação impostas pelo capital (IAMAMOTO; CARVALHO 1988).

Como afirma Netto (2011), a emergência do Serviço Social está associada à questão social, sendo assim, esse estudo pressupõe a análise da sociedade capitalista em sua fase monopólica, considerando o momento em que a relação entre capital e trabalho possibilitou o surgimento para o agir profissional.

De acordo com Netto (2011), foi no desenvolvimento da fase monopólica do capital que se configuraram as condições sócio-históricas necessárias para que a profissão fosse forjada no cenário brasileiro. O capitalismo monopolista com suas características, dentre elas, a contradição, uma vez que ao negar direitos atende de forma pontual algumas necessidades básicas da classe trabalhadora, criou essas condições como forma de legitimação política, pois foi somente nessas condições que a questão social passou a ser objeto de intervenção governamental (NETTO, 2011).

Assim, no Brasil a intervenção na questão social ocorreu de forma mais tardia em comparação aos Estados Unidos e a Europa, em consequência do próprio processo histórico singular gestado no país, a burguesia, juntamente com a Igreja Católica, buscava programar ações que tinham o objetivo de controlar a classe trabalhadora que já se mostrava descontente com as formas de precarização e exploração do trabalho (MARTINELLI, 2000).

Portanto, as políticas sociais criadas foram orientadas pela lógica da benemerência, do favor, e da caridade. Por essa via as políticas sociais surgiram como resposta frente ao desenvolvimento do sistema capitalista, isto é, como forma de enfrentamento à questão social produzida e reproduzida por este sistema.

Como afirma Netto, só é possível pensar em política social pública na sociedade burguesa com o início do capitalismo monopolista. Sobre a política social na era monopólica, o autor explica a sua funcionalidade:

No que tange as requisições do monopólio, a funcionalidade da política social é inequívoca. Ademais das intervenções do Estado na economia – diretas e/ou indiretas, como vimos, e que só forçadamente podem ser caracterizadas como políticas sociais –, a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadores, lançada no exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social (NETTO, 2011, p. 31).

Dessa maneira, a intervenção na questão social por parte do Estado através das políticas sociais, capturado pelo sistema, se processou de forma estratégica, pois suas ações ocorreram para favorecer as condições necessárias para a valorização e a acumulação do capital. Foi nesse campo contraditório que foram criados os elementos para o surgimento do serviço social, de forma enviesada. A profissão surgiu com a tendência de dar continuidade, porém de forma organizada, às ações filantrópicas e de ajuda (NETTO, 2011).

Entretanto, não foi o desenvolvimento das protoformas do Serviço Social, isto é, a evolução das ações filantrópicas que possibilitou a profissionalização do serviço social, e sim a ruptura com elas, pois foi a partir da instauração de um espaço ocupacional determinado na divisão social do trabalho que o agente profissional passou a ocupar uma relação de assalariamento que gerou significado social ao fazer profissional e um novo sentido a profissão em meio a reprodução das relações sociais (NETTO, 2011). Necessitando o agente de uma formação específica para isso, como afirma Netto:

Em suma: a profissionalização, para além de estabelecer a referência ideal a um sistema de saber, teria apresentado apenas a sanção social e institucional de formas de intervenção (por isso mesmo, agora implicando preparação formal prévia para o seu exercício e remuneração monetizada) pré-existentes, sem derivar numa diferenciação operatória, mesmo que implicando em efeitos sociais delas diversos (NETTO, 2011, p. 104).

Logo, o serviço social como profissão não se constituiu com a evolução e desenvolvimento das práticas de caridade, de filantropia e de ajuda, mas sim a partir de seu assalariamento, uma vez que sua ocupação na sociedade foi determinada pelas condições históricas geradas pela ordem monopólica. Portanto, se fez

necessário um mínimo de preparação para os novos agentes sociais que ultrapassasse os aspectos vocacionais. Assim, Netto afirma que:

A profissionalização do serviço social não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem a “organização da caridade”; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica. É só então que a atividade dos agentes do serviço social pode receber, pública e socialmente, um caráter profissional: a legitimação [...] pelo desempenho de papéis, atribuições e funções a partir da ocupação de um espaço na divisão social (e técnica) do trabalho na sociedade burguesa consolidada e madura [...] se laiciza, se independentiza de confessionalismos e/ou particularismos (NETTO, 2011, p.73).

Portanto, compreende-se que o surgimento do Serviço Social se deu pelas vias das políticas sociais – independente do caráter dessas políticas – o que favoreceu a profissionalização do Serviço Social. Nesse sentido, a ação profissional em sua gênese exerceu o papel de profissão integradora, papel este, pertinentes a essência das políticas sociais engendradas no sistema capitalista, e refutadas nos dias atuais (NETTO, 2011).

Dessa maneira, a formação ídeo-política do Serviço Social estava ancorada na perspectiva de subordinação da classe trabalhadora aos ditames das classes dominantes, opondo-se à autonomia do sujeito social como um ser livre e independente. Em seu exercício profissional à época, a intervenção profissional colaborou para o atendimento das exigências do Estado burguês, a sua intervenção era direcionada pela lógica do capital no intuito de sua valorização e preservação (NETTO, 2011).

Sobre a institucionalização do Serviço Social como profissão e a sua funcionalidade na sociedade, Iamamoto e Carvalho afirmam que:

A implantação do serviço social se dá no decorrer desse processo histórico, não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da igreja católica. Possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada [...]. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988, p. 129).

Assim, as bases da atuação profissional foram forjadas a serviço das classes dominantes composta pelo pensamento conservador da Doutrina Social da Igreja com especial influência das formulações de Leão XIII (NETTO, 2011). Portanto, o serviço social surge como desdobramento da Ação Social e da Ação Católica, uma vez que a igreja oferecia suporte ao Estado ao intervir na questão social, com vistas a restauração da sua ocupação na sociedade para não perder sua hegemonia, decorrente do processo de laicização.

Dessa maneira, a criação da primeira escola de Serviço Social, em 1936, em São Paulo foi resultado das demandas apresentadas pelo sistema capitalista e dos esforços desenvolvidos pelo Centro de Ação Social (CEAS). Em 1937, no Rio de Janeiro, sendo criadas posteriormente outras escolas no país. As ações profissionais eram executadas essencialmente nas instituições das igrejas direcionadas pelo CEAS. A finalidade do CEAS era promover a formação dos seus agentes por meio do estudo da doutrina social da igreja e dos problemas sociais, com vistas a tornar a intervenção das trabalhadoras sociais mais especializadas e eficientes (IAMAMOTO, 1988).

O surgimento do Serviço social como profissão não pode ser pensado apenas com uma visão minimalista, pois parte da iniciativa da ação da Igreja, entretanto, já existia uma demanda apontada pelo Estado, decorrente do processo de industrialização e, conseqüentemente do êxodo rural que provocou o agravamento das condições de vida da população. Assim, a necessidade de uma formação técnica e especializada, colaborou então, para a formação de um profissional mais qualificado. Como afirma Bravo:

O Estado com o crescimento industrial, passou a intervir na reprodução da força de trabalho, com funções normativas e assistenciais voltadas para o controle social e disciplinamento de algumas frações da classe trabalhadora. A “questão social” precisava ser enfrentada de forma mais efetiva pelo Estado, com o apoio do empresariado, o que determinou a criação das instituições assistenciais na época [...]. A criação destas instituições representou uma abertura de campo de ação profissional para o serviço social, significando sua legitimação e institucionalização pelo Estado e pelo conjunto do bloco dominante (BRAVO, 2011, p. 160).

Assim, com o alargamento da necessidade profissional, o Serviço Social almejou qualificar a intervenção profissional, para tanto buscou a formação dos primeiros profissionais, até então leigos, a partir das experiências europeias, pela via do modelo chamado franco-belga. Segundo Gonçalves, a intervenção profissional se caracterizou por auxiliar e complementar as ações de outras profissões como foi o caso do início do Serviço Social na área da saúde. Na América Latina o Serviço Social, [...] particularmente no Chile, a primeira área onde se apresentaram as práticas desse profissional foi na saúde, [...] as práticas do Serviço Social, se apresentavam no auxílio ao profissional de medicina através do controle no tratamento (GONÇALVES, 2006, p.21).

Nota-se que o surgimento do Serviço Social brasileiro e a estreita proximidade com a Igreja Católica, disso resultou na adoção de um caráter mais doutrinário do que científico. Evidenciando uma atuação não crítica e permeada pela ideologia doutrinária e conservadora. Como afirma o texto produzido pelo Cress:

Essa concepção conservadora ignora a estrutura societária, contribuindo para obscurecer para os Assistentes Sociais – durante um amplo lapso de tempo – os determinantes da “questão social” o que caracterizou uma cultura profissional acrítica, sem um horizonte utópico que os impulsionasse para o questionamento e às ações consequentes em prol da construção de novos e diferentes rumos em face das diretrizes sociais postas e assumidas pela profissão (FORTI, apud CRESS, p. 06).

Com a aproximação ao Serviço Social Norte-americano ocorreu um distanciamento do modelo franco-belga de matriz neotomista, a profissão adotou o modelo norte americano com o propósito de atualizar o serviço social com vistas às mudanças ocorridas na sociedade. Porém, os dois modelos se convergiam teoricamente, privilegiando-se assim, o método caso, grupo e comunidade (GONÇALVES, 2006), o que não significou uma mudança relevante na atuação profissional, uma vez que o aspecto moralizador e controlador mantinham-se presentes na prática profissional baseada na perspectiva conservadora.

As obras de Mary Richmond, influenciaram diretamente a profissão nesse período, a partir do intercâmbio entre esses dois países, no qual promoveu a ida de representantes do serviço social brasileiro ao Estados Unidos. Assim, as intervenções

dos organismos internacionais no Brasil foram fundamentais para a profissão, pois ofereceu a época contribuições técnicas que a profissão necessitava. O serviço social foi receptivo a influência norte americana mesmo sendo uma teoria completamente diferente da realidade apresentada nos EUA. A profissão no país buscava fundamentar a sua intervenção profissional aproximando-se das ciências sociais sob influência do positivismo, apreendendo os fatos sociais como coisas. Isto é, como naturais (COSTA, 2017).

Dessa forma, os indivíduos deveriam buscar em si mesmos a solução para os seus problemas, as relações sociais, na família, no emprego, não eram determinadas por situações de classe e de pobreza, mas por ele mesmo. Existia ainda nessa teoria uma aproximação com a psicologia, pois a intervenção profissional:

[...] aproxima-se de tendências empiristas e predominantemente objetivistas da psicologia, que por um lado se voltam para o indivíduo a pessoa humana unitariamente configurada e, por outro lado, acentuam o valor da realidade externa como fonte de atividade psíquica. Faz uma apreciação exterior das formas de comportamento dos indivíduos nas suas relações interpessoais e exalta a necessidade do empenho do indivíduo, ajudado pelo serviço social, para expandir-se como pessoa na resolução dos males que o afetam. A atuação sobre as pessoas seria, portanto, o caminho para mudar o meio social (COSTA, 2017, p. 177).

Na década de 1950, a profissão assume a postura desenvolvimentista o que possibilitará o início do processo de questionamento das ações institucionais realizadas pelo Estado. O serviço social ampliou seu campo profissional, em decorrência da dinâmica capitalista e da própria realidade internacional provocada pelo fim da Segunda Guerra Mundial.

Em 1960, a profissão é levada pela conjuntura a refletir e a pensar o fazer profissional no sentido de elevar o seu padrão técnico e científico para atender as novas demandas provocadas pelas mudanças na sociedade (BRAVO, 2011).

Entretanto, segundo Netto (2005), pode-se considerar que até a primeira metade dos anos de 1960 não existia no meio profissional polêmicas em relação ao fazer profissional e as contradições que permeavam a intervenção. De certa forma, as intervenções apresentavam-se de modo geral homogêneas, existia uma grande

unidade nas propostas profissionais e um consenso sobre a direção profissional.

A perspectiva de laicização da profissão foi o ponto alto que possibilitou a ruptura do serviço social com a massa acrítica que caracterizava os profissionais. A laicização profissional traçou o caminho para a renovação da profissão sob a autocracia burguesa. A emergência da Ditadura no Brasil (1964-1985) foi instaurada como estratégia internacional e do governo nacional para evitar a revolução e o socialismo, como também de internacionalizar o capital, ocorreu num processo articulado com vistas a privilegiar a dominação burguesa (BRAVO, 2011). Sobre a concepção da posição da sociedade civil na realidade brasileira, Bravo em alusão as considerações de Florestan Fernandes, afirma:

O Estado brasileiro, sob o regime militar, foi qualificado por Fernandes (1974) como autocrático-burguês, dados o aprofundamento do padrão monopolista de organização da economia e a vasta rede de relações antidemocráticas que marcaram toda a sociedade, o que restringiu o exercício da cidadania e da política. Nesse período, predominou a concepção de que a sociedade civil era incompetente, imatura, precisando ser controlada pelo Estado (BRAVO, 2011, p.58).

Nesse sentido, a atuação profissional configurou-se nesse momento histórico de diferentes formas. Infere-se que o processo de renovação do serviço social se deu a partir de três direções diferentes, tanto cronologicamente como teoricamente. A primeira direção adotada adere a perspectiva modernizadora que buscou intervir e contribuir com o processo de desenvolvimento do país, com uma postura integradora. Ela aceita como inquestionável a ordem sociopolítica estabelecida e as contradições geradas, nesse sentido, se adequa à autocracia burguesa (NETTO, 2005).

O pensamento conservador imbuído na perspectiva modernizadora foi colocado em xeque a partir da crise estabelecida na autocracia burguesa, mais precisamente no início dos anos de 1970, a qual possibilitou que parte dos assistentes sociais comesçassem a se posicionar contra a perspectiva adotada.

A partir da década de 1970, o Serviço Social ingressa na academia o que favorece, desse modo, a emergência de elaborações teóricas que possibilitou o surgimento de debates sobre a perspectiva teórica e metodológica da profissão, nesse sentido a pesquisa e a investigação serão a base para subsidiar as discussões. É

preciso considerar que o período não favorecia os debates na época, pois as universidades eram subalternas e domesticadas pela ditadura militar, mas que mesmo assim, proporcionou espaços de reflexão e questionamentos sobre a intervenção profissional e de possibilitar o nascimento do pensamento crítico no Serviço social (NETTO, 2005).

Na segunda metade dos anos de 1970 o Serviço Social, que iniciava o processo de questionamento sobre a intervenção profissional e sobre as relações sociais, adotou a segunda perspectiva denominada de reatualização do conservadorismo. Como afirma Netto:

Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórica-metodológica que se reclamava nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e as referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana (NETTO, 2005, p. 157).

A adoção desta perspectiva comprova as amarras com o passado, com a reatualização do pensamento católico tradicional e o empenho de rearranjá-lo em matrizes mais aprimoradas. Portanto, a profissão retorna neste período às práticas e ao referencial ideocultural de seus primórdios.

Já a última perspectiva adotada pela profissão, dentro do processo de renovação foi a intenção de ruptura, com uma larga diferenciação em relação às demais. Essa perspectiva representa a tomada de autonomia profissional, uma vez que vai contra os pensamentos e posturas direcionadas pela categoria desde o seu surgimento. A partir dela inicia-se a crítica sistemática ao tradicionalismo e as vertentes teórico-metodológicas e ideológicas. Nesse sentido, a intenção de ruptura buscava ultrapassar o pensamento positivista instalado na profissão (NETTO, 2005).

É imprescindível destacar que o processo de renovação do serviço social não se deu de forma linear e coesa entre os profissionais, pois foi um processo de avanços e retrocessos, de polêmicas e de combinações de teorias e ideologias. Não se tratou de um período de crise profissional apenas, mas também de possibilidades para o crescimento gradual e crítico dos profissionais.

