



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LILIAN DA SILVA CORTEZ

AFINAL, O QUE É O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE? E O ASSISTENTE
SOCIAL, O QUE FAZ?

NATAL/RN

2013

LILIAN DA SILVA CORTEZ

AFINAL, O QUE É O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE? E O ASSISTENTE
SOCIAL, O QUE FAZ?

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rita de Lourdes de Lima

NATAL/RN

2013

É com muito carinho que dedicamos esse trabalho, a sempre presente: Odília Sousa de Araújo, pelos anos dedicados a formação dos(as) assistentes sociais potiguares.

AGRADECIMENTOS

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é o resultado de um longo processo iniciado bem antes de prestarmos o vestibular. Por isso, nem sempre é fácil o momento de agradecermos àqueles(as) que tão de perto nos acompanharam nesse processo, incentivaram, torceram, apoiaram, aturaram etc. Uns(umas) estenderam a mão, em alguns momentos, quando precisávamos, outros(as) ficaram de longe na torcida. Mesmo assim, não foram menos importante, pois fazia-nos sentir na obrigação de não decepcioná-los(as).

Sem pretender ser injusta e deixar de fora algum(algumas) desses(as), agradecemos primeiramente a Deus, que esteve ao nosso lado em todo o tempo colocando pessoas especiais em nosso caminho para que hoje pudéssemos estar apresentando esse trabalho. Sem essas pessoas, provavelmente, não teríamos chegado até aqui.

A Ione Francinete pelo incentivo e apoio, confiou mais em mim que eu mesma. A confiança em mim depositada foi fundamental para minha inscrição, esteve do meu lado, nesse momento, e foi a primeira a avisar da minha aprovação. A Fátima Alexandre, sempre solícita, buscando resolver minha transferência para Natal, pelo carinho e preocupação. A Josy, Raissa e aos demais companheiros/as do Paulo Freire, por me apoiarem durante todo o curso.

A Elisama, que além de ser uma companheira, desde o início do curso, se tornou uma amiga muito especial. Preocupada e sempre disposta a estender a mão quando precisei. Estendo os agradecimentos a sua mãe e irmã que mesmo sem me conhecer sei que torciam e oravam por mim. As demais companheiras de grupo Orquineiva, Jessica Augusto, Pâmela e Cilene, por me aturarem.

Aos meus professores queridos. A professora Rita de Lourdes, com quem muito aprendi, principalmente a ser uma pessoa melhor e mais compreensiva. A Rosângela, amiga querida, colocada por Deus em minha vida, sem ela teria deixado o curso no segundo período. A professora Odília e a Priscila, pela paciência, carinho e compreensão e aos Srs. Ari e Lourival pelo companheirismo. A Simone, Jussara e Flávia, pela importante contribuição na execução desse trabalho.

Ao Pastor Israel, Cleonice Caldas e família pelo acolhimento, em sua residência, nos primeiros dias do curso. Sem esse apoio, certamente a minha estadia teria sido bem mais difícil nesse momento. Que Deus os retribua, principalmente a Michele, sei o quanto deve ter sido difícil para ela dividir seu espaço com uma estranha.

A todos(as) os(as) irmãos(ãs) da nossa igreja pelas orações. Em especial, ao Pastor João Maria e a irmã Marinalva, que oraram e sempre se colocaram a disposição. Foram compreensivos com nossa ausência, nos trabalhos em que tínhamos responsabilidades, e às irmãs da Escola Dominical, pois, sei que passaram conosco esses quatro anos. A Glaucinete (Fia) a quem procurei não decepcionar. A Odete, Jacira e sua Filha Jéssica pelo apoio, cuidado, carinho e amizade. A irmã Maria e Irmão Chico, pelo carinho dispensado ao meu filho mais novo, estando sempre disponíveis e cuidando dele, quando não tínhamos com quem deixá-lo.

Aos meus irmãos Francinaldo, Francidalva e Flávio, que direta ou indiretamente estiveram comigo nesse processo. A Joaquim Felix, ao meu tio Daniel, aos demais parentes e amigos, pois não podemos listar o nome de todos. A minha querida mãe, que abriu mão dos outros filhos e netos, para estar ao meu lado, cuidando dos meus filhos nesse processo. Ao meu pai, que mesmo não estando entre nós, sei que estaria “orgulhoso” e teria me apoiado.

Aos meus queridos filhos, Jhonny e Jaaziel. Sei o quanto foi difícil para eles, espero que me perdoem pelos dias que não pude ir à praia, quando esse era o desejo deles, quando não pude dar a atenção que eles mereciam e desejavam, ou mesmo quando tive que deixá-los sozinhos, com alguém, ou aos cuidados da “voinha”. Amo vocês!!!

RESUMO

Apresenta e analisa os resultados da pesquisa-ação “**O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão**”, realizada no Hospital Luiz Antonio, unidade I, da Liga Norte Riograndense contra o câncer. Tal pesquisa teve como objetivos identificar e analisar a percepção dos(as) profissionais do HLA acerca do Serviço Social; comparar a percepção do Serviço Social e as atribuições do(a) Assistente Social identificadas no HLA com as atribuições propostas pelos Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde; oferecer subsídios que pudessem viabilizar a realização de ações próprias do Serviço Social na atualidade. Aplicamos 28 (vinte e oito) questionários com os(as) trabalhadores(as) que atuam direta ou indiretamente com os(as) assistentes sociais: recepcionistas (4); porteiros (4), administradora (1); secretários/as (3), técnicos/as de enfermagem (6), enfermeiros/as (5), médicos/as (1), fonoaudióloga (1), fisioterapeuta (1), nutricionista (1) e psicólogo/a (1) que fazem parte da equipe multiprofissional, para identificarmos qual a percepção que eles(as) tinham acerca do Serviço Social, se os(as) mesmos(as) conheciam ou não as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais. Tabulamos e analisamos os dados, a partir da perspectiva crítico-dialética por entendermos a sua importância na análise da realidade social, uma vez que nos permite desvelar a realidade a partir da utilização das categorias de totalidade, contradição e mediação. Diante do resultado encontrado elaboramos e realizamos 02 (duas) palestras, acerca da profissão, conforme a Lei 8.662/93, que a regulamenta e os Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde. Os resultados demonstraram que os(as) trabalhadores(as) desconheciam as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais, conforme o arcabouço jurídico e normativo da profissão. As ações que eles(as) relacionaram como atribuições e competências são aquelas que a assistente social desenvolve na instituição e, em sua maioria, são aquelas que os parâmetros definem como não sendo atribuição nem competência do(a) profissional. Além disso, os(as) trabalhadores(as) têm uma visão assistencialista da profissão, distante da perspectiva do direito. Tal realidade nos coloca como desafio, rompermos com o pragmatismo, e fazermos conhecida a nossa profissão através do fazer cotidiano, voltado à ampliação dos direitos sociais, a emancipação humana, a qualidade dos serviços oferecidos e na articulação com os(as) demais profissionais nas áreas em que atuamos.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Projeto Profissional. Atuação Profissional.