O processo de renovação profissional não seria possível isolado do processo histórico, das tendências que ocorriam na realidade brasileira impostas pela autocracia burguesa, decisivas para a reflexão e a crítica no bojo profissão. Como afirma Netto,

[...] a intenção de ruptura seria impensável sem a tendencial hegemonia cultural das correntes progressistas e de esquerda até 1968/1969, sem o desenvolvimento do “marxismo acadêmico” e sem as marcas do novo irracionalismo que irrompe quando já ia avançada a crise da ditadura. E o desenho global do processo renovador sequer seria visualizado se, ademais do condicionalismo que já tangenciamos, o serviço social não experimentasse a sua inserção acadêmica, com os eixos principais de renovação inscritos no movimento universitário como um todo, principalmente quando as tensões imantes a academia se direcionam, contraditoriamente, para a oposição e mesmo a contestação a ditadura que a modelou (NETTO, 2005, p.163-164).

Foram as próprias condições impostas ao povo brasileiro que possibilitou a reviravolta profissional a partir dos anos de 1980 e a luta do assistente social em defesa dos direitos da classe trabalhadora.

O Serviço Social passa, assim, por mudanças em seu projeto profissional, destacando-se em 1993 a elaboração do novo Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação Profissional (Lei nº 8.662/93). Ambos, de modo geral, refletem a busca por ações profissionais que contribuam para a efetivação dos direitos dos usuários na construção da cidadania (GONÇALVES, 2006, p. 38).

Portanto, com o processo de renovação do Serviço Social brasileiro e ruptura com o conservadorismo, a questão social passou a ser privilegiada no currículo a formação profissional, possibilitando ao assistente social compreender e responder as suas múltiplas expressões, tais como, os sujeitos às experimentam: na violência contra a mulher, contra criança e o idoso, na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na falta de moradia, de vagas nas creches, de escolas, de transporte de qualidade, de trabalho, de renda etc. (IAMAMOTO, 2012).

Demonstra-se, assim, o enorme desafio posto ao seu trabalho cotidiano, de formular e implementar propostas para o enfrentamento dessas mazelas em um

cenário refratário aos direitos, com precarização do trabalho e das demandas postas à profissão, resultando em respostas fragmentadas, assistencialistas e imediatistas (IAMAMOTO, 2012).

Os avanços obtidos ao longo das últimas décadas pelo Serviço Social, marcados pela ruptura e pela crítica ao conservadorismo profissional, vêm ocorrendo desde o final da década de 1970, com desenvolvimento significativo ao longo da década de 1980.

A luta pela democracia e por melhores condições de vida formaram a primeira condição para se pensar em outras formas de intervenção profissional alicerçada nesse sentido, em outros valores e em um outro tipo de sociedade. Os segmentos profissionais mais dinâmicos e vinculados às universidades uniram-se aos movimentos dos trabalhadores rompendo assim, o tradicionalismo profissional. Os projetos societários representantes dos interesses dos trabalhadores tiveram importante ascensão. No entendimento de Netto,

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. É desnecessário dizer que esta repercussão não foi idílica: envolveu fortes polêmicas e diferenciações no corpo profissional – o que, por outra parte, é uma saudável implicação da luta de ideias (NETTO, 1999, p. 11).

Os cursos de pós graduação e a revisão curricular contribuíram e fazem parte desse processo histórico de amadurecimento profissional, resultado da formação de uma massa crítica e da influência da tradição marxista. Era necessária a criação de um perfil profissional composto de uma competência teórico-crítica articulada a uma competência técnico e ético-política voltadas à defesa radical da democracia.

É importante salientar que esse processo foi composto por contradições, o primeiro contato do Serviço Social latino-americano com a tradição marxista iniciou nos anos de 1960, caracterizado pela contestação ao conservadorismo profissional, ou seja questionava-se a profissão de forma global, desde as suas bases de formação até o modo de intervenção profissional (IAMAMOTO, 2012).

A renovação do Serviço Social se deu a partir da realidade em que a profissão estava inserida e exigiu que apresentasse respostas aos desafios impostos a prática profissional, dessa maneira ocorreu a revisão mais ampla do processo histórico da profissão. Esse processo ocorreu diretamente pela aproximação com o marxismo, pois desse movimento resultou a crítica a tradição profissional, apesar dos incontáveis equívocos e contradições gerados por essa articulação.

Essa aproximação possibilitou o despertar dos profissionais para o desenvolvimento de seu compromisso político. Decorrendo daí a postura assumida pelo profissional e seu compromisso com a classe trabalhadora e a pensar o papel do Serviço Social na sociedade. Segundo Iamamoto (2012), em relação aos aportes teóricos adotados, constatou-se que o personagem mais ausente desse movimento era o próprio Marx, o que influenciou a entrada de forma oculta do positivismo imbuído no discurso marxista do Serviço Social. O que se reverteu segundo a mesma autora em uma modernização da profissão, ou seja, atualização do conservadorismo.

Destarte, imersos numa realidade repressiva a profissão se volta para si mesmo, em uma onda de discussão interna com o intuito de aperfeiçoar a dimensão técnico-operativa da profissão. Como afirmado pela autora: “impossibilitado de questionar-se socialmente, o Serviço Social se questiona metodologicamente (IAMAMOTO, 2012, p. 216).”

Entretanto, foi na crise da ditadura militar, na luta pela redemocratização da sociedade que foram estabelecidas as condições para o amadurecimento acadêmico e profissional do Serviço Social, foi nesse processo que a categoria profissional retoma as indagações sobre a profissão e se debruça na pesquisa histórica vinculada a crítica, como afirma Iamamoto:

[...] a linha de continuidade manifestou-se na retomada de um espírito essencialmente crítico no trato com o conservadorismo profissional e no resgate da inspiração marxista para a interpretação da sociedade e da profissão. Aponta para a construção de um novo Serviço Social que contemple os interesses sociais daqueles que, criando a riqueza social, dela não se apropriam – o conjunto dos trabalhadores – no horizonte da ultrapassagem do próprio ordenamento capitalista (IAMAMOTO, 2012, p. 218).

A nova aproximação do Serviço Social com a obra marxiana, na década de 1980, ocorreu a partir das obras produzidas por Marx e por autores que foram fiéis aos escritos de Marx, contribuindo assim, na apreensão crítica da razão de ser do Serviço Social na sociedade do capital, e no processo de ruptura e de negação do tradicionalismo profissional. Estabelecendo assim, o compromisso com a construção de uma nova cidadania e de uma nova ordem societária em defesas de valores como a liberdade, igualdade e justiça social, como pressupostos para a formação de sujeitos sociais criadores e protagonistas da história.

2.2 Emergência e a processualidade do trabalho profissional na área da saúde

Historicamente a área da saúde foi o maior empregador dos assistentes sociais desde o seu início até o fim da década de 1980. Assim, as primeiras ações do serviço social tradicional iniciaram-se especificamente na área da saúde e se caracterizavam por intervir nos aspectos relacionados a higiene pessoal e as carência socioeconômicas que poderiam interferir no tratamento dos doentes (GONÇALVES, 2006).

A prática profissional lançou mão da perspectiva educativa para ajustar os indivíduos e interferir no modo de vida das pessoas. Atuou assim, nos programas prioritários estabelecidos pela saúde como profissão auxiliar (BRAVO, 2011).

Logo, era preciso educar, instruir a família a realizar ações como higiene e cuidados básicos, uma vez que ser pobre era pressuposto para ser considerado como possuidor de baixo nível cultural. Assim, era necessário um profissional para ajustar os indivíduos a sociedade, isto é, aos pressupostos da ordem burguesa.

Outra tendência adotada pela profissão foi a pretensão de tecnificar a assistência com foco na prevenção dos problemas sociais. Acreditava-se que assim era possível identificar os problemas, dentre eles os emocionais que acometiam os indivíduos para posteriormente ajustá-los a vida social (BRAVO, 2011).

Dessa maneira, os assistentes sociais na área da saúde, ficaram conhecidos como serviço social médico, pois agiam com a finalidade de assegurar que o paciente fizesse o tratamento, intervindo nas questões econômicas, sociais e inclusive nas questões emocionais e psicológicas. Os problemas sociais eram tratados considerando o indivíduo como o responsável pela situação que se encontrava, demonstrado assim, a influência dos estudos de Mary Richmond no serviço social do país.

O profissional deveria, na sua intervenção, centralizar-se nas “mútuas implicações desses fatores que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença” (BRAVO, 2011, p.164).

Nas escolas de serviço social, as futuras profissionais tinham como base a legislação trabalhista e sanitária. Estudavam aspectos de higienização e de adestramento com vistas a orientação no interior das famílias evidenciando-se assim, para quem a profissão estava a serviço na sociedade capitalista. As grades curriculares das escolas com vínculos na área da saúde foram compostas por disciplinas vinculadas as áreas de higiene mental e educação familiar, medicina de urgência e a higiene na puericultura. A ação profissional consistia na atenuação dos problemas sociais gerados pelo processo de industrialização, sobretudo, fazendo com que os indivíduos apreendessem a realidade em que estavam inseridos como natural e necessária (BRAVO, 2011). Dessa maneira,

Os assistentes sociais atuaram nas sequelas das situações de saúde das classes trabalhadoras com a visão de mundo produzida por frações das classes dominantes, visando à reprodução das relações sociais. O serviço social tinha como componente essencial a vocação mística de um apostolado social, elemento básico da legitimação de seu projeto de recuperar o homem e recristianizar a sociedade ameaçada pela crise. A conotação de controle ideológico da sociedade burguesa, sancionada pela Igreja, era assumida pelos profissionais, que buscavam na sua intervenção consenso social (BRAVO, 2011, 157).

Com efeito, na área da saúde a intervenção profissional consistia em adaptar os indivíduos à realidade imposta pela classe dominante. O assistente social tinha como norteador de suas ações os ensinamentos religiosos para apaziguar e amenizar os conflitos sociais. Segundo Bravo (2011), em relação aos campos de atuação dos assistentes sociais, a área da saúde foi a que mais empregou, sendo que dos 32 assistentes sociais de 1949, 24% deles eram da área da saúde.

Ocorreu nesse período o I Congresso Pan-Americano de Serviço Social, em 1945, que significou a possibilidade de aproximar a categoria profissional e a debater temas relacionados às áreas de atuação, com vistas a alcançar melhorias da intervenção. Em 1950, a sociedade sofre novas mudanças advindas do processo de desenvolvimento do país que provocou a procura dos agentes por qualificação profissional.

Em 1961, ocorreu o II Congresso Brasileiro de Serviço Social no qual a discussão envolveu basicamente o desenvolvimento do País e que a profissão deveria aperfeiçoar-se para atender as demandas impostas pelas mudanças geradas pelo sistema capitalista (BRAVO, 2011).

Logo, o serviço social na saúde permaneceu utilizando o termo serviço social médico, tornou a disciplina “serviço social médico” obrigatória e passou a utilizar do modelo caso, grupo e comunidade numa perspectiva de adaptar o indivíduo as transformações societárias.

Apesar da onda de desenvolvimento alavancada no país, o serviço social na saúde pouco foi influenciado por essa ideologia, entretanto iniciou na profissão um questionamento sobre as contradições geradas pelo capitalismo. Este período possibilitou o início de profundas transformações na profissão, tanto no que diz respeito às teorias adotadas como os métodos utilizados.

Dessa maneira, o serviço social passou a privilegiar o desenvolvimento de comunidade. Portanto, o objetivo era de promover a participação da população na transformação da sociedade, como citado Vasconcelos:

O modelo de atuação no campo da saúde desenvolvido neste período era o de “Desenvolvimento e de Mudança Social (...) que visava levar a população

a participar do processo de transformação da sociedade, visando a promoção da saúde, seja informado pela perspectiva estruturalista, ou pela perspectiva dialética” (VASCONCELOS, p.34).

Com o fim do regime militar, ocorreu uma massiva participação popular em prol da democratização do país. Nesse sentido, diversos profissionais da saúde engataram na luta por uma saúde pública para todos, democrática e com participação popular, dentre eles o assistente social.

No fim da década de 1980 o Serviço Social começou a participar de forma acahçada nos eventos em prol da redemocratização do país como na 8º CNS, nos congressos de saúde coletiva e a apresentar trabalhos com temas sobre a saúde no CBAS. Iniciou no meio dos profissionais a preocupação com temas relacionados aos direitos, a cidadania e as políticas públicas (KRUGER, 2010).

O movimento de Reforma Sanitária, de redemocratização do país e de renovação do Serviço Social ocorreram simultaneamente, não podendo ser considerados de forma isolada. Como afirmado por Kruger (2010) ao abordar os pontos comuns entre esses movimentos:

A luta pela democratização da saúde, que ganhou corpo no Movimento pela Reforma Sanitária, está em íntima ligação com as mobilizações ocorridas no plano sociopolítico para a mudança da ordem autoritária para democrática. As soluções para os problemas de saúde do Brasil não se colocavam apenas como soluções técnicas, mas se afirmava que qualquer solução técnica é também política, e qualquer solução política passa pelo debate democrático. A opção pela radicalidade democrática identificava-se, entre os teóricos do sanitarismo, com o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença, com o reconhecimento da sociedade de classes e de propostas de transformação social (KRUGER, 2010, p. 127-128).

Apesar do direito a saúde ser garantido Constitucionalmente, a implementação do mesmo não acontece na mesma proporção devido ao desfinanciamento dos recursos, do sucateamento e dos programas que ainda continuam verticalizados no SUS (KRUGER, 2010).

Isso ocorre devido a lógica capitalista que permeia as relações sociais, uma vez que os direitos sociais e a própria democracia são submetidos as necessidades

de reprodução do capital. O sucateamento do SUS está permeado por uma crise ideopolítica favorecida nos últimos anos pelos meios de comunicação e frações de classes. O desmonte do SUS se expressa nos novos termos denominados de modernização e inovação em que a gestão dos hospitais são entregues as empresas chamadas de Organizações Sociais (KRUGER, 2010).

No que diz respeito a profissão, destaca-se os avanços nos aspectos acadêmicos, políticos e institucional. É importante ressaltar a influência das perspectivas marxistas nos movimentos de Reforma Sanitária e de Renovação do Serviço Social, apesar da originalidade das fontes ocorrerem de forma indireta e de forma eclética.

Nos próximos anos da década de 2000 o Serviço Social se inseriu nos debates e passou a aprofundar nos estudos sobre a atuação profissional na área da saúde com crescente participação nos espaços de discussões da saúde coletiva com o comprometimento aos interesses da classe trabalhadora.

Os assistentes sociais passaram a direcionar suas ações para um novo tipo de intervenção visando relacionar as realidades dos usuários a totalidade da vida em sociedade, diferentemente do Serviço Social tradicional. Passou gradativamente a desenvolver um pensamento crítico sobre as relações sociais e, conseqüentemente a considerar os determinantes da saúde. Movimento proporcionado pelo engajamento profissional com a ruptura ao conservadorismo, alicerçado nos princípios da Reforma Sanitária, do código de ética profissional do assistente social e nos parâmetros para a atuação na área da saúde. A profissão começou a desenvolver práticas comprometidas com a promoção da saúde, por meio das práticas preventivas e compromissadas com a autonomia e formação do pensamento crítico dos usuários em defesa do SUS¹⁰.

Dessa forma, no próximo capítulo abordaremos de forma mais detalhada a processualidade da intervenção profissional na área da saúde e mais especificamente como o trabalho profissional se desenvolve no HC.

¹⁰ Pode-se citar a articulação ocorrida em maio de 2010 dos Fóruns de Saúde dos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina para compor uma Frente Nacional contra a privatização da saúde. Segundo Bravo (2011), a Frente Nacional articulado a diversos movimentos sociais e entidades buscavam estratégias de resistência as medidas de mercantilização da saúde..

3. O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS: a ação e os desafios impostos à intervenção profissional

Nesta seção será abordado o surgimento da intervenção profissional do assistente social no HC/UFG/EBSERH, como também, o desenvolvimento e processualidade da intervenção profissional, inserido no ambiente hospitalar. Buscou-se apreender e demonstrar como é realizado o trabalho profissional do assistente social na unidade, com foco nos registros profissionais.

3.1 A Estruturação do Hospital das Clínicas em Goiás e a origem do Serviço Social na Instituição

O Hospital das Clínicas¹¹ da Universidade Federal de Goiás HC/UFG, foi fundado em 23 de fevereiro de 1962. Inicialmente seu quadro de funcionários contava com 67 funcionários para prestar assistência a 60 leitos, divididos entre Clínica Cirúrgica, Médica e de Ortopedia. Foi pensado pelos professores Francisco Ludovico de Almeida, Geraldo Pedra, Joffre Marcondes Rezende, Luiz Rassi e pelas enfermeiras Maria da Conceição Viana e Maria Aparecida Veloso.

Apesar das atividades terem sido iniciadas em 1962, a obra para a construção do hospital se iniciaram em 1941, por iniciativa do governo estadual, com a pretensão de criar um hospital geral para o atendimento da população que não estava inserida na proteção social, ou seja não estavam vinculados ao mercado formal de trabalho, portanto, não contribuíam para previdência social. Entretanto, a obra sofreu interrupção, sob o argumento de não possuir recursos, com isso, o prédio foi ocupado pelo curso de engenharia.

Mais adiante, a desocupação do prédio pela Escola de Engenharia, exigiu esforços e articulação política.

Francisco Ludovico, que idealizara a criação de uma Faculdade de Medicina em Goiás para formar profissionais médicos que pudessem atender às

¹¹ A contextualização da fundação do Hospital das Clínicas, assim como as citações diretas foram retiradas do site do Hospital, dessa maneira não foi possível citar as páginas das mesmas. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/historia>. Acesso em 03/09/2019.

populações rurais dos municípios do interior, lutou pela desocupação da área pela Escola de Engenharia e sua desapropriação pelo Governo do Estado, para que ali fosse concretizado seu projeto de criação da Faculdade de Medicina e do futuro Hospital das Clínicas. Para isso, Francisco Ludovico contou com o importante apoio do então Governador do Estado e seu pai, Jose Ludovico de Almeida, e do presidente da República, Juscelino Kubitschek.

Após a desocupação do prédio, a Faculdade de Medicina foi inaugurada em Goiás, em 24 de abril de 1960 e, posteriormente, ocorreu a inauguração do Hospital das Clínicas, criado para atender as demandas de formação dos estudantes de medicina. Em 1961 a Faculdade de Medicina passou a ser patrimônio da UFG e, conseqüentemente o Hospital das Clínicas também passou a fazer parte do patrimônio da referida universidade, sendo o MEC o principal mantenedor do HC.

A trajetória histórica do HC não difere das lutas travadas pela saúde de forma geral, uma vez que foi permeada por dificuldades determinadas pela lógica das relações sociais, portanto os problemas enfrentados se assemelham pela falta de recursos, falta de materiais apropriados e de uma estrutura física necessária para a realização de procedimentos. Assim, foi necessário ao longo dos anos a construção de blocos (puxadinhos) e a realização de reformas e adequações das alas para complementar o serviço, uma vez que o HC se configurou como um hospital geral e era necessário um espaço geográfico mais amplo para atender as demandas.

Na década de 1960, período da ditadura militar, foi construído no hospital um pronto socorro, pois até então não existia em Goiânia o atendimento em urgência e emergência, para tanto mais uma vez foi feita uma construção anexada ao prédio principal para atender essa especificidade. Além disso, em 1971, os serviços de maternidade, pediatria e medicina tropical foram inseridos aos serviços prestados pelo HC, provenientes da Santa Casa de Misericórdia.

Posteriormente, em 1983 o HC passou a ser vinculado hierarquicamente a Reitoria da UFG, assim:

Com todas as dificuldades, em especial a financeira, principalmente decorrente das políticas econômicas adotadas pelo país nos últimos 20 anos do século passado, de grande descaso com as Políticas Sociais, em especial a Saúde e Educação, o HC sofreu um sucateamento de sua estrutura física e humana. Apesar disso, a sua missão institucional e o seu papel social nunca

deixaram de ser cumpridos, fato pelo qual o HC tornou-se o principal hospital público do Estado de Goiás, atendendo usuários de diversas regiões brasileiras, em especial a Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

Dessa maneira, o HC tornou-se referência no tratamento de doenças e formador de profissionais de diversas áreas por meio do ensino, da pesquisa e da extensão. A instituição desenvolve ainda programas de referência nacional, dentre eles, o Núcleo de Neurociências, o Programa de Atendimento ao Chagásico, a Liga de Hipertensão Arterial, O Centro Avançado de Diagnóstico de Mama (CORA), o Programa de Cirurgia e Redesignação Sexual, o Centro de Reprodução Humana e o Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF), que é o terceiro maior serviço de oftalmologia do país que atende pelo SUS e com reconhecimento internacional. Atende, principalmente, usuários das regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste. Conforme Filardi,

Os ambulatórios das diversas especialidades médicas prestam serviços atendendo à necessidade regional quanto aos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, pela sua complexidade. No Ambulatório, os pacientes são avaliados, recebem a indicação de tratamento, que pode ser conservador¹² ou cirúrgico, e são acompanhados após a alta hospitalar (FILARDI, 2017, p. 56).

Em 2014 o hospital passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹³ que gerencia atualmente 40 hospitais universitários federais em todo o país. Essa empresa, pelas suas características, impõe aos profissionais a lógica produtivista, exigindo que atuem sob pressão para cumprir metas de atendimento em detrimento de um trabalho de qualidade, falta de investimentos na formação/capacitação e baixos salários (NOGUEIRA; SANETA [sem ano]).

¹² Tratamento conservador é sinônimo de tratamento não operatório, trata a patologia com remédios, fisioterapia etc. e não se indica cirurgia.

¹³ Criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, pelo governo federal sob o argumento da única alternativa para administrar os hospitais universitários pelo Brasil. Em oposição foi criada a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, da qual o CFESS faz parte, com críticas a implantação da empresa, afirmando que a empresa representa uma séria ameaça à educação e à saúde pública, já que propõe um modelo de gestão hospitalar que segue uma lógica mercantil, pois permite a exploração de atividade econômica nos hospitais universitários e acaba com o Regime Jurídico Único, pois os contratos dos/as empregados/as da empresa são regidos apenas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (2014).

No que diz respeito ao Serviço Social, é uma profissão que está presente na instituição desde a sua fundação em 1962. A atuação do assistente social à época era orientada pelo Serviço Social de Casos e voltada ao atendimento ambulatorial e também nas Clínicas médica e cirúrgica. Posteriormente essa atuação foi estendida para as demais especialidades que foram sendo oferecidas pela unidade de saúde. Dentre outras atividades, havia a coleta de dados sobre a situação socioeconômica dos usuários e encaminhamento para atendimento em outras instituições de apoio.

Entretanto, as mudanças ocorridas na sociedade a partir da década de 1960 se refletiram no fazer profissional, pois o Serviço Social passou pela necessidade de se legitimar perante a sociedade, assim, iniciou modificações em sua matriz teórico-metodológica que também acabaram por influenciar as ações dos futuros assistentes sociais do HC.

De acordo com Antunes, no período de 1960 -1970, a seção foi dividida em dois setores, isto é, em clínica/ambulatório e setor de seleção econômica. Com essas mudanças ocorreu o aumento da participação dos usuários em grupos de educação para a saúde e a integração em grupos comunitários (junto a comunidade), propiciando assim, a ampliação do quadro profissional. Antunes destaca as principais ações desenvolvidas no período:

Trabalhos sociais com grupos de mulheres, funcionários do HC, ostomizados, diabéticos e a categoria de lavadeiras; - Clínicas: obstétrica, pediátrica, médica, cirúrgica, ortopédica, pronto socorro e ambulatório; A supervisão de estágio universitário, participação em congressos, seminários e outros (ANTUNES, 2014, p. 05).

Apesar de ser um período de reordenamento da profissão, havia a tentativa de minimizar a contradição entre a grande demanda e o caráter excludente e seletivo do serviço público de saúde brasileiro/goiano naquela conjuntura. Ressalta-se neste estudo o empenho dessas profissionais que apesar de estarem inseridas em um contexto de repressão, perseguição, tortura e criminalização da pobreza, dentre outros, buscavam meios para pensar o exercício profissional.

A década de 1980, marcada pela promulgação da Constituição Federal de 1988, pela ampliação dos direitos sociais, pelo estabelecimento da Seguridade Social,

da participação popular, dentre outras conquistas, apresentou o aumento da demanda pela saúde e pelas ações do serviço social. Na profissão houve o redimensionamento do compromisso profissional possibilitado pelo amadurecimento teórico e político que culminaram com o Projeto Ético Político e com a aprovação do Código de Ética de 1993 (ANTUNES, 2014).

Logo, a equipe de serviço social do HC começou a questionar a sua relação com os usuários, com as práticas assistencialistas e clientelistas distanciando sua vinculação com a teoria positivista e adotando os referenciais teóricos do materialismo histórico dialético (ANTUNES, 2014).

Sabe-se que esse processo não ocorre de forma imediata e que temos ainda nos dias de hoje o ranço do positivismo na profissão, reforçado pela tendência atual de reafirmação do conservadorismo no Brasil de forma explícita no meio político através do resgate do moralismo e dos “bons costumes”. Portanto, além da profissão ter se colocado na defesa de outro tipo de sociabilidade, da laicização do Estado e na defesa dos direitos humanos, somente a afirmação desses ideais nos documentos da profissão não são suficientes para generalizar que a categoria profissional findou com as ações de cunho positivistas, tendo em vista a intencionalidade e autonomia de cada profissional.

Nesse sentido, apesar do grande avanço nas relações sociais estabelecidas na sociedade e do desenvolvimento profissional, a década de 1990 não favoreceu a continuidade e consolidação desse processo, uma vez que o período instaurado fragiliza o repasse dos recursos públicos pela desresponsabilização do Estado, da não consolidação do SUS constitucional, da inviabilidade das políticas sociais, o que repercutirá diretamente o trabalho do assistente social que não está imune a esse processo. De acordo com Antunes,

Na década de 1990, conduzida por uma política neoliberal, tendo como característica principal a política de enxugamento do serviço público, do Estado mínimo, das privatizações que caracterizaram o período, as ações limitam sobremaneira a atuação do Estado em todos os setores, inclusive na seguridade social, quase levando o serviço público ao colapso (ANTUNES, 2014, p.5).

A ação profissional é condicionada e limitada na atual conjuntura, pois é parte das relações sociais e está inserida igualmente nas contradições geradas pelo sistema capitalista. Se os direitos não são assegurados, é necessário ao assistente social, além do compromisso de viabilizar o acesso aos direitos, desenvolver estratégias de intervenção para não reproduzir mecanicamente as suas atividades.

Ao passo que as conquistas sociais foram sendo legalmente asseguradas por meio da promulgação da CF de 1988 e da regulamentação do SUS, como destacado anteriormente, no que diz respeito à profissão, ocorreu a construção do código de ética profissional, contraditoriamente foi ocorrendo o sucateamento do aparelho estatal. Dessa maneira, aumentaram as demandas, mas limitaram-se os recursos necessários para consolidá-las, o que foi explicitado por meio da falta de uma infraestrutura adequada para atender os usuários e da inexistência de capacitação dos trabalhadores em geral frente ao aumento da demanda manifestada em diversas expressões da questão social, em consequência do desemprego estrutural.

Cabe ressaltar que os Assistentes Sociais do HC desde o seu surgimento e com o decorrer do tempo buscou fundamentar a sua intervenção independente da postura profissional e do método utilizado em cada período histórico, pois ao realizar a pesquisa de campo, foi analisado documentos criados por esses profissionais, foi possível verificar a teoria utilizada para a produção dos documentos. Nesse sentido, após a análise de alguns documentos produzidos por esses profissionais na unidade foi possível constatar que, principalmente, a partir da década de 1990, há uma preocupação de qualificar a prática com o intuito de planejar a intervenção profissional.

Com base na pesquisa documental¹⁴ realizada nos arquivos da seção de Serviço Social foi possível identificar vários documentos que confirmam o empenho dos profissionais no sentido de fundamentar a prática profissional, mas também foi

¹⁴ Os referidos projetos encontram-se na seção de serviço social no HC/UFG para acesso dos profissionais, estudantes (estagiários e residentes), caso necessário, e pesquisadores, com a devida autorização da coordenação. Os documentos encontram-se aqui enumerados de forma sequencial para facilitar a identificação dos diferentes projetos analisados, os mesmos foram elaborados pelos profissionais de Serviço Social para intervenção nas diferentes clínicas da unidade.

possível verificar traços de conservadorismo¹⁵, isto é, que apresentam características ou indícios de um posicionamento não crítico.

Dentre os documentos produzidos pelas profissionais no HC, o Documento 1 é intitulado: “Projeto de atendimento as puérperas, campanha de enxoval do Recém-Nascido no hospital das Clínicas – UFG, abril de 1977. Foi criado com o objetivo de promover ações básicas para assegurar um atendimento de melhor qualidade às mães e preservar o bem-estar do Recém-Nascido. Buscavam arrecadar e distribuir enxovais de recém-nascidos para as mães da maternidade e da clínica de pediatria do HC. O Documento número 2, é denominado “Projeto de atuação do serviço social na unidade de defeitos congênitos, janeiro, 1999”, e tem como objetivo geral contribuir para uma melhor qualidade de vida ao paciente, nos aspectos pessoal e social, *integrando-o a sociedade*.

Já o Documento 3 apresenta uma “Proposta de integração do Hospital das Clínicas as instituições sociais”, objetivando criar mecanismos que assegurassem a participação das organizações governamentais e não governamentais na unidade.

A partir dos documentos levantados foi possível verificar traços conservadores na elaboração dos mesmos, particularmente nos documentos de 1 a 3, que ocorrem desde a criação dos títulos até as metas a serem alcançadas, predominava nas intenções dos profissionais um caráter assistencialista e pragmático, uma vez que agir pontualmente por meio de doações não possibilita a melhoria nas condições de vida das usuárias e suas famílias. Essas ações são reflexos das protoformas da profissão, ou seja, vinculada à prática filantrópica. Percebe-se também o discurso de integração do indivíduo à sociedade como se os usuários não estivessem a ela integrados, como conferido no Documento 2.

¹⁵ Importa problematizar que o conservadorismo incidiu na profissão em 4 momentos a partir: (i) do neotomismo e do estrutural-funcionalismo, cuja influência máxima se fez sentir nos momentos de gênese e institucionalização do Serviço Social no Brasil⁵, (ii) do positivismo e da fenomenologia, que repercutiram com força em setores profissionais durante o período da renovação e reconceituação⁶, (iii) do assim chamado "neoconservadorismo" de corte genericamente designado como "pós-moderno", que tem se robustecido nos últimos quarenta anos no campo da filosofia e das ciências sociais⁷ (históricos interlocutores do Serviço Social) e (iv) do chamado conservadorismo clássico, cujas influências sócio-históricas chegam ao Serviço Social através de matizes e mediações que requisitam abordagem exclusiva, posto o corte sistêmico (por oposição ao pensamento "pós-moderno") que atravessa algumas de suas formulações (SOUZA, 2015 p.3).

Dessa maneira, intervenções com base numa postura não crítica, não colaboram para a defesa dos direitos sociais e o seu cumprimento. A superação do conservadorismo no meio profissional tem ocorrido a partir da negação das práticas que caracterizaram o surgimento da profissão, isto é, de ajustamento e de reintegração dos indivíduos a sociedade, foi preciso construir um novo fazer profissional, engajado na “ruptura com o conservadorismo nos rumos da renovação profissional, ruptura com o papel tradicional assumido, de tutela e controle das classes subalternas, papel condizente com a lógica do poder” (IAMAMOTO, 2011, p.111). Sobre essas ações, lamamoto afirma que:

A estas atividades vem juntar-se outra característica da demanda: a ação de persuadir, mobilizando o mínimo de coerção explícita para o máximo de adesão, ou seja, ele deve levar o usuário a aceitar as suas exigências por motivos da instituição, ao que se soma a ação “educativa” que incide sobre valores, comportamentos e atitudes da população: sobre o seu modo de ser, de agir e de compreender a vida cotidiana. Por outro lado, a estratégia de individualização dos atendimentos possibilita aliviar tensões e insatisfações, submetendo-as ao controle institucional. Não se pode negligenciar ainda a distribuição de auxílios materiais, nessa esfera, as solicitações da população tendem a não ser vistas como direitos, mas como manifestação da carência (IAMAMOTO, 2011, p. 101).