ABSTRACT

It shows results action research "SOCIAL WORK IN HLA : perceptions of the professionals about the profession," made at the Luiz Antonio Hospital, unit I , the Riograndense Northern League of the cancer. This paper aimed to identify and to analyze the perceptions of professionals on HLA about Social Work, compare the perceptions of social work and the tasks and assignments of the social worker identified in the HLA with that proposed by the Practice Parameters for the Social Worker in health; offer subsidies that could enable the realization of own shares for Social Work today. We apply 28 (twenty eight) questionnaires with workers who act directly or indirectly with social workers: receptionists (4), porters (4), Administrator (1), secretaries (3), nursing staff (6), nurses (5) medical (1) audiologist (1), physiotherapist (1) nutritionist (1) and psychologist (1) that are part of the multidisciplinary team, to identify the perception that they have about Social Work, whether they knew it or not the duties and responsibilities of social workers. We check and we tabulate the data from the critical-dialectical perspective because we understand their importance in the analysis of social reality, since it allows us to reveal the reality with the use of the categories of totality, mediation and conflict. Front the result found we perform two (02) lectures about the profession, in accordance with Law 8.662/93, which regulates the profession and the parameters for action of the social worker. The results showed that the workers were unaware of the duties and responsibilities of social workers. The actions that they relate as duties and responsibilities are the actions that the social worker develops in the institution and, in most cases, are those that the parameters defines themselves as not being assignment or professional competence. Moreover, workers have a paternalistic view of the profession, far of the perspective of law. That reality sets us a challenge, we break with pragmatism and we make known our profession through daily activities , aimed at expansion of social rights , human emancipation, the quality of services offered in conjunction with other professionals in the areas where we operate.

Keywords: Social Work. Health. Professional Project. Professional Activities

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 “QUESTÃO SOCIAL” E POLÍTICA DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES INICIAIS | 22 |
| 2.1 O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social: de uma atividade muito bonita a uma profissão de nível superior que ajuda as pessoas | 27 |
| 2.2 O Serviço Social: de controlador dos serviços de saúde a viabilizador de direitos em tempos de repressão social e política. | 38 |
| 2.3 O Serviço Social enquanto viabilizador de direitos e promoção social, e a saúde a partir dos anos 1990. | 53 |
| 3 A LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, O HOSPITAL LUIZ ANTONIO E O SERVIÇO SOCIAL | 64 |
| 3.1 O Serviço Social no HLA: uma visão multiprofissional, desconstruindo para construir. | 75 |
| 3.2 O Serviço Social na Saúde: competências e atribuições a partir do arcabouço jurídico e aparato legal | 91 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 96 |
| REFERÊNCIAS | 105 |
| APÊNDICES | 111 |

1 INTRODUÇÃO

*Minha dor é perceber
Que apesar de termos
Feito tudo, tudo, tudo
Tudo o que fizemos
Ainda somos os mesmos
E vivemos
Ainda somos os mesmos
E vivemos Como Os Nossos Pais...
(BELCHIOR)*

O Serviço Social no Brasil, enquanto profissão, tem se modificado influenciada pelas mudanças sociohistóricas, em nosso país, e pela influência externa do sistema econômico mundial, o qual vem interferindo na dinâmica dos países mais pobres, de forma avassaladora. Acirrando as mais variadas expressões da questão social, entre elas o aumento do pauperismo, fenômeno que tem afetado parcela considerável da população mundial, se expandido, inclusive, nos países mais ricos.

Atuando nessas expressões, posicionada ao lado da classe trabalhadora – em especial a partir da década de 1970, quando parte dos(as) profissionais, rompe com o posicionamento de disciplinador(a) da classe operária, favorável ao “ajustamento social”, a manutenção do *status quo*, e conseqüentemente, ao lado da classe dominante – o Serviço Social tem avançado, e ao mesmo tempo sofrido os rebatimentos da conjuntura adversa desses tempos. Portanto, para apreendermos as transformações, os avanços, limites e possibilidades, desta profissão, necessitamos analisar as transformações sociohistóricas da sociedade brasileira e do próprio Serviço Social, em suas áreas de atuação e apreender a dinâmica institucional e suas correlações de forças, na qual estão inseridos os (as) assistentes sociais. Somente a partir daí, podemos pensar nas estratégias de ação, condizentes com a realidade do nosso público alvo – a classe trabalhadora – despojado dos seus direitos, em especial, os direitos sociais à saúde, educação e assistência social, dentre outros.

A mudança do paradigma, no Serviço Social, a partir da década de 1970, implicou em transformações teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas culminando em uma nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei

8.662/1993); em um novo Código de Ética (CFESS¹ 273/93), também publicado em 1993; em Diretrizes Curriculares publicadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 1996, aprovada pelo Conselho Federal de Educação (CFE) em 2002 e implantadas nos cursos de Serviço Social, progressivamente, desde então.

Além desse aparato Legal, temos as resoluções e parâmetros para atuação profissional, nas áreas específicas do Serviço Social, publicados pelo CFESS, com o objetivo de formar profissionais com um novo perfil, abandonando o “caráter meramente disciplinador” para adotar “uma dimensão político-pedagógica” (SANTOS (et. al.), 2010).

Como as transformações, na profissão, tomaram maior proporção no âmbito acadêmico, em suas dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas, a dimensão técnico-operativa, tem sofrido os rebatimentos das demandas institucionais, requisitadas a esse(a) profissional, seja pelo desconhecimento das suas atribuições privativas – tanto por parte das instituições quanto dos(as) demais profissionais – seja, pela contenção de gastos na contratação de funcionários(as), remetendo ao(a) assistente social atividades de responsabilidades de outras categorias.

Ao(a) assistente social, em seus espaços ocupacionais, cabe uma articulação com os demais movimentos de trabalhadores(as) e usuários(as) que lutam na perspectiva do direito, tanto na sua conquista, quanto pela sua efetivação cotidiana. Ao mesmo tempo, no cotidiano profissional, é preciso fazer conhecido o seu fazer profissional, sua importância e necessidade, tendo em vista as transformações operadas no interior da profissão nas últimas décadas, muitas vezes, desconhecidas ou não percebidas, com clareza, nos espaços ocupacionais, como já salientamos.

Uma profissão, com uma formação crítica e propositiva, cria a possibilidade de uma atuação crítica e inovadora, na qual seus(suas) profissionais estejam dispostos(as) a confrontar a realidade contraditória, buscando possibilidades e lutando pela articulação de uma correlação de forças favorável à defesa da cidadania, da ampliação dos direitos sociais e da qualidade dos serviços, entre outros princípios listados no código de ética profissional, na busca por seus objetivos em construir uma nova ordem societária.

¹ Conselho Federal de Serviço Social.

Sabemos que essa luta sofrerá com as resistências, e condições conjunturais e estruturais das instituições, sejam elas públicas ou privadas. Mas, por pequenas que sejam as mudanças que consigamos plantar – mesmo que seja apenas ou praticamente, na forma de pensar dos sujeitos sociais que conformam uma determinada realidade – serão importantes, pois estaremos confrontando e/ou criando possibilidades de confronto à sociedade contemporânea, permeada pelo individualismo e injustiças sociais.