Nesse sentido, é necessário a postura de um profissional comprometido com o processo histórico da profissão, sintonizado com as determinações por ela propostas, conforme a necessidade imposta pela realidade. Segundo lamamoto (2011) a concepção do novo espaço profissional está relacionado à capacidade de apoderar-se das dimensões técnico-operativo, ético-político e teórico-metodológico e, assim, apreender-se-á as possibilidades do movimento social concreto.

Já no Documento 3, entende-se que a falta de uma leitura crítica das relações sociais por parte dos profissionais justifica o intuito de estabelecer articulações diretas com o setor privado, uma vez que o contrato estabelecido com a EBSE RH configura em estratégias utilizadas pelo governo para privatizar a coisa pública com a justificativa embasada no pensamento neoliberal que a operacionalização por parte da referida empresa limita a ineficiência do setor, que para eles é despreparada e não especializada, no caso o Estado, para gerenciar a coisa pública.

O que é ainda mais grave nesse contexto de terceirização dos Serviços Sociais públicos é que se trata de um mecanismo que opera a cisão entre serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito. Consolida-se assim o que Vieira (1997) denominou de “política social sem direitos sociais”, uma espécie de nova morfologia da política social (RAICHELIS, 2010 p. 759).

Nesse sentido, o assistente social, tem como consequência a redução do seu espaço ocupacional, a submissão a contratos frágeis, ou de regime de trabalho regido pela CLT, findando com a perspectiva estatutária proporcionada através de concursos públicos, a intensificação do trabalho por meio das cobranças por quantidade em detrimento da qualidade.

Essas mudanças podem trazer como consequência uma atuação não compromissada com os princípios do SUS, que não fortalece o usuário e desresponsabiliza a obrigação do Estado ao transferir sua responsabilidade para terceiros. É necessário ultrapassar as velhas práticas que concebem a prática profissional de forma burocratizada, mecanicista imposta pelas instituições, como afirma Iamamoto:

Implica, portanto, ultrapassar a mera demanda institucional ampliando e adensando o espaço ocupacional com propostas de trabalho que potencializem as possibilidades da prática do serviço social, redirecionando-a prioritariamente (ainda que não exclusivamente, pelos seus limites sociais) no sentido de torná-lo um espaço ao atendimento das reais necessidades sociais e estratégias de sobrevivência – materiais e sócio políticas – dos grupos trabalhadores atendidos pelo Serviço Social (IAMAMOTO, 2011, p. 111)

Nos documentos que se seguem, de números 4 a 6, apesar de serem da mesma década, demonstram maior clareza sobre as atribuições e competências por parte dos assistentes sociais e a busca pelo atendimento das reais necessidades dos usuários.

O Documento 4, por sua vez, intitulado, “Projeto de trabalho social com portadores de insuficiência renal crônica – HC/UFG, março 1988”, apresentou como objetivos: traçar o perfil socioeconômico dos portadores de insuficiência renal crônica

de forma a dimensionar e caracterizar o usuário deste serviço no HC; promover ações educativas/preventivas com usuários e familiares, visando contribuir para o exercício da cidadania; democratizar recursos e benefícios com vistas a facilitar a continuidade do tratamento (DOCUMENTO 4). O documento 5, intitulado “Plano de ação da seção de serviço social HC/UFG, 2000”, teve como objetivo geral: implementar ações educativas com os usuários e familiares do HC, possibilitando o acesso aos serviços de saúde e o atendimento de seus direitos enquanto cidadãos; dentre outros (DOCUMENTO 5).

Por fim, o documento 6, intitulado, “Projeto de atuação do serviço social na clínica médica, 2002”, apresentava como objetivo geral: desenvolver ações junto aos usuários internos e familiares atendidos na clínica médica com vistas a contribuir na melhoria da qualidade do nível de saúde, primando pela efetivação e humanização do atendimento (DOCUMENTO 6).

Na análise desses documentos, nota-se avanços em relação aos projetos anteriores no que diz respeito à preocupação com a perspectiva socioeducativa e a saúde preventiva. Sobre a perspectiva socioeducativa, Costa afirma que:

Em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo), e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a "educação", informação e comunicação em saúde, quer por meio de orientações, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões. Em geral, inicialmente essa atividade acontece concomitante ao processo de interpretação das normas e rotinas, fazendo-se presente em todos os momentos do atendimento, desde a entrevista inicial, seguindo-se as orientações e informações sobre o tratamento, até a alta ou encaminhamento para outro nível de prestação de serviços, ou óbito (COSTA, 1998, p. n.p.).

Portanto, intervir de forma educativa possibilita por meio da comunicação que os usuários tenham compreensão sobre os serviços prestados e os procedimentos para acessá-los. Nesse mesmo sentido, trabalha com a promoção da saúde, tanto defendida na Lei 8.080 como na Reforma Sanitária, como preconizado também na seção que trata dos objetivos do SUS, no capítulo 1, artigo 5º, inciso II ao afirmar a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das

atividades preventivas” (BRASIL, 1990, p. 2)”. O foco na promoção da saúde e no atendimento de forma humanizada na perspectiva da socialização de informações sobre os serviços e recursos da unidade também se destaca, o que pode representar um maior domínio teórico e a compreensão das contradições presentes nas relações de trabalho e do Serviço Social inserido nas relações de poder.

3.2 Reflexões acerca da intervenção do assistente social na saúde

Partindo do pressuposto do amadurecimento profissional em decorrência do seu processo de negação do conservadorismo e das bases que a legitimaram ao longo dos anos, por meio de estudos, pesquisas e do desenvolvimento da postura crítica por parte de seus agentes, busca-se a partir do acúmulo profissional materializado, por meio das lutas e conquistas no decorrer da trajetória profissional refletir sobre a contribuição do assistente social no hospital das clínicas para o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Os avanços mencionados sobre a profissão podem ser constatados por meio de sua materialização no Código de Ética Profissional, nas Diretrizes Curriculares, na Lei de Regulamentação da Profissão, fruto da mobilização e das discussões implementadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), e pelos Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social (CFESS E CRESS), como também pela Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

Nesse sentido, é de suma importância ressaltar que os avanços obtidos pela profissão se deram a partir de sua reflexão crítica sobre a realidade e sobre a incorporação de uma postura ética na qual considera que o homem é o criador do seu próprio destino e conseqüentemente do destino da humanidade (BARROCO, 2010).

Portanto, entende-se que uma intervenção crítica e comprometida com a construção de novas relações sociais não se condiciona aos limites estabelecidos pelo sistema capitalista. E com essa objetivação consciente, é possível o desenvolvimento

de uma prática contra a ideologia burguesa, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações éticas e reflexivas. Inspirada em Luckács, argumenta, Barroco que:

É indispensável a crítica ao patrimônio tradicional, ao individualismo ético e a atrofia da dimensão cidadã do homem operada pela sociedade burguesa. A luta pelo ideal de um novo homem – o homem pleno –, que não seja mutilado como na sociedade burguesa, faz parte das conquistas humanas, é uma antiga palavra de ordem ou pode ser renovada no presente para que seja possível no futuro (BARROCO, 2010, p. 214).

Assim, entende-se que uma intervenção baseada na ética de Marx possui a função de “orientar uma reflexão interessada, voltada a realização da liberdade, no horizonte da emancipação humana e da luta social” (BARROCO, 2010, p. 215). Portanto, a possibilidade de formação de um novo tipo de sociabilidade não se detém ao mundo das ideias, mas sim através da práxis social dos homens.

Apesar de uma cidadania regulada imposta a sociedade é possível que de forma objetiva mesmo nos limites da sociedade burguesa se desenvolva a oposição a moral dominante, seja por meio de partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais e outras formas de organizações sociais. Portanto, segundo Barroco, as condições do presente não devem nos levar a aceitação do que está posto, pois o posicionamento crítico e compromissado de cada um com a ética assumida pela profissão possibilita uma intervenção racional e valorativa, e nesse sentido, a apreensão histórica e crítica da sociedade são indispensáveis para o rompimento de visões preconceituosas, mecanicistas, limitadas e unilaterais. Assim, Barroco afirma:

Entende-se que a vida individual é mediada pela vida social, refletindo-se na vida profissional que, ao mesmo tempo, se vincula a um projeto de sociedade que não se esgota – de maneira alguma – nesta sociedade. Desejamos uma sociedade onde a liberdade de cada um de nós não seja realizada à custa da escravidão de muitos (BARROCO, 2017, p. 217).

Logo, segundo a autora a objetivação social está vinculada aos valores e às ações ético-morais desenvolvidas pelo sujeito social que poderá incorporar

determinado projeto societário existente na sociedade, isto é, em direção a superação da ordem burguesa ou apenas a sua manutenção.

Dessa maneira, sobre a profissão, a autora afirma que a dimensão ética e política só foi colocada a profissão como problema a partir da emergência de diferentes projetos sociais na realidade e a partir do questionamento ao tradicionalismo profissional, sendo o marco desse processo o terceiro Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, denominado Congresso da Virada (1979), ocorrido em São Paulo.

Contudo, foi na década de 1980 o momento da virada profissional e das principais conquistas obtidas pelo Serviço Social, como a organização política da categoria, marcada pela organização político sindical e pela organização das entidades representativas, como também no campo da teoria com o surgimento de obras que começaram a discutir os fundamentos do serviço social como a obra de Yamamoto e Carvalho de 1982 (BARROCO, 2012).

Esse processo possibilitou a formação das bases para a crítica ao conservadorismo e possibilitou o desenvolvimento e construção da ética profissional materializada no código de ética de 1986, que rompeu com a cultura neotomista, instituindo posteriormente o código de ética de 1993. Como detalha a autora:

[...] a organização política da categoria, impulsionada pela redemocratização da sociedade brasileira e pela prática profissional vinculada aos movimentos sociais, favoreceu a construção e a hegemonia do projeto profissional que, em termos éticos específicos, prosseguiu, nos anos 1990, com uma nova elaboração do código de ética, em 1993, aperfeiçoando-o em sua fundamentação e em seus pressupostos operacionais, com uma produção ética inédita, passando a compor as suas conquistas (BARROCO, 2004; 2008 apud BARROCO, 2012).

Dessa maneira, a trajetória histórica da sociedade brasileira marcada pelas lutas contra a ditadura em uma sociedade polarizada proporcionou a criação de novos horizontes para a profissão. O serviço social, a partir do código de ética de 1993, deixa explícito seu compromisso e vinculação aos direitos e interesses da classe trabalhadora. Se fundamenta agora com base na liberdade, democracia, cidadania,

justiça e na igualdade social evidenciando-se assim seu compromisso ético-político com os serviços prestados frente as contradições postas.

Assim, as atribuições e competências dos assistentes sociais são orientadas e norteadas por direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional do/da Assistente Social e na Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/93, bem como nos princípios estabelecidos no projeto de reforma sanitária subsidiando os atendimentos, planos de trabalho, projetos e demais intervenções comprometidas com questões éticas que garantam a qualidade do atendimento e o acesso aos direitos da população usuária. Pois, embora esses direitos sejam legalmente garantidos, é necessário que sejam viabilizados.

Nesse sentido, o assistente social para apreender a realidade dos usuários lança mão do uso dos instrumentais tais como: entrevista socioeconômica, visita no leito e orientações individuais/grupais para materializar a sua ação profissional, assim, realiza ainda a busca ativa, encaminhamentos, estudo social, relatório social, parecer social, articulação com a rede de serviços, a produção de declarações diversas, articulação com a equipe de saúde e estudos de casos, dentre outras, que compõe a dimensão técnico-operativa do Serviço Social.

Ressaltando-se aqui, que tal dimensão, é indissociável das dimensões teórico-metodológica e a ético-político, pois a profissão realizou um grande combate ao tradicionalismo e a sua base conservadora, buscou situar ainda a profissão criticamente as requisições do seu tempo aperfeiçoando a academicamente e, no que diz respeito a dimensão ética, a profissão, criou a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e reelaborou o seu Código de Ética Profissional, resultando no Código de Ética de 1993 e juntamente com as Diretrizes Curriculares materializaram o Projeto Ético Político. Assim, todos os avanços profissionais discutidos ao longo deste estudo, foi possível a partir do momento que o Serviço Social passou a articular e relacionar essas dimensões no seu fazer profissional, devendo estas, ser entendidas como inseparáveis entre si, formando uma unidade (IAMAMOTO, 2004).

Assim, entende-se que a teoria é indispensável para a formação do assistente social, pois é a mesma que possibilita ao profissional realizar uma intervenção consciente, com qualidade e capaz de ultrapassar o senso comum (PEREIRA, 2015).

Já a dimensão técnico-operativa não se limita apenas aos instrumentais e técnicas utilizadas pelo assistente social, pois vai além dessas capacidades, uma vez que possibilita ao profissional avaliar o alcance dos seus objetivos traduzidos em sua ação. Disso resulta em uma intervenção consciente e sistemática acerca do seu objeto de trabalho, isto é, a questão social (PEREIRA, 2015).

E consideramos ainda que a dimensão Ético-política, vai além dos aportes legais construídos pela categoria, pois essa dimensão se remete também ao desenvolvimento de uma postura política do profissional na defesa dos direitos dos seus usuários (PEREIRA, 2015). A capacidade do profissional de articular essas 3 dimensões possibilita através do seu trabalho a materialização do Projeto Ético Político da Profissão, superando assim o equívoco de que a teoria é diferente da prática

Ademais, o serviço social que atua na área da saúde conta, além da vasta e rica literatura produzida, com mais um subsídio para a intervenção profissional, isto é o documento que trata dos parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde, elaborado pelo CFESS, em 2008. A referida brochura busca orientar e direcionar a prática profissional reafirmando as atribuições e competências do assistente social na saúde, com a finalidade de contribuir e aprimorar a intervenção profissional.

Nesse sentido, no que diz respeito ao exercício profissional, para atuar, o assistente social tem o direito ao livre exercício das suas funções, a garantia e defesa das suas atribuições e competências como preconizado no artigo 2º do código de ética profissional, dentre outros. Portanto, possui autonomia no exercício profissional para inclusive, se negar a exercer atividades incompatíveis com sua formação profissional (BRASIL, 2012).

Assim, com o intuito em responder ao objeto proposto neste estudo, ou seja, a contribuição do assistente social para o acesso dos usuários aos serviços de saúde, foi realizada a coleta de dados no Sistema Informatizado do Serviço Social do Hospital das Clínicas, que mantém todos os registros relacionados à atuação profissional. Para este estudo, foram selecionados os registros de 12 profissionais, tomando como base o ano de 2017, vinculados ao HC-UFG/EBSERH. Ficaram excluídos desse grupo, os profissionais que se aposentaram naquele ano e os que estavam exercendo

atividades de gerência em outros setores. A inclusão de residentes do segundo ano (R2) estava prevista, contudo, não havia nenhum residente no período determinado.

De cada profissional foram investigadas seis intervenções levantadas por sorteio, o que possibilitou a análise de um total de 72 intervenções. Houve o cuidado de não coletar duas evoluções de cada profissional no mesmo mês, possibilitando a coleta de dados em diferentes períodos e casos.

No ano de 2017 foram realizadas um total de 19.895 atendimentos pelos assistentes sociais, considerando-se aqui, entrevistas (1.964) e demais intervenções (17.931). Ainda que muitas intervenções/desdobramentos resultam da entrevista, foi possível verificar que outras intervenções figurem em maior número, uma que esses dados demonstram que ela não tem sido preponderante para o conhecimento da realidade socioeconômica do usuário e para direcionar as ações profissionais, visto que são apenas 10% dos procedimentos realizados pelos assistentes sociais.