Atuando dentro dessa perspectiva, percebemos, durante o nosso estágio obrigatório, realizado no período de agosto de 2012 a junho de 2013, no Hospital Luiz Antonio (HLA), da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, a necessidade de conhecermos a percepção, dos(as) trabalhadores(as) lá inseridos(as), acerca do Serviço Social. Teriam esses(as) pleno conhecimento acerca da atuação dos(as) assistentes sociais? Conheciam as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais, em especial, na área da saúde? Por que, então, havia encaminhamentos a esse(a) profissional de demandas que não lhes diziam respeito, e por que, outras que deveriam ser encaminhadas ao(a) mesmo(a), por dizer respeito à área e matéria do Serviço Social, passavam despercebidas, muitas vezes, por falta de encaminhamento, por parte dos(as) demais trabalhadores(as)?

Por que as atribuições próprias do Serviço Social, como a entrevista social; a implementação, junto à equipe de saúde, de propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo; o desenvolvimento de atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas; a elaboração e/ou divulgação de materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitam o conhecimento e o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços oferecidos e aos direitos sociais em geral, eram negligenciadas? Seriam, apenas devido a demandas de outras tarefas, encaminhadas ao Serviço Social?

Essas inquietações e constatações, entre outras, nos levaram a optar por um projeto de pesquisa, em vez de um projeto de intervenção propriamente dito. Pois, passamos a nos perguntar: como qualificar as ações do Serviço Social, diante de ideais divergentes, da altíssima demanda que lhe é colocada – muitas delas que não lhes dizem respeito levando-os, muitas vezes, a atuar em contravenção aos parâmetros legais de sua profissão –, e das limitações dos recursos para a Política

de Saúde, que inviabilizam o atendimento à população conforme o princípio da universalidade e integralidade?

Estas preocupações não recaem apenas sobre os(as) assistentes sociais, mas também sob os sujeitos em formação. Diante disso, nos propomos a realizar a referida pesquisa para identificarmos a percepção dos(as) funcionários(as) dessa instituição quanto ao Serviço Social e como as diretrizes do Projeto Ético Profissional, para a atuação profissional são perceptíveis ou não no HLA. Pois, concluímos, nesse primeiro momento, ser de extrema relevância investigar e analisar o que pensavam os(as) outros(as) profissionais sobre o Serviço Social e suas atribuições na saúde.

Imaginávamos com tal pesquisa mostrar a necessidade de repensar a atuação do Serviço Social nessa instituição e assim, contribuir para modificar a missão que a instituição requer desse(a) profissional que é intervir nas questões psicossociais envolvidas no processo de reabilitação dos pacientes oncológicos, através de ações sócio-educativas. No nosso entendimento, trata-se de uma visão ultrapassada, baseada no conceito de saúde² proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, e, implementada pelo Serviço Social tradicional de caso, de influência norte-americana, em seu viés psicologizante do ser social.

Pois, como a visão de futuro da LIGA é ser reconhecida como centro nacional de referência no tratamento, ensino e pesquisa em oncologia até 2020, compreendemos que para atingir tal objetivo faz-se necessário, primeiro, o tê-lo internamente e na área de cobertura dos seus atendimentos. Nessa perspectiva, o Serviço Social deveria estar incluído como um departamento que está diretamente ligado à população usuária demandante dos serviços oferecidos pela instituição, e que dentre suas atribuições privativas consta coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos e pesquisas (Lei 8.662, art. 5º, inciso I).

Por outro lado, é preciso qualificar o atendimento da equipe evitando os encaminhamentos desnecessários e transtornos aos(as) usuários(as) dos serviços, ao se deslocar a vários setores para receber atendimento, como também, contribuir com a formação e qualificação profissional, principalmente, no que diz respeito à importância da pesquisa para respaldar e qualificar a intervenção profissional.

² “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 35).

Assim, a pesquisa “O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão” teve como objetivo geral identificar e analisar a percepção dos(as) profissionais do HLA acerca do Serviço Social, e como objetivos específicos comparar a percepção do Serviço Social e as atribuições do(a) assistente social identificadas no HLA com as atribuições propostas pelos “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”; oferecer subsídios que pudessem viabilizar a realização de ações próprias do Serviço Social na atualidade e oferecer subsídios para desmistificação da percepção atual sobre o Serviço Social na área da saúde detectada no HLA.

Para alcançarmos estes objetivos estabelecemos como meta Aplicar 31 questionários com os(as) funcionários(as) do HLA; realizar 02 palestras com os(as) mesmos(as) – uma para falarmos acerca do Serviço Social, em especial sobre suas atribuições na área da saúde, conforme os Parâmetros para atuação do Assistente Social na área, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), e a segunda para apresentarmos o resultado da pesquisa –; elaborar e distribuir cartilha acerca do Serviço Social e a atuação do(a) assistente social em seus espaços ocupacionais, com destaque para a atuação na saúde e as ações do(a) assistente social nessa área.

Assim, adotamos a pesquisa-ação³ como método de pesquisa tendo em vista que junto com a pesquisa, desenvolveríamos ações que visavam intervir na realidade, objetivando um melhor desenvolvimento/qualidade das ações práticas/cotidianas da instituição, campo empírico da nossa pesquisa. Mesmo entendendo as limitações dentro do contexto institucional, e da própria política de saúde, afinal estávamos inseridos(as) dentro de uma totalidade, com suas contradições, porém com particularidades, que nos possibilitaria a intervenção desde que construíssemos as mediações possíveis para atingir os nossos objetivos.

É importante salientar que mesmo adotando a pesquisa-ação, desenvolvemos a análise de conteúdo a partir da perspectiva crítico-dialética por entendermos a sua importância na análise da realidade social e a utilização de categorias como totalidade, contradição e mediação no processo de ensino-aprendizagem e na prática cotidiana.

³ Vale salientar que diante do contexto institucional e a realidade política ideológica do capital, que impossibilita as pessoas de pensar ontologicamente as suas realidades, mediante a sobrecarga de trabalho, o que fizemos foi uma adaptação da pesquisa-ação, tendo em vista as dificuldades encontradas na realização do estágio e o tempo disponível para a realização do mesmo.

Tal pesquisa-ação se daria em três ciclos distintos. No primeiro, aplicaríamos questionário com perguntas abertas e fechadas aos sujeitos envolvidos na atuação direta do(a) assistente social através de encaminhamentos e/ou atuação em conjunto. Quais sejam: recepcionistas; porteiros(as), administrador(a); secretários(as), técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as), fonoaudiólogo(a) , fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo(a) que fazem parte da equipe multiprofissional.

Os(as) que se dispusessem a responder o questionário seriam convidados(as) a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, garantindo, assim a proteção e garantia dos direitos desses(as) participantes, e a escolha autônoma e consciente nas respostas do instrumental dessa pesquisa, bem como a garantia de publicação apenas dos dados autorizados e da preservação do anonimato dos(as) mesmos(as) e o posicionamento ético dos(as) pesquisadores(as) envolvidos(as).

O questionário seria aplicado por amostragem, essa amostragem se daria por conveniência – amostra não probalística intencional – pois além de selecionarmos aqueles(as) profissionais cuja atuação implica direta ou indiretamente na atuação dos(as) assistentes sociais da instituição, daríamos prioridades aqueles(as) que tivessem maior tempo de vínculo institucional. Esta escolha se deu, tendo em vista que esses(as), supostamente, teriam um maior conhecimento da dinâmica do hospital e das atividades desenvolvidas por seus pares, e além disso, atuam, em conjunto com o(a) assistente social por um período maior que aqueles(as) que estão há menos tempo na instituição. Estes(as), provavelmente, não tiveram a oportunidade de atuar junto a assistentes sociais formados(as) antes dos anos 1980, quando o Serviço Social ainda não havia passado pelas mudanças em seu direcionamento teórico-metodológico e acompanhado as mudanças na atuação do(a) assistente social na instituição campo de pesquisa.

Para a seleção da amostra considerou-se a quantidade de espaços ocupacionais e especialidades, cargo e/ou função em cada espaço. Sendo assim, aplicaríamos os questionários com quatro recepcionistas, o que corresponde a um(a) por espaço ocupacional e porteiros(as), um(a) por portarias. O Hospital conta com uma administradora essa, portanto, seria entrevistada. O HLA tem quatro secretarias, uma do setor de cabeça e pescoço, com duas secretárias e uma da cirurgia geral com uma secretária e uma na administração. Assim, aplicaríamos o

questionário com uma secretária de cada secretaria. Da equipe multiprofissional aplicaríamos questionário com um(a) profissional de cada especialidade, exceto com os(as) enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e os médicos(as) por optarmos por outros critérios de escolha, tendo em vista ser um número maior de profissionais. Assim, nas enfermarias (6), seria um(a) enfermeiro(a) (o) e um (a) técnico (a) de enfermagem por enfermarias. Entre os(as) médicos(as) aplicaríamos com dois(duas) desses(as) profissionais, um(a) do setor de cabeça e pescoço e um(a) da clínica geral, por serem esses(as) dois(duas) que encaminham o maior número de usuários(as) ao Serviço Social.

Em um primeiro momento pensamos em aplicar o questionário também com um(a) dos(as) assistentes sociais, porém tendo em vista a solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa da Liga para elaborarmos um instrumental específico para o(a) profissional, resolvemos suprimi-lo(a) da pesquisa.

Assim, a quantidade de sujeitos envolvidos foi modificada para 30 (trinta), pois excluímos o (a) assistente social.

A amostra, como aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ficou conforme relacionadas no quadro a seguir:

QUADRO I

Amostra da pesquisa conforme aprovada pelo CEP

| ÁREA DE ATUAÇÃO /ESPAÇO OCUPACIONAL | QUANTIDADE | ESPECIALIDADE, CARGO/FUNÇÃO. | QUANTIDADE | AMOSTRA |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|------------|-----------|
| Recepção | 04 | Recepcionistas | 15 | 04 |
| Portaria | 04 | Porteiros | 23 | 04 |
| Administração | 01 | Administrador(a) | 01 | 01 |
| Secretaria | 03 | Secretários(as) | 04 | 03 |
| Equipe Multiprofissional | 01 | Fonoaudiólogo(a) | 01 | 01 |
| | | Fisioterapeuta | 04 | 01 |
| | | Nutricionista | 04 | 01 |
| | | Psicólogo(a) | 02 | 01 |
| | | Enfermeiros(as) | 06 | -* |
| Enfermarias | 06 | Enfermeiros(as) | 25 | 06 |
| | | Técnicos(as) de enfermagem | 149 | 06 |
| Ambulatório/consultório | 02 | Médico(a) | 23 | 02 |
| TOTAL | 17 | | 234 | 30 |

FONTE: CORTEZ, 2012 (projeto de pesquisa).

*O questionário será aplicado com os(as) enfermeiros(as) por enfermarias, tendo em vista que entre estes(as) estão os(as) que participam da equipe multiprofissional.

Delimitamos a amostra dessa forma tendo em vista a limitação do tempo para aplicação da pesquisa. Estender a aplicação do questionário, a um número maior de participante, bem como uma coleta de dados a parte com o(a) assistente social inviabilizaria a conclusão da pesquisa em tempo hábil, e por se tratar de um trabalho com fins acadêmico não poderíamos prorrogar a sua conclusão.

A aplicação do questionário corresponderia então ao primeiro ciclo da pesquisa.

Para o segundo ciclo, projetamos a realização de uma palestra para falar acerca da profissão, seus marcos legais, suas atribuições privativas e as atribuições do(a) assistente social na área da saúde, de forma a esclarecer os pontos frágeis identificados na análise do instrumental aplicado no primeiro ciclo. Ao término da palestra realizaríamos uma dinâmica – faríamos um sorteio, antes da palestra, e ao término faríamos perguntas aos sorteados – com o objetivo de sondarmos se as fragilidades identificadas foram superadas.

O terceiro ciclo consistiria na apresentação do resultado (relatório) dos ciclos anteriores aos(as) participantes da pesquisa-ação, no qual seriam apresentadas e colhidas sugestões para futuras intervenções. Neste momento, entregaríamos cartilha informativa sobre o Serviço Social, o Serviço Social na saúde e as ações desenvolvidas pelo Serviço Social no HLA.

Dessa forma, pretendíamos analisar a partir da concepção crítica analítica da realidade a percepção desses(as) profissionais, de modo a instrumentalizar o Serviço Social dessa instituição a qualificar suas ações, atuando em consonância com o seu Projeto Ético Político.

Encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética na pesquisa (CEP), ainda no primeiro semestre, o que nos possibilitou iniciar a pesquisa conforme previsto no cronograma, mesmo tendo em vista as modificações sugeridas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e o envio a este, com as modificações sugeridas. Assim, o começo do primeiro ciclo se deu, no início de abril, após recebimento da notificação de aprovação pelo CEP, e as devidas modificações.

Contudo, as dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa foram inúmeras, o que exigiu modificações no cronograma e adaptações à metodologia a

ser adotada. Quanto à amostragem, essa permaneceu a mesma apesar das mudanças na estrutura do Hospital, na semana anterior ao início da pesquisa, por considerarmos que a ampliação do HLA acrescentando mais uma enfermaria não interferiria no resultado da pesquisa, já que os(as) enfermeiros(as) remanejados(as) no turno da manhã para a nova enfermaria eram os(as) mesmos(as) que atuavam nas enfermarias já existentes, e seria um(a) deles(as) convidados(as) a responder o instrumental.

Ao iniciarmos a aplicação dos questionários percebemos que teríamos muitas dificuldades, principalmente no que diz respeito à disponibilidade dos(as) trabalhadores(as) em responder os mesmos. Dificuldade contornada pela disponibilidade da assistente social, nossa orientadora de estágio, em nos ajudar no convencimento dos(as) profissionais em participar do projeto. A devolução dos questionários foi outra dificuldade, pois alguns(algumas) se esqueciam de responder, outros(as) não tinham tempo, o que acabou por dificultar o processo de elaboração do segundo ciclo. Porém, mesmo não obtendo a resposta de todos os questionários, baseados em 27 (vinte e sete) deles, resolvemos elaborar o material para o segundo ciclo.