Portanto, o que se constata é que, embora sejam as entrevistas uma das formas de apreensão da realidade socioeconômica e familiar do usuário, não tem sido possível aos profissionais recorrer a esse instrumental técnico-operativo de forma mais efetiva, sobretudo em razão do número insuficiente de profissionais para atender à demanda.

Além do número insuficiente para o atendimento da demanda, os profissionais se deparam com a precariedade dos recursos materiais e da infra-estrutura, bem como a burocratização institucional, a predominância da prática curativa em detrimento da preventiva. Essas dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional afetam diretamente a atuação profissional dificultando a realização de ações que visem a mobilização dos usuários no que diz respeito à defesa do espaço público e da saúde como um direito do ser humano e dever do Estado. Segundo Yamamoto (2012), é preciso condições concretas para a efetivação profissional. Essas condições dependem dos interesses políticos em jogo, das correlações de forças e de poder, da organização, da reivindicação e da pressão dos usuários e dos profissionais pelo cumprimento da lei. Isso, requer ainda, o reconhecimento do assistente social como trabalhador assalariado e da sua relativa autonomia profissional.

Nesse aspecto, ressalta-se que o que dificulta a ação profissional, especificamente na área da saúde, são as exigências impostas pelas Organizações Sociais, no caso do HC, a EBSEERH, que impõem a cultura da produtividade e da seletividade no acesso aos serviços, em detrimento da qualidade e da universalidade, atendendo aos preceitos neoliberais que restringem o atendimento aos mais pobres e não a todos que têm o direito a saúde.

Assim, como já discutido anteriormente, essa lógica não se inicia com a EBSEERH, mas é intensificada com o início dessa gestão. Nesse embate o SUS vem se tornando palco de disputa política entre os projetos de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, considerando que o projeto privatista está pautado na política de ajuste com a principal finalidade de reduzir os gastos e isentar o Estado de sua responsabilidade central. Incube-se ao Estado garantir o mínimo aos que não podem custear, passando para o setor privado o atendimento dos que possuem os meios para pagar (MACIEL, 2017). E nesse sentido, o incentivo é cada vez maior para que a população faça um plano de saúde, como exemplo, a declaração das despesas com saúde para efeito do imposto de renda.

Entretanto, a falta da realização da entrevista social não pode ser vista como parte da intencionalidade de viabilizar direito em decorrência da universalidade do sistema de saúde, mas retrata de forma explícita, uma contradição entre os atendimentos realizados pelo profissional e o número de entrevistas realizadas, uma vez que diferença entre essas intervenções são consideráveis.

A entrevista social é, portanto, entendida neste trabalho, como um instrumento que possibilita “ao assistente social direcionar o seu acervo de conhecimentos em favor das demandas dos usuários, contribuindo para o acesso aos seus direitos e para estimular processos de reflexão, de organização e mobilização sociopolítica” (FAERMANN, 2014, p. 317). Sendo assim, é possível por meio dela, identificar as dificuldades, privações, negligências e violências sofridas pelos usuários em sua particularidade e, a partir disso, tornar-se um subsídio para que o profissional possa contribuir para a viabilização dos direitos sociais. Evidentemente, não condicionamos a prática profissional à realização de entrevista, mas acreditamos que ela seja um importante instrumento para o fortalecimento dos usuários e do SUS constitucional.

Em relação a esse instrumental, os “Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde”, destaca que:

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais (CFESS, 2010, p. 43;44).

Os assistentes sociais do HC-UFG/EBSERH se utilizam de três tipos de instrumentos para realização das entrevistas sociais: um se destina a apreender a realidade dos usuários acima de 18 anos internados nas clínicas: médica, cirúrgica, ortopédica, especialidades e pronto socorro; outro se destina a coletar informações das crianças e adolescentes internados na pediatria, Unidade de Terapia neonatal e no Serupe (pronto socorro infantil); e um último, para apreensão da realidade das gestantes e puérperas internadas na maternidade do hospital. Apreende-se o cuidado da categoria em desenvolver as entrevistas sociais conforme a singularidade e especificidade dos grupos atendidos.

Sabe-se que a saúde, como preconizado na Lei 8.080/1990 é um direito do ser humano e dever do Estado, não se deve centrar a ação profissional a partir da análise econômica, pois reforçaria a defesa de um sistema de saúde voltado para os mais pobres, como o defendido pelo projeto privatista. O capítulo 2, artigo 7º inciso I da mesma lei, preconiza ainda a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, e que esses serviços sejam prestados com vistas a atender os usuários de forma integral em todos os níveis de complexidade. Portanto, a realização da entrevista social possibilita ao profissional o atendimento das demandas dos usuários de forma integral a partir do conhecimento da sua realidade.

Nesse mesmo sentido, o projeto ético-político do serviço social assume a defesa dos direitos sociais sem discriminação e diferenciação de pessoas. Como afirma Netto:

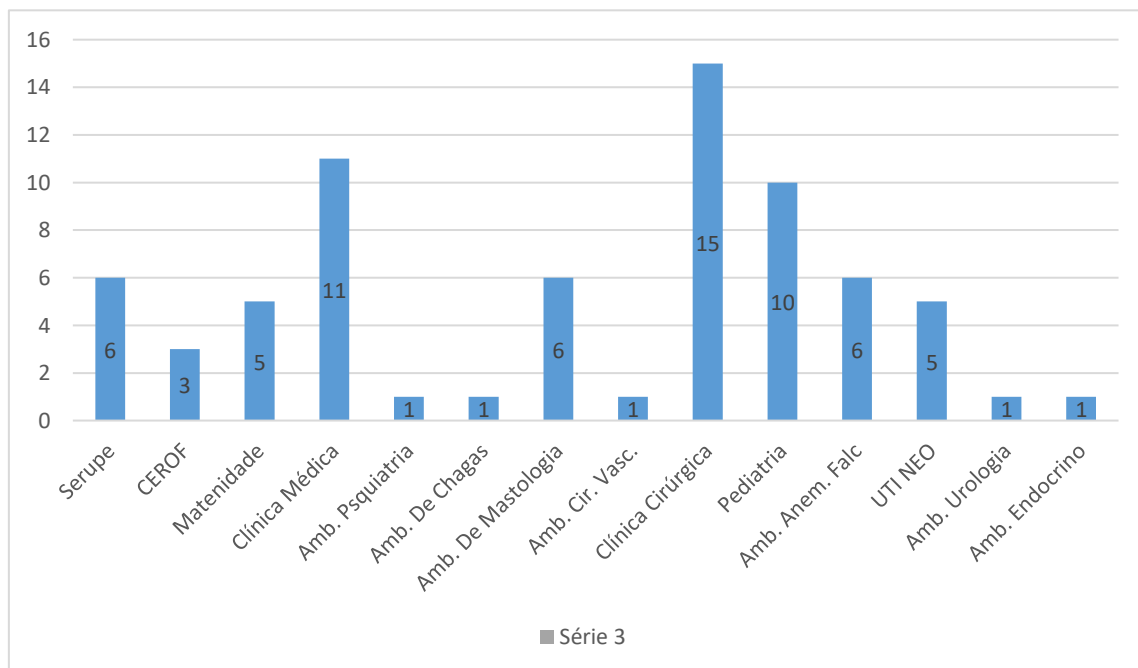
A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida (NETTO, 1999, p. 16).

Nesse sentido, é evidente a relação entre o projeto ético-político da profissão, o código de ética profissional, os parâmetros para atuação na área da saúde e o Projeto de Reforma Sanitária.

E para desenvolver uma atuação nesse sentido é necessário romper com essa rotina burocrática, com tendência a responder à demanda institucional, que nem sempre é a demanda do usuário dos serviços, o assistente social deve ir além das rotinas institucionais, decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas comprometidas com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do assistente social, que sejam capazes de preservar e efetivar direitos (IAMAMOTO, 2011), não se detendo a uma posição paternalista nem messiânica, nem correndo o risco de reproduzir no cotidiano profissional práticas conservadoras, “que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2010, p.34).

A partir dos documentos produzidos pela profissão em seu processo de amadurecimento profissional tem-se como finalidade analisar as intervenções realizadas e registradas pelo assistente social no Hospital das Clínicas. Dos registros analisados ao longo do ano de 2017 é possível verificar a origem das demandas postas ao serviço social, como exposto abaixo:

Gráfico 1 – Origem das demandas conforme a clínica em que se encontra o usuário atendido pelo serviço social



Fonte: Hospital das Clínicas/HC- UFG, Goiânia/sistema informatizado do serviço social. Dados coletados com a Pesquisa de Campo, set. 2019.

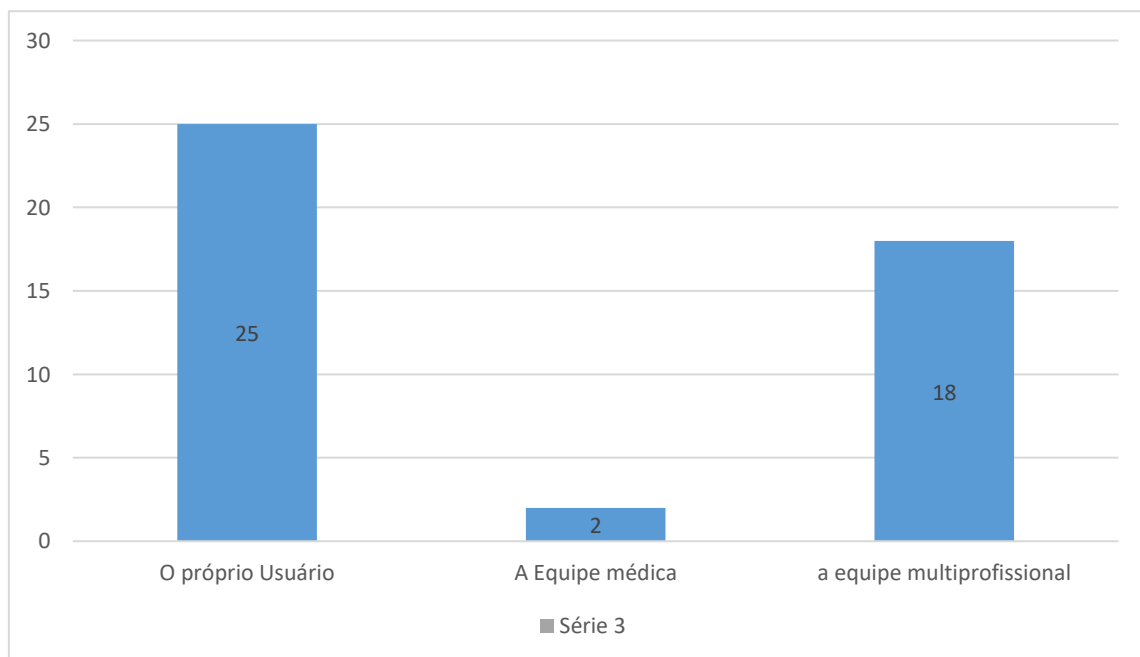
Como constatado no Gráfico 1, a clínica que mais apresentou demandas para os profissionais, foi a cirúrgica. Realidade esta que pode ser justificada pela quantidade de leitos na referida clínica. Seguida da clínica médica que também possui um dos maiores números de leitos da unidade e se justifica também pela própria característica dos pacientes internados, dentre eles, os acamados. A clínica de pediatria também demonstrou um quantitativo considerável de requisição profissional, a mesma fornece o atendimento em diversas especialidades, com ênfase em atendimentos mais específicos, como os destinados aos pacientes com insuficiência renal, com má formações e com fibrose cística, destina também o atendimento de forma mais geral as demais necessidades.

Segundo o documento produzido pela EBSE RH, denominado de “plano de reestruturação do hospital das clínicas da UFG”, no que diz respeito ao Dimensionamento de Serviços Assistenciais o mesmo informa que a unidade dispõe de uma estrutura de 210 consultórios e 239 leitos hospitalares (sendo 81 leitos

cirúrgicos, 74 clínicos, 31 pediátricos 21 obstétricos, 6 leitos de isolamento e 26 de cuidados intensivos). O que reforça também o resultado apresentado no gráfico 1.

Em relação ao início da demanda, ou seja, sobre quem demandou a intervenção profissional, o gráfico 2 demonstra por quem foi acionado a intervenção do assistente social.

Gráfico 2 – Segmento em que se originou a requisição da intervenção do serviço social



Fonte: Hospital das Clínicas/HC- UFG, Goiânia/ sistema informatizado do serviço social. Dados coletados com a Pesquisa de Campo, set. 2019

No Gráfico 2 é possível constatar que a intervenção profissional ocorre, principalmente, pela requisição do usuário. Mas, vale ressaltar que, embora o assistente social seja muitas vezes chamado a intervir, já faz parte da sua atuação profissional atender as demandas sem ser requisitado, isto é, o próprio profissional a partir do acompanhamento do usuário na unidade, por meio das visitas nos leitos, da sondagem de demandas sociais desenvolve suas intervenções a partir da apreensão da realidade. Assim, os usuários são os que mais demandaram o assistente social. Seguido pela equipe multiprofissional que também solicita a intervenção profissional

(isto é, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros).

Ao atender essas demandas é intrínseco a elas as manifestações da questão social, sendo a mesma o objeto da intervenção profissional, nos deparamos com o desafio de lidar no cotidiano profissional com o que não é explicitado em um ambiente hospitalar pelo momento delicado em que os usuários estão expostos (adoecimento) e em decorrência da rotina extenuante em que os profissionais são submetidos, pelo volume das demandas, pela falta de recursos para a política de saúde e pela falta de condições físicas e humanas do próprio espaço ocupacional.

Nesse sentido, além de avaliar o que lhe é requisitado, o profissional deve se atentar as manifestações da questão social, e o modo de relação imposto pelo modo de produção que inviabiliza o acesso a saúde, e a continuidade do tratamento da maioria da população, como afirma Iamamoto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2012, p.28).

Portanto, como afirma a autora, são nas expressões da questão social que existem as possibilidades de captar as diversas formas de explorações e de exclusão que os trabalhadores são submetidos. Assim, para que haja a possibilidade de viabilizar os direitos básicos da classe trabalhadora é necessário que o profissional se invente e reinvente para que os usuários tenham acesso ao que de fato foi adquirido como direito, ou seja, uma saúde pública que atenda todas as pessoas em sua totalidade e de forma igualitária. Portanto, que ultrapasse uma prática não crítica e não política.

Ressalta-se ainda no Gráfico 2, o fato do serviço social ser pouco requisitado pela equipe médica, o que pode indicar a persistente ideologia de que cabe a esse

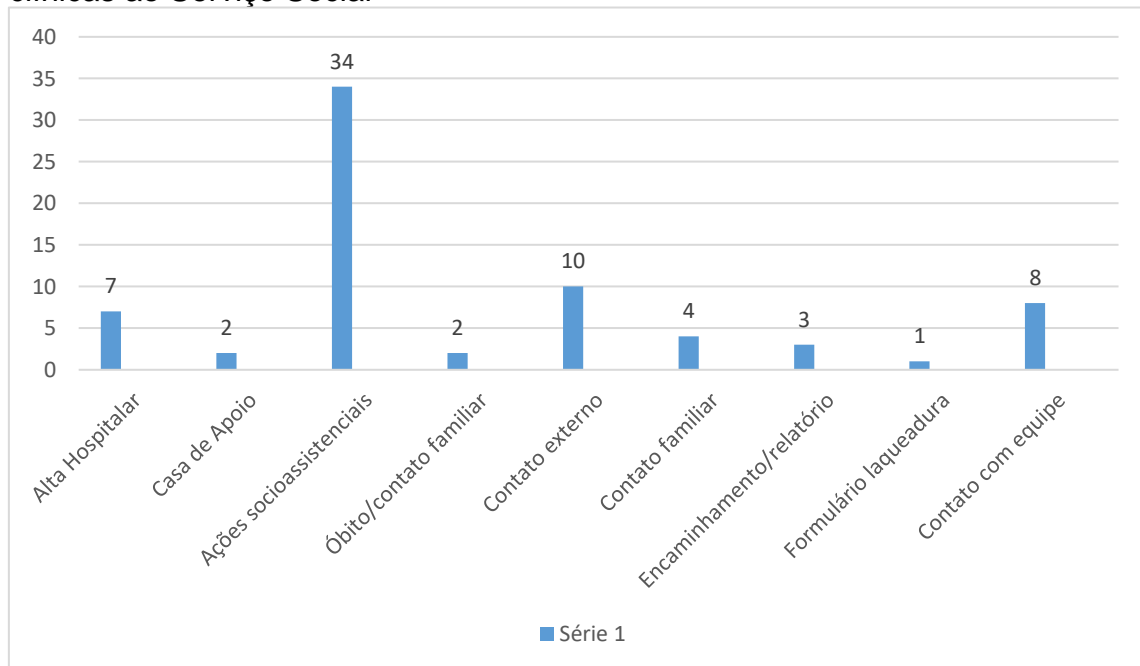
profissional o atendimento de todas as demandas apresentadas pelo usuário, ou seja pode indicar resquícios de uma conduta que focaliza a doença, o processo curativo e não o preventivo, defendido pela Reforma Sanitária e pela CF de 1988. Nesse sentido, Costa afirma que:

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (COSTA, 1998, n.p.).