Tendo em vista o feriado municipal no dia 30 (trinta) de maio de 2013 precisamos antecipar o segundo ciclo – a realização da primeira palestra. Esse segundo ciclo passou por modificações, tendo em vista a dificuldade dos(as) trabalhadores(as) saírem do seu local de trabalho. Encaminhamos solicitação aos(as) responsáveis pelos(as) trabalhadores(as) e entregamos convite a esses(as), informando a data e o local da palestra. A assistente social do HLA sugeriu realizar a palestra em quatro momentos, dois no dia 21 de maio e dois no dia 28 de maio. Porém, no primeiro momento que seria de nove às dez horas não houve comparecimento. A assistente social resolveu, então, enviar, via Comunicação Interna entre os(as) funcionários(as), mensagem lembrando-os(as) da reunião de dez as onze ainda saiu avisando nos setores. Compareceram a este segundo momento nove trabalhadores(as).

Ao iniciarmos a palestra, devido ao número resumido, acordamos que em vez do sorteio faríamos as perguntas e voluntariamente eles(as) se disponibilizariam a responder, dessa forma aplicaríamos um número maior de questões, tendo em vista que as mesmas diziam respeito a dificuldades desses(as) e que precisavam ser

sanadas, para o melhor atendimento as demandas dos(as) usuários(as) e os encaminhamentos das mesmas.

Durante a exposição os(as) participantes fizeram perguntas quanto ao que estava sendo apresentado, e conseguimos fazer a exposição em trinta minutos. No entanto, tendo em vista a aplicação da dinâmica de perguntas e resposta, e a aplicação do questionário avaliativo da ação, a atividade durou, ao todo, cinquenta minutos. Contudo, na avaliação todos(as) apontaram que a palestra não ficara cansativa e permitira conhecer melhor o Serviço Social, e que a atividade deveria ser desenvolvida com mais tempo. Outros alegaram que os ajudou a tirar dúvidas, contribuindo para o exercício da sua função.

Para o segundo momento, que seria no dia 28 de maio, deveríamos seguir a mesma metodologia e programação, porém, suprimimos o primeiro momento de nove as dez, já que a ausência dos(as) trabalhadores(as) fora justificada por se tratar de um horário inconveniente, já que este seria horário de visita médica, cuidados com os(as) usuários (as), entre outras atividades. Assim, marcamos para as dez horas. Antes da palestra passamos em cada setor lembrando os(as) trabalhadores(as) do horário da mesma, já que anteriormente havíamos enviado convites.

O movimento do hospital neste dia, excepcionalmente, estava muito difícil e alguns(algumas) alegaram ser impossível sair do setor naquele dia e como outros(as) não justificaram, organizamos o momento. Compareceu a atividade apenas dois(duas) trabalhadores(as) e assim mesmo um(a) pediu para sair, porque precisava evoluir um prontuário⁴. Isto posto, conversamos com os(as) mesmos(as) e resolvemos ver a possibilidade para desenvolver a ação no dia 31 de maio, de 2013, uma sexta-feira, quando geralmente a dinâmica no hospital é mais tranquila, e excepcionalmente nesta, tendo em vista que os municípios não enviariam usuários(as), devido o feriado posterior. Havendo a possibilidade, entraríamos em contato.

Verificada a possibilidade, avisamos aos(as) funcionários(as) que a palestra iniciaria as 10h30min. No dia 31 (trinta e um), a partir das sete horas passamos em

⁴ Fazer anotações no prontuário do(a) usuário(a), explicando situações importantes, referentes ao(a) mesmo(a), para que os(as) demais profissionais tomem conhecimento e/ou sejam tomadas as devidas providências e/ou encaminhamentos. Além de possibilitar o acompanhamento adequado dos(as) usuários(as), essas anotações são importantes, no caso de uma situação judicial, tendo em vista que o prontuário serve como prova do tratamento e acompanhamento do usuário na instituição.

cada setor comunicando da atividade, o que fizemos até as nove. Porém, as dez e trinta, apenas dois(duas) trabalhadores(as) compareceram. Acordamos aguardar mais um pouco, e rapidamente saímos convidando novamente, mesmo assim as 10h50min, não obtivemos retorno. Assim, resolvemos iniciar a palestras e fizemos os acordos como no primeiro momento e a atividade foi realizada, também em cinquenta minutos. Durante a exposição mais um(uma) trabalhador(a) juntou-se ao grupo. Assim, participaram dessa palestra três funcionários(as).

Diante do desconhecimento sobre a profissão identificado na aplicação dos questionários, resolvemos entregar a cartilha informativa sobre o Serviço Social e o Serviço Social na saúde ao final do segundo ciclo da pesquisa, a fim de atingirmos o maior número de pesquisados(as), tendo em vista a incerteza quanto à participação dos(as) mesmos(as) em todos os ciclos.

Quanto ao terceiro ciclo não pudemos realizá-lo como previsto na metodologia. Tendo em vista o esvaziamento nas palestras, a orientadora de estágio sugeriu que elaborássemos um folder para apresentar o resultado da pesquisa. Sendo a sugestão aceita pela orientadora acadêmica, elaboramos o material e distribuímos aos que participaram da pesquisa, respondendo o instrumental do primeiro ciclo.

Apesar das dificuldades, consideramos que atingimos nossos objetivos, mesmo que não na proporção/grau de abrangência que esperávamos, pois foi possível identificar e analisar a percepção dos(as) profissionais do HLA acerca do Serviço Social, através das respostas obtidas nos 28⁵ (vinte e oito) questionários dos 30 (trinta) distribuídos⁶, comparando as respostas, as atribuições propostas pelos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde.

⁵ Recebemos mais um questionário após a realização do segundo ciclo. Como o sujeito não havia participado da palestra e não teve contato com os que participaram da mesma, resolvemos incluí-lo na análise por considerarmos que suas respostas não foram influenciadas pelas etapas já realizadas na pesquisa.

⁶ Não conseguimos resposta de um(a) profissional de enfermagem e de um(a) dos(as) médicos(as). Entregamos o instrumental ao(a) primeiro(a) nos primeiros dias da pesquisa, o(a) profissional perdeu o primeiro e o segundo questionário. Ele(a) nos pediu outro questionário, porém quando fomos entregar, o(a) mesmo(a) falou que não iria mais responder. Pedimos a outro(a) profissional da mesma enfermagem, porém como no primeiro caso acabamos entregando dois questionários sem obtermos respostas. Após a palestra não procuramos mais o(a) profissional tendo em vista a participação de técnicos(as) de enfermagem da mesma enfermagem, e a discussão entre eles(as) sobre o assunto. Com o(a) médico(a), como não conseguimos a resposta, antes do segundo momento da palestra, após o término dessa resolvemos recolher o instrumental que havia sido deixado no consultório, com a secretária sem ser respondido.

Oferecemos, através das palestras e distribuição das cartilhas, subsídios para desmistificação da percepção que estes(as) profissionais tinham acerca do Serviço Social na área da saúde, e ainda esclarecemos dúvidas que possibilitará o encaminhamento de demandas específicas do Serviço Social, e o encaminhamento aos setores específicos de algumas demandas que não lhes diziam respeito.

É certo que o remanejamento de algumas dessas demandas, a exemplo da marcação de consultas e controle de leitos, dependerá de decisões administrativas institucionais, o que requer articulação com os(as) demais profissionais e disponibilidade da administração para tal.