Entende-se que esse processo ocorre em consequência das condições históricas em que o SUS se desenvolveu no país, tanto de forma organizacional como tecnológica com o passar dos anos, centrado na hegemonia do saber médico. Essa realidade faz com que o assistente social tenha o desafio de mediar as demandas intrínsecas relacionadas ao processo de adoecimento não apresentadas pelos usuários que determinam o processo de recuperação ou de adoecimento dos mesmos para que o atendimento não seja focalizado apenas no tratamento curativo.

Sobre as demandas para o assistente social, o Gráfico 3 descreve as principais requisições apresentadas ao profissional, dentre os usuários, a equipe e outras instituições.

Gráfico 3 – Tipos de demandas apresentadas pelos usuários do hospital das clínicas ao Serviço Social



Fonte: Hospital das Clínicas/HC- UFG, Goiânia/ sistema informatizado do serviço social. Dados coletados com a Pesquisa de Campo, set. 2019.

Pode-se constatar por meio dos dados coletados que as principais demandas apresentadas ao assistente social no âmbito do HC/UFG/EBSERH estão relacionadas às ações socioassistenciais, entendidas como a socialização de informações, a orientação/encaminhamento às instâncias de continuidade do tratamento, seja na unidade básica ou na própria instituição, dentre outras. Estas ações consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções e mobilização da equipe e da rede de serviços com vistas a garantir o acesso dos usuários à saúde, enfatizar os determinantes sociais, dentre outras, apresentando quase o total de intervenções realizadas pelos profissionais na saúde (CFESS, 2010).

Ressalta-se que a informação faz parte dos instrumentais do trabalho profissional, sendo considerada uma importante ferramenta de trabalho, pois é a partir dela e da intencionalidade do profissional que há possibilidade de contribuir com o acesso aos serviços de saúde, e também para o desenvolvimento de uma consciência crítica, pois assim, o usuário poderá entender o funcionamento do SUS, suas possibilidades, desafios e sobre sua posição de sujeito social que pensa, crítica e

busca nos espaços deliberativos pelo garantia dos seus direitos (GUERRA, 2000). Sobre isso, Guerra, afirma que:

[...] a intencionalidade dos assistentes sociais passa a ser mediada pela própria lógica da institucionalização, pela dinâmica da instauração da profissão e pelas estruturas em que a profissão se insere, as quais, em muitos casos, submetem o profissional, melhor dizendo, os assistentes sociais “passam a desempenhar papéis que lhes são alocados por organismos e instâncias (...)” próprios da ordem burguesa no estágio monopolista (Netto, 1992: 68), os quais são portadores da lógica do mercado. Assim, o assistente social adquire a condição de trabalhador assalariado com todos os condicionamentos que disso decorre (GUERRA, 2000, p. 7).

Mas, ao mesmo tempo, depende-se da intencionalidade, ou seja, da objetivação do profissional, podendo se resumir no cumprimento das tarefas burocráticas, sem o compromisso com o Projeto Ético Político, reforçando o pragmatismo, o imediatismo, contribuindo assim, para o fortalecimento do projeto de privatização da saúde. Portanto, entende-se que a intervenção do assistente social produz um resultado concreto que afeta a vida dos usuários e atinge também a sociedade.

Sobre a socialização da informação é dever do assistente social na sua relação com os usuários prestar todas as informações necessárias para que os mesmos tenham acesso e ciência dos serviços e programas oferecidos na instituição. Como afirma, Barroco:

A transmissão de informação é conduta exigível no exercício do assistente social. Todas as informações relativas ao acesso aos programas disponíveis da instituição devem ser repassadas para o usuário, de forma que ele possa participar deles (BARROCO, 2012, p. 174).

Logo, se o profissional não assume o compromisso de socializar as informações necessárias mediante a realidade apresentada ou solicitada pelo usuário, ele está ferindo um princípio ético e dificultando o acesso aos serviços, como é ressaltado pela autora,

Nesse sentido, a violação da ética se concretiza na conjugação ou não dos dois núcleos negativos, quais sejam: quando o assistente social nega ou omite informações, impedindo o acesso aos programas disponíveis, e/ou quando prestando ou não as informações ele impede o acesso aos programas (BARROCO, 2012, p. 174).

No mesmo sentido, os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (2010), destacam a importância das ações sociassistenciais para traçar os caminhos de acesso aos serviços de saúde, enfatizando que:

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais (CFESS, 2010, p.44).

Dessa maneira, a socialização de informações vai desde a transmissão dos serviços e programas realizados na instituição, das normas e rotinas, como a realização de procedimentos de caráter educativo, encaminhamentos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas como também assegurar as informações sobre direitos e benefícios preconizados em outras políticas sociais, respeitando sempre a autonomia dos usuários. Como determinado no código de ética profissional, capítulo 1 art. 5º, ao tratar das relações com os usuários preconiza que é dever do profissional:

Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste código (BRASIL, 2012, p.29).

O contato externo, dessa maneira, é algo requisitado aos profissionais seja pelas demandas apresentadas pelos usuários ao longo do tratamento, como por exemplo, a necessidade de transferência para outros serviços como os casos de Tratamento Fora de Domicílio, bem como pela necessidade de contatos com a Secretária Municipal de Saúde, Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo

Juarez Barbosa (CEMAC JUAREZ BARBOSA), entre outros, com vistas a dar prosseguimento ao acesso aos serviços e direitos garantidos pela Política de Saúde.

O contato com a equipe multiprofissional também é algo rotineiro no trabalho profissional, como apresentado no Gráfico 3. O assistente social não atua sozinho em um ambiente hospitalar. Portanto, a articulação com a equipe, as discussões de casos são fundamentais para possibilitar uma prestação de serviço de acordo com as necessidades dos usuários. Como citado pelos parâmetros para atuação na saúde, o assistente social:

[...] ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p.46).

Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar faz parte da rotina do assistente social, sendo considerado um dos princípios do SUS o atendimento dos usuários em sua integralidade. Assim é necessário que os mesmos sejam acompanhados e atendidos por diferentes profissionais, de acordo com a necessidade. Portanto, para Barroco o profissional deve incentivar a prática profissional em equipe:

[...] a prática interdisciplinar e contribuir para a construção de princípios favoráveis ao acolhimento do usuário, possibilitando a estes modos mais solidários de estabelecerem suas relações com os profissionais e estes entre si, contribuindo, ademais, para novas formas de organização do trabalho (BARROCO, 2012, p.193).

Assim, o trabalho interdisciplinar é uma demanda apresentada ao assistente social, e por meio deste trabalho acredita-se que esse processo valoriza as diferentes profissões, desde que cada uma saiba a diferenciação de suas ações. Nesse sentido, o assistente social é muito requisitado pela equipe no processo de desospitalização do sujeito, ou seja, na alta hospitalar. Geralmente o profissional é requisitado para realizar encaminhamentos para prosseguimento dos serviços assistenciais em casa, como o serviço de atenção domiciliar, melhor em casa, dentre outros, para realizar

orientações sobre aquisição de insumos, orientações previdenciárias e de contra referência, como também acionar o transporte via secretária municipal, realizar contato familiar nos casos dos pacientes que residem em Goiânia, e em casos que não tem para onde ir, mediar acolhimento em abrigos, como nos casos dos usuários em situação de rua e de idosos abandonados.

Nesse sentido, o assistente social é acionado pela equipe multiprofissional para realizar contato familiar, principalmente nos casos de altas hospitalares, de óbitos, solicitação de acompanhantes, dentre outros, ou para realizar orientações pertinentes ao tratamento do usuário.

Outra atividade realizada pelo assistente social são os encaminhamentos e a produção de relatório social, nos casos necessários. Conforme dados do gráfico o profissional, também exerce a entrega das fichas de laqueaduras para as usuárias da clínica de maternidade, isto é, para aquelas que demonstram não ter o interesse de engravidar novamente.

Os dados da pesquisa também evidenciam que os profissionais orientam os usuários sobre a atuação do assistente social na unidade. Dessa maneira, cumprindo um dever ético, como preconizado no código de ética profissional, artigo 5º, inciso h: é dever do assistente social “esclarecer aos/as usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional” (BRASIL, 2012). Ao explicitar ao usuário o fazer profissional, no mesmo sentido reforça o princípio da defesa intransigente dos direitos humanos ao recusar o arbítrio e o autoritarismo (BRASIL, 2012, p.23). Ao estabelecer a relação entre usuário e profissional, demonstra uma relação entre iguais e não de superioridade.

Para Barroco, é natural nas profissões estabelecidas como de nível superior, existir uma falsa superioridade em relação às demais pessoas, como se os usuários dos serviços tivessem a obrigação de saber do que se trata tal intervenção e por que a mesma está sendo realizada na situação em que ele se encontra. Nesse sentido, a autora afirma que:

Ao contrário dessa prática nefasta, tão cristalizada nas relações profissionais, o assistente social tem o dever de prestar esclarecimentos aos usuários, ao iniciar sua intervenção com ele, acerca dos objetivos e da amplitude de sua

atuação, ou seja, deve explicitar como será desenvolvido o trabalho e quais as técnicas e instrumentos que utilizará (BARROCO, 2012 p. 178).

Segundo, os Parâmetros para o assistente social na saúde (CFESS, 2010), a socialização de informações na área da saúde não deve ser realizada no sentido de reforçar a cultura de subordinação do usuário diante dos profissionais (de ensino superior) no sentido de assegurar a simples adesão dos mesmos, pelo contrário, o sentido da socialização de informações aqui é entendida como a possibilidade de contribuir para o despertar do sujeito social na construção de novas formas de sociabilidade, fomentando a participação dos usuários em direção a uma construção coletiva. Assim, como estabelecido no princípio do código de ética, o assistente social deve defender o aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida (BRASIL, 2012, p.23). Nesse seguimento, pode-se notar nos registros profissionais o cumprimento desse dever:

Realizamos visita ao leito para acompanhamento social. Orientamos a mãe quanto a internação (normas e rotinas) e da importância de a mesma conversar com a equipe para compreender o tratamento da paciente (PROFISSIONAL 10).

Mãe da criança [...] faz contato com o serviço social. Informa que a usuária aguarda consulta com o reumato-pediatra há aproximadamente 10 dias [...]. Segundo informado, a criança está afastada do ambiente escolar com quadros agudos de dor. Socializadas informações sobre o fluxo da regulação e pactuação no SUS. Orientada a acompanhar a solicitação junto a regulação da SMS de Goiânia/Go. Informado que, caso avalie pertinente, poderá judicializar processo via MPGO, solicitando urgência no caso. Socializada as informações e procedimentos necessários (PROFISSIONAL 12).

Nas intervenções registradas é possível verificar o comprometimento dos profissionais em socializar as informações referentes ao funcionamento do hospital e sobre a necessidade de se manter um diálogo com as demais profissões da unidade e órgãos públicos para compreender os tratamentos dos usuários.

No registro da intervenção do profissional 12 é evidente o compromisso com a democratização da informação e dos serviços, uma vez que o assistente social explicita o funcionamento da regulação e da pactuação do SUS. Além disso, o mesmo

orienta que caso o familiar ache necessário tem por direito a opção de entrar com ação no MP solicitando urgência no caso.

Seguem outras socializações de informações realizadas pelos profissionais:

Feita orientação para solicitação de Benefício de Prestação Continuada, benefícios sociais e sobre a transferência para a rede (PROFISSIONAL 5).

Paciente cadeirante veio de ônibus para a consulta, na oportunidade ficou internada. Realizado orientações para a paciente quanto a solicitação de transporte do município de Trindade/GO quando estiver de alta. Orientada que não é necessário retornar ao município de ônibus, pois é de obrigação do mesmo realizar o traslado (PROFISSIONAL 6).

Companheiro da paciente orientado sobre a necessidade de processo junto a Defensoria Pública de Goiás para a retificação judicial do sexo do bebê. Pai orientado sobre a solicitação de cópia de prontuário e laudo para as providências cabíveis (PROFISSIONAL 11).

Acredita-se que por meio dessa ação o assistente social contribui para a tomada de consciência dos usuários sobre os seus direitos sociais, como também pode contribuir para a suscitação da consciência sanitária. Nos parâmetros, a consciência sanitária:

É concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. Como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. As forças sindicais e políticas podem ter, dependendo da orientação e dos instrumentos, um papel relevante na formação da consciência sanitária¹⁶ (CFESS, 2010, p. 55).

¹⁶ Consciência sanitária é um conceito estratégico utilizado por Berlinguer, principal autor da Reforma Sanitária italiana e que foi uma das referências para os formuladores do projeto de Reforma Sanitária no Brasil. Consiste na articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido, o corpo produtivo. Segundo Sônia Fleury, “a articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais” (FLEURY, 1997, p. 27 apud CFESS, 2010, p. 55).

Nesse mesmo sentido, um dos princípios do código de ética se posiciona em favor da: “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras (BRASIL, 2012, p. 22)”. A respeito da cidadania, Barroco afirma que:

Para Coutinho [...] a cidadania não é algo dado aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração (apud BARROCO, 2012, p. 125).

Contudo, não se pode negar que na sociedade atual a cidadania é uma tarefa difícil de ser consolidada, uma vez que é concebida apenas no seu aspecto formal de liberdade, pois na realidade capitalista a mesma não se concretiza. Todavia, cabe ao assistente social a partir da clareza da lógica que permeia as relações sociais contribuir no limite de suas possibilidades, para o desenvolvimento da mesma, apesar do seu caráter contraditório (BARROCO, 2012). Assim, buscar se posicionar em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (BRASIL, 2012, p.23).

A possibilidade de contribuir para o acesso dos usuários aos serviços de saúde, requer um profissional que apreenda e permaneça em constante atualização sobre o objeto com o qual se trabalha para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços sociais. Partindo do pressuposto que o objeto de intervenção profissional é a questão social e suas diferentes expressões, são elas mesmas que requisitam a intervenção profissional, dessa maneira, conhecer a realidade dos usuários é necessário para o atendimento de suas necessidades.

A análise macroscópica da questão social expressa uma realidade que se materializa na vida dos sujeitos. A aproximação dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos (CFESS, 2010, p. 69).

Como também afirma Guerra,

A utilidade social da profissão está em responder às necessidades das classes sociais, que se transformam, por meio de muitas mediações, em demandas para a profissão. Estas são respostas qualificadas e institucionalizadas, para o que, além de uma formação social especializada, devem ter seu significado social reconhecido pelas classes sociais fundamentais (capitalistas e trabalhadores) (GUERRA, 2000 p. 6).

Dessa maneira, acredita-se que por meio da apreensão da realidade dos usuários e da socialização de informações, o assistente social pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados e para a criação de espaços de participação. Nota-se o compromisso dos assistentes sociais do HC em cumprir os princípios do código de ética profissional, assim como os da Reforma Sanitária e da CF de 1988 ao estabelecerem o conselho local de saúde no HC. Até o ano de 2017 o conselho foi presidido por uma assistente social atuante, mobilizando os usuários, acompanhantes e trabalhadores da unidade, no sentido de participarem das ações e decisões de serviços do HC. Nas reuniões do conselho destacava-se a importância da participação da população nesses espaços na perspectiva de fortalecer a luta pelo acesso ao direito a saúde e realizava também a socialização sobre dados da unidade e sobre os serviços oferecidos pelo SUS.