Para melhor apresentação e aprofundamento dos resultados obtidos, dividimos essa monografia em quatro partes principais a contar desta introdução a conclusão. Na primeira, item **1 - INTRODUÇÃO** - contextualizamos a área da saúde como campo de atuação dos(as) assistentes sociais, as mudanças na área e os rebatimentos a profissão, bem como apresentamos a pesquisa sua justificativa, seus objetivos, metodologia e conclusão. No item **2. - “QUESTÃO SOCIAL” E POLÍTICA DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES INICIAIS** - trazemos um breve resgate histórico da “questão social” no Brasil a partir da década de 1920, a emergência das políticas sociais (tendências e particularidades brasileira) até 1960 e a política de saúde nesse contexto. 1. Contextualizamos historicamente o surgimento do serviço Social, seu papel na conjuntura de 1930 a 1960, sua inserção na área da saúde; 2. Apresentamos o Serviço Social no contexto de ditadura militar, os processos de transformação na profissão e da área de saúde, dos anos 1964 aos anos 1980, enfatizando o papel do Estado nessa conjuntura, o papel/dilema do(a) assistente social na saúde diante do novo direcionamento dado a essa política, e ao Serviço Social; 3. Enfatizamos a implantação da política neoliberal e seu fortalecimento no Brasil a partir da década de 1990; 4. As mudanças na gestão do SUS e o novo papel do setor filantrópico na área da saúde, sinalizando o papel que as organizações civis assumem com o novo papel do Estado, sob orientação neoliberal e o desafio de manter a identidade profissional construída nas últimas décadas. No item **3. - A LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, O HOSPITAL LUIZ ANTONIO E O SERVIÇO SOCIAL** - Historicizamos brevemente o surgimento da Liga descrevendo as suas unidades e serviços oferecidos, com ênfase as atividades e grupos desenvolvidas no HLA enquanto entidade filantrópica. Enfatizamos a dicotomia público x privado, as implicações dessa parceria a política de saúde e aos

serviços oferecidos. O lugar do Serviço Social, enquanto viabilizador de direitos, nessa discussão. Os desafios e contradições, a atuação do(a) assistente social enquanto trabalhador(a) assalariado(a) com vínculo precário, no atendimento as demandas da população usuária dos serviços e as institucionais. Discorreremos ainda sobre o Serviço Social no HLA e as atividades desenvolvidas bem como a percepção dos(as) profissionais do HLA acerca do Serviço Social, procurando apresentar o Serviço Social na saúde e suas competências e atribuições conforme defendido pelas entidades representativas da categoria profissional, com destaque ao Projeto Ético Político da Profissão e os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. E, por fim, no item 4. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – procuramos resgatar os pontos abordados em cada item falando acerca dos desafios postos ao Serviço Social na saúde; apontamos as possibilidades e sugestões ao Serviço Social da instituição, a fim de propor novo direcionamento à atuação profissional.

A experiência do estágio e a pesquisa possibilitou-nos ampliar nossos conhecimentos, através do contato direto com o fazer profissional; a reafirmação do direcionamento político que pretendemos imprimir as nossas ações; e por outro lado nos levou a perceber a importância de uma formação crítica, não tecnicista, que ao mesmo tempo em que nos permite enxergar os limites e contradições da sociedade capitalista à atuação profissional, nos possibilita vislumbrar possibilidades diversas à intervenção.

A sociedade contemporânea é resultado da mobilização social daqueles(as) que inconformados com a forma social, política e econômica até então existente resolveram confrontá-la, apontando a possibilidade de outra racionalidade. Assim, em todo o tempo existirá a possibilidade de transformação de uma determinada realidade, pois as transformações são históricas e não naturais, o que se apresenta como real também não está posto como definitivo.

2 “QUESTÃO SOCIAL” E POLÍTICA DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES INICIAIS

*Não é a consciência que determina a vida, mas é a vida que determina a consciência.
(MARX e ENGELS)*

Historicamente a realidade social, política e econômica nas quais os sujeitos sociais estão inseridos tem sido impactadas por aqueles(as) que as conformam, sejam os diretamente atingidos pela forma de sociabilidade existente, seja por aqueles(as) que se dedicam a análise de sua gênese e impactos sociais. As conclusões e reivindicações advindas das contradições sociais levam a um conflito de interesses que colocadas em pautas podem resultar em algumas conquistas. A “questão social” expressa na sociedade capitalista tem demonstrado essa assertiva ao resultar em uma série de direitos sociais, entre eles o direito a saúde, como o Sistema Único de Saúde, no contexto brasileiro.

Assim, esse capítulo procura demonstrar, à importância do posicionamento político dos sujeitos que conformam determinada realidade, na visibilidade dos problemas que perpassam seu cotidiano, e impactos as estruturas existentes, a partir de uma breve discussão acerca da “questão social”, seu significado e importância política.

A expressão “questão social” segundo Netto (2001) começou a ser utilizada na terceira década do século XIX para denominar o fenômeno do pauperismo que predomina em toda a Europa Ocidental, iniciada na Inglaterra, com os impactos da onda industrializante do século XVIII. Essa pobreza, diferentemente da pobreza até então existente, – determinada pela escassez e desastres naturais incontroláveis, pela falta do desenvolvimento de forças produtivas adequadas à produção e controle de eventos naturais – era determinada pela exploração que circunscreve a relação capital/trabalho, portanto, resultado da apropriação privada da produção de riqueza, que a partir de então, tinha crescido exponencialmente.

Por outro lado, Netto (*idem*) afirma que esse pauperismo passou a ser designado de “questão social” a partir dos seus desdobramentos sócio-políticos, a partir do momento em que os(as) pauperizados(as) inconformados(as) com a sua situação lutam pela reversão da ordem burguesa.

Pereira (2001) corroborando com essa ideia, afirma que a “questão social” são as necessidades sociais resultantes da contradição capital/trabalho assumidas por sujeitos políticos, com vistas a incorporá-las na agenda pública e nas arenas decisórias, ou seja, ela passa a ser designada dessa forma, a partir do momento em que há um embate político entre estrutura e sujeitos, entre necessidades e sujeitos, de forma que os interesses da classe subalterna assumam a pauta política por se impor, a ponto de tencionar a ordem dominante impondo um projeto contra hegemônico.

Para ela,

a questão social não é sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção – que geram desigualdades, pobreza, desemprego e necessidades sociais – mas, de embate político, determinado por essas contradições (PEREIRA, 2001, p. 54)

E, é nesse sentido que utilizaremos o “termo questão social”⁷ por entendermos a importância desse embate político desencadeado no Brasil a partir da década de 1920 para a ampliação das leis trabalhistas e a institucionalização das políticas públicas e sociais a partir da década de 1930.

Como afirma Iamamoto

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais -, o que, nos países centrais, expressou-se no *Welfare State*, *Estado Providencia* ou *Estado Social*” (IAMAMOTO, 2001, p.17)

No Brasil, resulta em uma transformação ideológica⁸ na atuação do Estado que, até então, submetido aos interesses da economia agroexportadora negligenciava o clamor popular por melhores condições de vida e trabalho.

⁷ Tendo em vista que “questão social” não é uma categoria e sim um conceito, por não existir na realidade e, sim apenas as suas expressões. Para maior compreensão, ver Santos, 2012, p. 18.

⁸ Consideramos uma transformação ideológica, pois, as políticas sociais se mantiveram apenas na letra constitucional, as ações desenvolvidas nessa área eram fragmentárias e focalistas, centralizadas pelo poder central, e as leis trabalhistas que entraram em vigor tinham como objetivo, principal, atender as necessidades da indústria em desenvolvimento. Ambas, propaladas pela mídia

A criação do partido comunista em 1922 e a formação de novas camadas sociais urbanas, entre eles o proletariado industrial, criam uma camada heterogênea capaz de articular interesses estratégicos que confrontam as ações estatais (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, a Revolução de 1930, apesar de ser uma revolução de caráter burguês, contribuiu para uma nova etapa na constituição do Estado brasileiro⁹, que buscando legitimação frente ao poder oligárquico e industrial, mas principalmente, as camadas populares em movimento, cria um novo aparelho de regulação e intervenção tanto na área econômica quanto social. Esta última centrada em políticas públicas de caráter nacional, dando nova cara aos organismos coercitivos e repressivos do Estado.

Sem entrar na discussão de que as políticas sociais são concessão do Estado ou conquista da classe trabalhadora¹⁰ consideramos que esse “novo” Estado ou “Estado social vai ser criado quando da necessidade de responder diretamente às necessidades substanciais das classes trabalhadoras, em vista da integração social, surgindo assim as bases concretas para a formulação dos direitos sociais” (COUTO, 2006, p. 59/60)

No Brasil, esse Estado social não se configura como na tradição europeia – onde o Estado além de regulador investia diretamente no sistema de políticas sociais (provedor), dando-lhes um caráter redistributivo – pois, o objetivo dos governantes brasileiros era organizar as relações entre capital e trabalho através da legislação trabalhista, colocando-se apenas como regulador das mesmas. As necessidades mais gerais da população ficavam a cargo da filantropia e dos favores dos políticos.

Conforme Couto (*ibidem*, p. 96) “o governo Vargas investiu na formulação de legislação que foram delineando uma política baseada na proposta de um Estado social autoritário que buscava sua legitimação em medidas de cunho regulatório e assistencialista”. A exemplo, podemos citar a expansão, em 1933, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs – 1933-1938), até então organizadas por empresas e administradas pelos(as) trabalhadores(as), transformando-as nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – com financiamento tripartite: empresa, empregados e Estados e administração paritária – Porém, apesar de ser gerida

recheadas pelo populismo governamental faziam crer à população ser mais abrangente, do que realmente foram (ver COUTO, 2006).

⁹ Ver Draibe (2004)

¹⁰ Para aprofundar ver Vieira (1995), Coimbra (1987) e Couto (2006).

paritariamente por empregados(as) e empregadores(as), a presidência passou a ser instituída por indicação do governo.

As mobilizações trabalhistas e os sindicatos foram confrontados com esta e outras medidas regulatórias e assistencialistas, principalmente a partir de 1937, após o Golpe de Estado dado por Vargas.

Com o Estado Novo a atenção aos sindicatos se intensifica,

A Ditadura de Vargas (1937-1945) voltou sua atenção para o controle da classe trabalhadora, utilizando como recurso a legislação social fortemente centrada no controle estatal. Nesse período, o controle dos sindicatos, por meio de uma legislação criada em 1939, inspirada na Carta de Lavoro italiana, de cunho facista, impôs uma forma mais controlada da ação dos sindicatos. É criado o imposto sindical, com o qual o governo interferiu na viabilidade financeira dos sindicatos e, com isso ganhou mais poder para exercer seu controle. (COUTO, 2006, p. 102/103)

Por outro lado, dando ênfase ao caráter populista e desenvolvimentista Vargas, em 1940, regulamenta o salário mínimo e, em 1942, cria a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA). Em 1943 consolida as leis trabalhistas, cria a carteira de trabalho, institui a jornada de trabalho de oito horas diárias, as férias remuneradas, o salário maternidade e cria a área de segurança e medicina do trabalho. Tudo isso é propagado como concessão do governo, quando na verdade buscava, por um lado, a legitimidade junto à população pobre, e por outro, fornecer as condições necessárias ao desenvolvimento industrial.

Dessa forma, mesmo Vargas exercendo forte influência sob a camada mais pobre, os movimentos contestatórios e reivindicatórios por uma democracia e um governo constitucional o enfraquece, sendo derrotado por uma junta militar em 1945.

Os governos posteriores, apesar das características democráticas, assumem a orientação populista e a política de expansão industrial, criando políticas públicas de baixa efetividade, por seu caráter limitado.

Ainda segundo Couto, no período de 1930-1964 temos:

Um sistema de proteção social formulado a partir do Poder Executivo e orientado por uma política voltada ao trabalho urbano-industrial [...] políticas sociais [...] de recorte seletivo, dirigindo-se a um grupo específico, e fragmentadas, pois responderam de maneira insuficiente as demandas. (COUTO, 2006, p. 117)

Os Programas de Saúde Pública, por exemplo, apesar da Política Nacional de Saúde, criada por Vargas em 1930, atrelada ao Ministério da Educação – Ministério da Educação e Saúde Pública – chegou à população rural apenas a partir de 1956 com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais.

A Política de Saúde no período em tela se restringia apenas a medicina sanitária de combate às epidemias e endemias, da prevenção de doenças através de campanhas de vacinação contra a malária, varíola e outras doenças infectocontagiosas como a tuberculose pulmonar e a hanseníase.

Durante anos a saúde no Brasil foi colocada como problema particular dos sujeitos sociais, a população pobre nas pequenas cidades sem assistência a saúde dependiam do favor dos políticos, das Santas Casas de Misericórdias e dos Hospitais filantrópicos. No campo, a população se via totalmente desassistida, o tratamento de saúde ficava sob os cuidados de benzedadeiras, dos boticários e medicações caseiras. A concepção de saúde centrava-se apenas na ausência de doenças e as condições sanitárias da população eram precárias e quase sem saneamento básico.

Segundo Behring e Boschetti (2010, p. 107) até 1930, não tínhamos uma política nacional de saúde, a atuação do Estado na área inicia-se com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Porém essa intervenção estatal acontece a “partir de dois eixos: a saúde pública e a previdenciária”. A pública, voltada às campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde criado em 1937 e a previdenciária, destinada apenas a alguns segmentos dos(as) trabalhadores(as) urbanos(as) e seus familiares, que passaram a dispor de um serviço de saúde mais “qualificado” a partir do Seguro, através das CAPs e posteriormente IAPs.

Os(as) trabalhadores(as) rurais são inseridos(as) apenas com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, por meio do Funrural, porém em patamares diferentes dos(as) trabalhadores(as) urbanos(as), principalmente no que diz respeito ao valor do benefício, que correspondia a meio salário mínimo. Segundo Chon e Elias (1996), as diferenciações de tratamento entre os vários segmentos da população previdenciária só aumentam na década de setenta, apesar do discurso universalizante em torno do seguro social. Apenas mais tarde com a Seguridade

Social¹¹, a partir dos anos 1980, instituída na Constituição de 1988, essa disparidade é corrigida, conforme veremos adiante.