No que diz respeito a articulação do assistente social com a rede de apoio, o assistente social tem como objetivo apropriar das informações e orientar os usuários sobre o acesso aos serviços e benefícios assegurados pelas políticas públicas para posteriormente realizar os encaminhamentos. Nesse intuito, pode-se mencionar as articulações realizadas na perspectiva de assegurar o acesso dos usuários ao direito a saúde:

Realizado contato com SMS para solicitar informações sobre prótese ocular. Socializado informações ao paciente (PROFISSIONAL 1).

Feito contato com SMS de Aparecida de Goiânia para orientar a mãe como proceder em relação ao novo agendamento de exame que a criança perdeu

(alto custo) por estar internada na unidade. [...] terá que retornar a regulação de Aparecida para que seja autorizado novamente (PROFISSIONAL 2).

Realizado contato no Juarez Barbosa para saber sobre o processo de retirada de medicamentos no Juarez Barbosa e repassado orientações, endereço e telefone (PROFISSIONAL 4).

Realizado contato no TFD que nos informou que o transporte terrestre foi liberado. Realizo contato familiar e faço orientações (PROFISSIONAL 8).

Tais registros demonstram o esforço do assistente social em contribuir para que os usuários tenham acesso ao direito a saúde, para tanto, quando o profissional não possui a informação de forma imediata, como demonstrado nos registros, ele articula com a rede de serviços para assegurar e repassar as informações para os usuários, com o intuito de garantir ou viabilizar o atendimento de suas necessidades. O posicionamento assumido está amparado nos parâmetros para o assistente social na saúde (CFESS, 2010) ao afirmar que é tarefa do profissional “conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social (CFESS, 2010, p. 25)”, dentre outros.

Outro aspecto a ser destacado se refere ao compromisso do profissional com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (BRASIL, 2012), dos 12 profissionais selecionados pela coleta de dados 5 possuem mestrado em serviço social.

Sobre a intervenção nos casos em que os pacientes necessitam do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), ou de medicamentos de alto custo, os parâmetros deixam claro que essa não é atribuição do assistente social.

Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p. 47).

Essas ações são consideradas de caráter eminentemente técnico administrativo que podem ser exercidas por outros profissionais. Porém, apesar dos registros coletados não explicitarem o processo de orientação para contribuir para o acesso dos usuários ao TFD e aos medicamentos de alto custo, é possível constatar que os profissionais no HC desenvolvem a entrega dos formulários e as orientações, bem como outros procedimentos, como é o caso da marcação de consultas ou exames, como também a entrega de formulário para laqueadura como constatado por meio da coleta de dados:

Entregue para a paciente formulários para realização de laqueadura. Orientada a como proceder (PROFISSIONAL 2).

Mãe orientada sobre a transferência para Brasília. Repassado documentação, relatórios, exames originais mais endereço e contato no hospital clínica Brasil (USUÁRIO 5).

Retorno para o doutor [...] sobre as intervenções realizadas para solicitação de consulta em Brasília/transplante (PROFISSIONAL 5).

Retorno para as enfermeiras as intervenções realizadas para garantir o acesso do usuário a consulta de sexta-feira (PROFISSIONAL 5).

Contato com o SAMIS para viabilizar consulta na endocrinologia para o paciente (PROFISSIONAL 9).

Contato com paciente avisando da reunião com o Serviço Social e com a Doutora [...] (PROFISSIONAL 7).

Os registros demonstram o aspecto conservador ainda presente em muitas ações. Conforme os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde essas ações são requisitadas pela equipe ao Serviço Social, pela falta de clareza das atribuições e competências profissionais. Conforme os parâmetros, essas dificuldades podem ter relação com a Contrarreforma na saúde que tem como consequência as precárias condições a que os profissionais são submetidos,

restando-lhes promover ações que contribuam com o acesso dos usuários, ainda que não seja sua atribuição (CFESS, 2010).

Os parâmetros afirmam ainda que o assistente social têm tido dificuldades em estabelecer suas atribuições e competências em relação às outras categorias profissionais em decorrência do ranço conservador presente não só na profissão como também, nas outras categorias, e sem dúvidas pelas novas relações impostas desde a década de 1990 com o resgate do paternalismo, do assistencialismo e da realidade imposta pelas Organizações Sociais (OSs), impulsionando um trabalho emergencial e fragmentado (CFESS, 2010).

Porém, conforme o código de ética da profissão, constitui-se direito do assistente social a: “Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da profissão e dos princípios firmados neste código; e o livre exercício das atividades inerentes à profissão (BRASIL, 2012, p.26)”. Ressalta ainda a “ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado o assistente social a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções (BRASIL, 2012, p. 26).

Entretanto, os profissionais enfrentam desafios para romper com essas práticas, devido à mercantilização dos serviços, e à necessidade que o trabalhador têm de assegurar o seu espaço de trabalho, pois a profissão se insere igualmente na esfera da produção e da reprodução da vida material.

Logo, as relações estabelecidas pela profissão são relações que envolvem poder, sendo relações de “lutas e confrontos entre classes e segmentos sociais, que tem no Estado uma expressão condensada da trama do poder vigente na sociedade” (IAMAMOTO, 2012, p. 26). Como afirma lamamoto:

A sintonia da formação profissional com o mercado de trabalho é condição para se preservar a própria sobrevivência do serviço social. Como qualquer outra profissão, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, sua reprodução depende de sua utilidade social, isto é, de que seja capaz de responder às necessidades sociais, que são a fonte de sua demanda. Sendo o assistente social um trabalhador assalariado, depende da venda da sua força de trabalho especializada no mercado profissional de trabalho. Para que ele tenha valor de troca, expresso monetariamente no seu preço, é necessário que confirme o seu valor de uso no mercado (IAMAMOTO, 2012, p.172).

Dessa maneira, o assistente social é posto igualmente nas relações de trabalho, como parte da classe trabalhadora, é desafiado pelas condições impostas pela realidade neoliberal. A profissão busca assim, dentro de seus limites, a superação destas dificuldades por meio de estudos, de domínio teórico metodológico, ético político e teórico metodológico para o fortalecimento da prática profissional e da comprovação do seu valor de uso na sociedade, por meio do estabelecimento de rotinas e planos de ação, como mencionado pelos parâmetros.

No que se refere ao contato com a equipe multiprofissional, essa abordagem, em geral, ocorre visando comunicar ao assistente social da alta hospitalar, para solicitação de acompanhante para o usuário, para solicitar a presença do familiar para receber a notícia do óbito e para discutir casos específicos dos usuários. Esses procedimentos podem ser identificados por meio dos seguintes relatos.

Contato realizado com SMS de Morrinhos para solicitar transporte para a paciente de alta (PROFISSIONAL 4).

Equipe de enfermagem solicita acompanhamento. Usuária de alta da UTI, será transferida para clínica de ortopedia. Equipe não dispõe de contatos telefônicos para contatar família. Números registrados indisponíveis (PROFISSIONAL 12).

Paciente foi a óbito. A pedido da equipe de enfermagem entramos em contato telefônico, falamos com o sobrinho do paciente e solicitamos que compareça o mais breve possível no HC (PROFISSIONAL 6).

Orientação quanto aos encaminhamentos necessários para registrar o óbito (PROFISSIONAL 10).

Ao tratar da alta hospitalar os parâmetros para a atuação do assistente social na saúde (CFESS, 2010) destaca a importância do envolvimento da equipe. A alta hospitalar, corresponde a alta do usuário da unidade, exige assim a alta médica e a alta social ao mesmo tempo. Segundo os parâmetros, é no acompanhamento do

usuário durante o período de internação que aponta a necessidade da intervenção do assistente social no processo de alta.

[...] em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe (CFESS, 2010, p. 48).

Assim, o assistente social é requisitado a acompanhar o processo de desospitalização quando o usuário se encontra em situação de abandono, ou quando é necessário acionar o transporte do município para conduzi-lo, quando há a necessidade de insumos e de preparo da família para receber o paciente em casa, dentre outras necessidades. Sobre a necessidade de contato no município nos deparamos com alguns registros envolvendo o traslado dos usuários.

Feito contato com departamento de transporte da SMS de Itumbiara-Go. Solicitado traslado. O mesmo virá, porém não tem previsão de chegada. Equipe de enfermagem ciente, usuária esclarecida (PROFISSIONAL 12).

Contato com o hospital de Jataí. Mediação com assistente social da unidade que informa que o usuário está em situação de rua e o único contato que conseguiu foi do ex-cunhado que não atende as ligações. Assistente social informa que está tentando um abrigo para o paciente ficar, pois o mesmo necessitará de cuidados (PROFISSIONAL 9).

Contato com o setor de transporte de Pires do Rio e alegaram que não tem combustível para vir buscar a paciente (PROFISSIONAL 9).

Portanto, o usuário só recebe alta hospitalar quando as demandas sociais são resolvidas pelo assistente social, tendo o direito de permanecer na unidade até que se resolva, e nos casos dos usuários de outros municípios pode haver a possibilidade de encaminhamento para casas de apoios e em casos de usuários em situação de rua, o encaminhamento para abrigos.

Outra demanda apresentada ao serviço social diz respeito “a alta a pedido” ou “evasão” no qual o papel do assistente social é de esclarecer ao usuário e à equipe

profissional os determinantes sociais que impulsionaram o usuário a tomar tal decisão. Dessa forma, o assistente social deve respeitar a autonomia dos usuários mesmo que não concorde com a decisão tomada, desde que capaz de tomar essa decisão, como preconizado no código de ética, artigo 5º, são deveres do assistente social:

Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste código (BRASIL, 2012, p.29).

Sobre as discussões de casos individuais, entre a equipe multiprofissional e o assistente social, elas ocorreram devido à necessidade de se estabelecer um plano de tratamento ao usuário, ou para conhecer melhor a realidade do mesmo. Assim, os parâmetros afirmam que em discussão de caso é necessário “ênfatisar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal para estabelecer assim, um plano de ação conjunto” (CFESS, 2010, p. 45).

Articulação com equipe médica que informou sobre a necessidade de uso de O2. Relatamos que checamos junto a SMS os critérios para ser concedido para orientar a família (PROFISSIONAL 10).

Discussão de caso multiprofissional para orientar a família a respeito do BPC e articular a rede de apoio com o conselho tutelar para solicitar acompanhamento psicológico (PROFISSIONAL 10).

Contato com equipe de enfermagem para discutir sobre o caso da adolescente [...] (PROFISSIONAL 4).

Sobre os encaminhamentos realizados acima, as intervenções realizadas foram direcionadas para solicitação de vagas em casas de apoio, para solicitar TFD, troca do cartão SUS no distrito sanitário, e para disponibilização do transporte da unidade. Certamente os encaminhamentos não se resumem a essas ações, outros tipos de encaminhamentos são realizados pelos profissionais.

No caso dos encaminhamentos realizados ao TFD¹⁷ foi possível verificar os retornos aos assistentes sociais. Sabendo que o Tratamento Fora de Domicílio – TFD, foi instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), e é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento. No HC as principais transferências de pacientes para outros Estados se dá em casos que o usuário necessita de transplante de rins, pulmão ou tratamento de alguma especialidade que não é oferecida na unidade. O hospital também recebe usuários de outros municípios e Estados por meio desse instrumento para que o usuário não tenha comprometimento no seu acesso à saúde, e nesses casos, o assistente social têm contribuindo sobremaneira para assegurar esse direito.

Diante dos dados obtidos, pode-se afirmar que grande parte das demandas postas aos profissionais foram atendidas, isto é, demanda de altas, de contatos extra institucional, de articulação com as redes de apoio, dentre outras. No que se refere a socialização de informações, importante instrumento da intervenção profissional, por mais que o assistente social não veja o resultado da sua ação de forma imediata, o mesmo cumpriu com sua atribuição e com o seu compromisso em divulgar, orientar e direcionar os usuários sobre os caminhos a serem percorridos para acessar os serviços.

Entretanto, sabemos que somente a socialização de informações não garante o acesso aos serviços de saúde, é necessário, além disso, um profissional comprometido com o aperfeiçoamento profissional e com o Projeto ético político.

É necessário contribuir para a viabilização dos programas e serviços disponíveis na unidade, na comunidade, bem como incentivar a participação dos usuários no controle social da saúde, no sentido de fortalecer a construção e a consolidação de um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades dos usuários conforme preconiza a agenda da Reforma Sanitária e os preceitos

¹⁷ O programa oferece: Consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado; Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes no mesmo valor, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem; Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento. Responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito do usuário de TFD. Análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário.

Constitucionais. De acordo com os Parâmetros é possível ao assistente social, “fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas, bem como fortalecer o projeto ético político profissional (CFESS, 2010, p. 67) ”.

Enfim, o atendimento das demandas imediatas configura o cotidiano profissional, especificamente, na área da saúde, são de ordem instrumental, porém o reconhecimento e atendimento das mesmas não se resulta, em uma ação funcional a ordem burguesa e ao seu projeto. A profissão não pode ser resumida apenas a sua dimensão instrumental, esta é importante para garantir sua operacionalização, porém não se finda neste aspecto. Como afirma Guerra:

Este enriquecimento da instrumentalidade do exercício profissional resulta num profissional que, sem prejuízo da sua instrumentalidade no atendimento das demandas possa antecipá-las, que habilitado no manejo do instrumental técnico saiba colocá-lo no seu devido lugar (qual seja, no interior do projeto profissional) e, ainda, que reconhecendo a dimensão política da profissão, inspirado pela razão dialética, invista na construção de alternativas que sejam instrumentais à superação da ordem social do capital (GUERRA, 2000, p. 15).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender e problematizar o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC/UFG/EBSERH e, para tanto, estabeleceu-se uma aproximação teórica e empírica com o objeto proposto, a fim de entender a conjuntura e os determinantes que envolvem a ação profissional na atualidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC/GO sob o número 15928619.5.0000.0037 e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas sob o número 15928619.5.3001.5078.

O objetivo principal proposto foi atingido, ou seja, investigar e analisar a intervenção profissional do assistente social do Hospital das Clínicas na perspectiva da viabilização do direito ao acesso dos usuários ao serviço de saúde institucional e da rede de serviços, isso foi possível a partir da coleta de dados, sua organização e análise subsidiada pelas contribuições das referências teóricas adotadas.

Assim, a coleta de dados no Sistema Informatizado do Serviço do HC/UFG/EBSERH possibilitou a apreensão e análise das intervenções realizadas pelos profissionais. A título de conhecimento cabe mencionar que antes da criação de tal sistema, o acompanhamento dos usuários era realizado pelos profissionais nas enfermarias e registrados em prontuários manuais com o acesso de toda a equipe. O atendimento que demandasse a continuidade do trabalho do assistente social era registrado no caderno de registro de atividades do Serviço Social. Assim, assegurava o acompanhamento do atendimento realizado, as pendências e os encaminhamentos necessários, entendidos também como um instrumento da ação profissional, porém de forma superficial e precária, se comparado à nova forma de registro, ou seja, o programa informatizado, assegurando o sigilo profissional. Assim, objetivou-se percorrer um caminho que pudesse desvelar se a intervenção profissional contribui para o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Na construção do estudo optou-se pela contextualização da trajetória da implantação da saúde no Brasil, imprescindível para entendermos como foi disseminado este serviço na sociedade brasileira e suas consequências, isto é, a sua

vinculação aos interesses da elite que, hoje, pode-se dizer que é representada pela elite capitalista. Assim, o resgate histórico da saúde no país proporcionou a esse estudo a compreensão de como foram se solidificando as primeiras ações de saúde e para qual grupo esteve voltada, o que irá refletir sobremaneira na conjuntura dos dias atuais, produzindo, assim, a exclusão de grande parcela da população no acesso a saúde e favorecendo o seu processo de privatização.

Portanto, o resgate histórico possibilitou apreender o processo de requisição por parte da sociedade de um sistema de saúde universal. A realidade apresentada na ditadura militar favoreceu o surgimento de vários movimentos sociais promovidos por estudantes, professores, trabalhadores da saúde, dentre outros em prol de uma política de saúde voltada para todos, diante do caos instalado pela falta de uma saúde pública. Dessa forma, a Política de saúde, como vimos, ao longo de toda a discussão é uma conquista da sociedade civil, para terem as condições objetivas de sobrevivência.

No Brasil, a aproximação do Serviço Social com a saúde ocorreu desde a emergência da profissão. O assistente social iniciou suas intervenções com ações muito peculiares ao contexto histórico em que foi fundado, isto é, ligado à Igreja Católica e norteador por sua doutrina social da Igreja. Com as mudanças ocorridas nas relações sociais, a profissão promoveu reflexões, a partir da tentativa de detalhar as determinações que lhes atribuiu a sua particularidade histórica, ou seja, a sua necessidade social. Assim, após a renovação profissional, a partir da crítica interna, a categoria buscou, a partir de seu redimensionamento, compreender a questão social e as formas de seu enfrentamento, implementar e garantir os direitos à população, por meio das políticas públicas e, em especial, a política de saúde.

Assim, a saúde se configura como uma parte das políticas de proteção social e o assistente social deve, portanto, lutar e contribuir com esse espaço de modo que o acesso aos serviços seja viabilizado, buscando a sua universalização. Para tanto, os assistentes sociais precisam de condições, isto é, de instrumentos e recursos para contribuir com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, pois a própria realidade tem sido um dos grandes desafios da ação profissional, uma vez que a contemporaneidade é permeada pela política neoliberal que avança na sociedade e nas relações sociais, provocando o agravamento da questão social e suas diferentes

expressões que se expressam na falta de leitos, na dificuldade de acesso as consultas, medicamentos e exames, no desemprego, na violência, na precarização do trabalho, bem como a negação dos direitos sociais e o desmantelamento da coisa pública.

É nesse contexto que o assistente social busca contribuir para a efetivação dos direitos sociais e o acesso dos usuários a saúde, agindo nas manifestações da questão social. Os profissionais caminham na luta pela garantia da saúde como um direito público. Assim sendo, a indagação realizada, ou seja, se a intervenção do assistente social no HC tem possibilitado o acesso dos usuários aos serviços de saúde e se essa ação se insere numa perspectiva mais ampla como forma de garantia dos seus direitos sociais, foi respondida ao longo deste estudo. Por meio da coleta e análise dos dados, foi possível identificar as principais requisições feitas ao Serviço Social, como o profissional realiza a sua intervenção, os métodos utilizados, os encaminhamentos tomados e se a ação contribuiu ou não para o acesso dos usuários aos serviços de saúde. E se a intervenção realizada está em consonância com o Código de Ética da profissão, com a Reforma Sanitária e com os Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde, pois entende-se que a partir da articulação dessas dimensões é possível contribuir para viabilização do direito social e da construção de outra sociabilidade, como defendido pelo Projeto Ético Político.

Em relação aos objetivos propostos para o desvelamento do objeto, dentre eles: discorrer sobre o processo histórico de constituição da saúde no Brasil; analisar a inserção do Serviço Social na Política de Saúde; e identificar as formas de intervenção dos assistentes sociais no HC para possibilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, acredita-se que apesar das dificuldades enfrentadas, da falta de documentos que caracterizassem os instrumentais utilizados no passado, dentre outros, foi possível discutir e apreender como ocorre o processo de trabalho do assistente social no HC, relacionando as 3 dimensões do fazer profissional e o seus principais instrumentais de trabalho, quais sejam, as orientações, socialização de informações, visitas no leito, entrevista social, discussão multiprofissional e o próprio sistema de registro das atividades profissionais, possibilitaram a apreensão da prática profissional, isto é, a processualidade da intervenção profissional no HC.

Dessa maneira, a realidade demonstrou que a maioria das ações realizadas pelos profissionais estão pautadas no que estabelece o Código de Ética Profissional e no Projeto ético-político da profissão, ficou evidente também o esforço dos profissionais em estabelecer a relação entre as ações realizadas com a direção crítica assumida pela profissão. Em grande parte dos registros há a percepção de uma postura política e crítica por parte dos profissionais que trabalham junto aos usuários do SUS, porém ficou evidenciada também a necessidade de superação de algumas intervenções presentes no fazer profissional, como a montagem de processo de documentos para TFD, a entrega de formulário para laqueadura, solicitação de ambulâncias para pacientes de alta, o levantamento de vagas em outra unidade (como nos casos de TFD), marcação de consultas ou exames em outros serviços.

Em geral, constatou-se o empenho dos profissionais em desenvolver uma atuação fundamentada nos aportes legais, isto é, no Código de Ética, nas Diretrizes Curriculares, e no Projeto Ético Político da profissão. Os dados demonstraram que os assistentes sociais contribuem para suscitar o desenvolvimento de uma consciência crítica em face da realidade ao informar sobre os serviços disponíveis, sobre os caminhos necessários para a consolidação dos mesmos, como a suscitação da participação dos usuários na defesa dos seus direitos. Assim, ficou evidente, o esforço profissional em trabalhar com os usuários a perspectiva da saúde como um direito e não um favor, como demonstrado em algumas intervenções.

Outro aspecto a ser ressaltado é a atuação socioeducativa, que visa a sensibilização dos usuários no sentido de incentivar sua participação na luta pela garantia dos direitos, isto é, de forma conjunta, na qual o profissional e o usuário estabelecem uma relação de igualdade em que este é o próprio sujeito de sua história.

A existência de um Conselho Local de saúde reflete o esforço dos profissionais em democratizar as informações e os serviços institucionais como estabelecido no código de ética profissional e no Projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Iamamoto (2012), a participação da sociedade civil organizada no controle social significa a divisão dos poderes, dos saberes, dos meios para os mesmos reivindicarem o cumprimento dos seus direitos. É a possibilidade de interferir de forma decisória na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas como

também do fundo público. O que coaduna diretamente com a direção tomada pelo Projeto Ético Político na defesa de uma sociedade justa e solidária.

Entretanto, a pesquisa deixou evidente que a intervenção do assistente social no HC sofre os reflexos da política neoliberal, que visa o afastamento do Estado, em relação às Políticas Sociais, negando os direitos conquistados na Constituição de 1988 pela classe trabalhadora. Dessa maneira, o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde ocorre, muitas vezes, de forma fragmentada, focalizada e seletiva que resulta da falta de recursos para atender a demanda provocada nesse contexto pela instituição do Estado mínimo. Promove-se dessa forma, a mercantilização das Políticas Públicas representada, no caso da saúde, pela sua privatização.

Foi possível verificar também que mesmo inserido na realidade concreta, isto é, da retirada do Estado no que diz respeito aos seus deveres, o trabalho do assistente social tem contribuído, dentro do possível, para o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Porém, é necessário ressaltar que alguns registros coletados demonstraram ações que não coadunam com as atribuições privativas do assistente social, nem mesmo com as competências profissionais, inclusive são consideradas pelos Parâmetros para os assistentes sociais na saúde como práticas que não correspondem ao que estão neles preconizadas, devendo essas atividades serem realizadas por outros profissionais, como casos é o caso da marcação de consultas, agendamentos de exames, o preenchimento de formulários de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) ou de entrega às usuárias dos formulários de laqueadura, solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta, convocação do responsável para informar alta ou óbito, pois segundo os parâmetros são atividades que possuem um caráter eminentemente técnico. Esses resultados apontam a necessidade de uma qualificação permanente dos profissionais do HC com vistas a reforçar o importante compromisso com o projeto ético político da profissão.

É possível afirmar que o profissional a partir de sua prática política, inserido num espaço democrático, deve escolher caminhos para construir estratégias político profissionais de fortalecimento da categoria, isto é, da autonomia profissional e se posicionar a favor da consolidação dos direitos sociais mesmo inserida numa contradição imposta pela sociedade capitalista.

Assim, findamos este estudo ressaltando o compromisso profissional com a ampliação e consolidação da cidadania em defesa dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição (1988) Constituição República Federativa do Brasil. 2. Emenda Constitucional. 3ª Revisão Constitucional.**

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2017.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório final).

_____. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10°. Ed. rev. E atual. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado.** Conselho Federal de Serviço social – CFESS, (org). São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Ética: fundamentos sócio-históricos.** 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – Biblioteca básica de serviço social; v.4).

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica do serviço social; v.2).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos / Maria Inês Bravo.** – 1. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

_____. **“Política de Saúde no Brasil”.** In: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf.

_____. **Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/12.pdf>. Acesso em 15 dez 2019.

_____. [Et al], (organizadores). **Saúde e serviço social**. 5. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

_____. MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Série: Trabalho Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010 (reimpressão).

COSTA, Gilmasia Macedo. **Revisitando o Serviço Social Clássico**. EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 166 – 180. In: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais**. In: os elos invisíveis do processo de trabalho no I tico de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na saúde pública de Natal (RN), 1998).

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil – políticas e organização de serviços**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FILARDI, Layla F. S.Nunes. **Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático de residentes em um hospital universitário**. Goiânia, GO, 2017 100f. (Dissertação de Mestrado).

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. In “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000.

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.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**, CARVALHO, Raul de. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **As dimensões Ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. XVIII Seminário Latino americano de Escuelas de Trabajo social, San Jose, Costa Rica, 12 de julio de 2004. In:

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em: 23, set de 2019.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

JUNIOR, L. C. S.; SILVA, D. T; SILVA, A. B. **O serviço social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”**. 4º Simpósio mineiro de assistentes sociais.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Disponível em: bibliotecadigital.unicamp.br. Acesso em 20 de out 2019.

LANÇA, Angelita M. C. Gandolfi. **Serviço Social e Educação: interfaces de uma atuação política**. Franca, SP, 2012. 183 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2012.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio. **A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil**. Serv. Soc. Soc. no.122 São Paulo abr./jun. 2015. In: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.023>.

MACIEL, Sergiane Maia. **Reforma (contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 22 a 25 de agosto de 2017.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MENDONÇA, Tamara de Sousa. **O trabalho dos assistentes sociais na moradia estudantil da UFG: entre limites e possibilidades**. Goiânia, GO, 2014. Monografia (Graduação em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Departamento de Serviço Social.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do serviço social**. In: MOTA, Ana Elizabete et alii (orgs.). *Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*; ABEPSS, Organização Pan Americana de Saúde/OMS Brasil, 2006.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. Ed. – São Paulo, Cortez 2011.

NOGUEIRA, Danielle de O; SARRETA, Fernanda de O. **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais**. 4º Simpósio Mineiro de assistentes sociais. 80 anos de Serviço Social: tendências e desafios.

PEREIRA, Sofia L. B. **As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: particularidades e unidade**. I Congresso Internacional de Política social e Serviço Social: desafios contemporâneos. Londrina, PR. De 09 a 12 de jun de 2015.

In:http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/10_as_dimensoes_teorico....pdf. Acesso em: Acesso em: 23, set de 2019.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS**. Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6).

SILVA, Heliana Marinho. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. Rio de Janeiro, RJ, 1996. 132 f. (Dissertação Mestrado). Fundação Getúlio Vargas (FGV). Curso de mestrado em administração pública.

SOUZA, Jamerson Murilo Anunciação. **O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação**. Publicado no periódico Revista Serviço Social & Sociedade nº 122, edição de abr-jun/2015.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado/a participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **A contribuição do Assistente Social no acesso aos serviços no HC/UFG no ano de 2017** desenvolvida pela assistente social Tamara de Sousa Mendonça, mestranda do curso de Serviço Social, sob a orientação da professora doutora Denise Carmen de Andrade Neves.

O convite a sua participação se deve pela condição de assistente social do Hospital das Clínicas UFG/Ebserh. Interessa ao estudo, consultar as informações registradas no banco de dados do Serviço Social do Hospital das Clínicas UFG/EBSERH - caracterizado como um dos sistemas de informação institucional - identificar os encaminhamentos realizados pelos assistentes sociais do HC UFG/EBSERH.

A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar ou mesmo desistir. Contudo, ela é fundamental para a realização da pesquisa e para o Serviço Social, no sentido de conhecer as demandas dos usuários.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, e a pesquisadora responsável assume o compromisso com os princípios éticos vigentes.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Tamara de Sousa Mendonça no telefone (62) 9 9203-0513, bem como com sua orientadora Denise Carmen Andrade Neves (62) 9 8437-6872, com acesso (a cobrar), 24 horas por dia, 7 dias por semana, em caso de

urgência. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, no telefone: (62) 3269-8338 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 07 horas às 17 horas.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, e, é assegurado o sigilo da sua participação em todas as fases da pesquisa. Somente a pesquisadora responsável e sua orientadora terão acesso aos dados coletados, entretanto, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e científicos. Quando da apresentação dos resultados em sessão pública e/ou publicações científicas, asseguro que você não será identificado.

A sua participação não envolve nenhum depoimento, entrevista ou resposta a um questionário. Sua participação diz respeito aos atendimentos realizados por você no ano de 2017. Tais informações estão contidas no banco de dados do Serviço Social do Hospital das Clínicas UFG/EBSERH e serão consultadas pela pesquisadora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do (a) pesquisador (a) informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio de contato obrigatoriamente explicitado neste TCLE. Ao final da pesquisa todo material será mantido em arquivo por pelo menos cinco (5) anos, conforme Resolução 510/16 e orientações do CEP.

Os benefícios do estudo consistem na possibilidade de refletir sobre as ações realizadas pelo assistente social do HC-UFG/EBSERH na perspectiva da efetivação dos direitos sociais, e em especial, o direito a saúde no sistema capitalista.

Como toda ação humana, toda pesquisa tem riscos. Os riscos envolvidos nesta pesquisa podem estar relacionados a quebra de sigilo, quebra de anonimato/profissional responsável pelo atendimento, ou divulgação de dados deste atendimento, ou ainda, o constrangimento e ou desconforto pela exposição involuntária e não intencional da conduta adotada em tal atendimento. Para minimizar os possíveis riscos mencionados, a pesquisadora assume a garantia de zelar pelos

dados coletados, preservando o anonimato da identidade, da conduta profissional adotada e do sigilo dos dados coletados.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Caso seja necessária sua presença para atender solicitação da pesquisa, fica-lhe assegurado pagamento de despesa com alimentação e transporte. Entretanto, você tem direito de pleitear indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa.

Após ler com atenção este documento e receber os esclarecimentos e as informações necessárias sobre a pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, rubricar todas as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado pela pesquisadora responsável. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação e concordo em participar da pesquisa.

Goiânia, de _____ de 2019.

Assinatura por extenso do/a participante da pesquisa

Assinatura por extenso do/a pesquisador/a responsável

APÊNDICE 2**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO**

- **Clínica / ambulatório de origem do usuário:** _____

- **Quem demandou o assistente social?**
 - () o próprio usuário.
 - () a equipe médica.
 - () a equipe multiprofissional.
 - () a intervenção já faz parte da rotina do serviço.

- **Qual(is) foi(ram) a(s) demanda(s) para o assistente social?**
 - _____
 - _____

- **Que tipo de intervenção foi realizada pelo profissional?**
 - _____

- **No caso de encaminhamentos realizados, há registro de retorno relacionados a esses encaminhamentos? Quais?**
 - _____

- **Houve resolutividade em relação à demanda posta ao assistente social?**
 - () Não há registro.
 - () Não. Por que?
 - () Sim.

- **No cotidiano profissional existe a articulação com a equipe de saúde do HC? Como?**
 - () discussão de caso com outra categoria.

- estudo de caso multiprofissional.
- contato com outra instituição.
- **O assistente social realiza o acompanhamento social dos usuários durante a internação por meio de:**
 - Contato familiar.
 - Orientações sociais.
 - Socialização de informações.
 - Não realizou acompanhamento.