Como podemos perceber com a atenção dada as políticas públicas e sociais – passando estas a assumir a pauta política dos governos a partir da década de 1930 – todo um aparato institucional é montado, novas instituições são criadas bem como novas profissões, entre elas a de Serviço Social.

2.1 O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social: de uma atividade muito bonita a uma profissão de nível superior que ajuda as pessoas.

O Serviço Social no Brasil enquanto profissão está diretamente atrelado à emergência da atuação do Estado nas políticas públicas na década de 1930, tendo em vista a emergência da questão social.

A atuação repressiva do Estado já não conseguia conter as mobilizações sociais, que reivindicava uma nova forma de atuação por meios de políticas públicas, direitos constitucionais e mecanismos de controle social.

Na intermediação desse conflito o Serviço Social surge a partir da necessidade do capital e do Estado, como a profissão que disponibilizará o(a) profissional técnico(a) qualificado(a) a intervir, através de um conjunto de mediações de ordem econômica, política e ideológica, com o objetivo de administrar a “questão social”.

Nesse primeiro momento ela se coloca ao lado da classe dominante, de forma reformista, reproduzindo as relações sociais capitalistas, como agente controlador e fiscalizador da classe trabalhadora.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2009):

O[a] Assistente Social, no exercício de suas atividades vinculado[a] a organismos institucionais estatais, para-estatais ou privados, dedica-se ao planejamento, operacionalização e viabilização de serviços sociais por eles programados para a população. Exerce funções tanto de suporte à racionalização do funcionamento dessas entidades, como funções técnicas propriamente ditas (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009, p. 112)

¹¹ Para aprofundar ver Araújo (2004)

Ou seja, exerce uma atividade contraditória, que se por um lado atende aos interesses do capital de controle das massas, por outro, com essas mesmas atividades atende as reivindicações das massas empobrecidas que buscam melhores condições de vida e trabalho.

Dessa forma, a intencionalidade das ações profissionais visava nesse primeiro momento o enquadramento da população a ordem vigente, culpabilizando-as por sua posição na sociedade, não percebendo a relação contraditória entre capital e trabalho como geradora das contradições sociais na sociedade capitalista.

As primeiras escolas de Serviço Social no país, com algumas exceções, partiram de iniciativas da Igreja Católica tendo o Estado como seu parceiro, geralmente, sendo o mantenedor financeiro enquanto a igreja se colocava como administradora das mesmas.

A criação das escolas de Serviço Social no Brasil

resultou da reativação do movimento católico para renovar e reinserir a presença da Igreja nos novos blocos de poder, mediante a preparação da sua diferenciada militância a fim de responder adequadamente a uma estratégia de ação doutrinária exercendo um trabalho social de evidentes efeitos políticos (CASTRO, 2003, p. 103)

Essa ação unia evangelização, caridade e controle da classe operária por meio da doutrinação dos seus hábitos e modos de vida. Ou seja, se apresenta como uma atividade que atendia aos interesses do Estado, enquanto regulador das relações sociais.

Além da atuação junto ao Estado, as empresas se constituem em outro importante espaço que demanda esse profissional de modo que,

O processo de institucionalização do Serviço Social como profissão dentro de divisão social do trabalho encontra-se estreitamente vinculado ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais, geridas ou subsidiadas pelo Estado, que viabilizam a expansão do mercado de trabalho para estes trabalhadores assalariados [...] as alterações implantadas pelo empresariado, relativas à administração e gerencia das relações industriais. (que) passam a lançar mão de técnicos qualificados na área de relações humanas – entre eles o Assistente Social – para a implantação de políticas de pessoal, diante da necessidade de racionalização da produção e do trabalho, exigidas pelo aprofundamento do processo de industrialização nos moldes do grande capital [...] (que passa a) articular mecanismo de persuasão [...] no sentido de adaptar o trabalhador aos novos métodos de produção que potenciem a extração de trabalho excedente. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 82-83)

Dessa forma, treze anos após a criação da primeira escola na cidade de São Paulo, em 1936, através da Portaria 35, de 19.04.1949, o Ministério de Trabalho, Indústria e Comércio reconhece o Serviço social como uma profissão liberal, embora, conforme lamamoto e Carvalho (2009), os(as) assistentes sociais não desenvolvam suas atividades de forma autônoma, uma característica peculiar aos(as) profissionais liberais. Fato este, que tem resultado em sérias implicações a atuação desse(a) profissional na atualidade, tendo em vista a sua condição de trabalhador(a) assalariado(a)¹².

Diante do exposto podemos dividir o momento da gênese do Serviço Social, no Brasil, em duas fases que se distinguem e se mesclam ao mesmo tempo. A primeira, que vai do surgimento da primeira escola, sob influência do Serviço Social de tradição católica europeia, especialmente, Franco-Belga de matriz filosófica neotomista à década de 1940, quando se dá início ao que passaremos a denominar de segunda fase¹³, quando, buscando, imprimir um caráter científico às suas produções, a categoria adota o positivismo como matriz teórica e a ideologia desenvolvimentista como norte à prática profissional.

Na primeira fase, a do seu surgimento, o Serviço Social é segundo lamamoto e Carvalho (2009, p. 140), “um departamento especializado da Ação Social, embasado em sua doutrina social”, que objetivava ampliar sua influência entre o bloco dominante e a classe subalterna. Assim, além de restaurar os costumes cristãos, cabia educar o proletariado e harmonizar as classes em conflito.

O seu surgimento é resultante da mobilização católica no combate à “questão social” que se expressa na década de 1920 no país. A caridade e a filantropia, principais armas utilizadas pela igreja, são substituídas por uma ação mais técnica que alia assistência e apostolado social, dando origem ao que lamamoto e Carvalho (2009) chamam de protoformas do Serviço Social: a Associação das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro; a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo; a Confederação Católica (1922).

¹² Para aprofundar esse assunto ver lamamoto (2010, p. 214-221). In: Serviço Social em tempo de capital fetiche, Capital financeiro, trabalho e questão social. Ed. Cortez.

¹³ Mesmo reconhecendo, como ressalta lamamoto (1992, p.21) trata-se de um “arranjo teórico doutrinário”. Porém, o dividimos dessa forma para uma melhor compreensão desse movimento.

Estas se expandem dentro da Ação Social Católica, que engloba a Juventude Operária Católica (JOC); a Juventude Estudantil Católica; Juventude Independente Católica; Juventude Universitária Católica e Juventude Feminina Católica, a partir da década de 1930.

Assim, o Serviço Social surge desse movimento que se distancia da caridade tradicional, mesclando antigas obras sociais e apostolado social, principalmente aqueles destinados a atuar junto ao proletariado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009), com o objetivo de unir harmonicamente as duas classes sociais existentes. Ideias defendidas pelas encíclicas papais a *Rerum Novarum* de Leão XIII, publicada em 15 de maio de 1891 e a *Quadragesimo Anno* de Pio XI, publicada em 1931.

A primeira “trata das relações entre patrões e empregados, exortando os patrões a serem bons e os operários a cumprirem suas obrigações e a afastarem-se dos “homens malvados” (comunistas)” a segunda, “convoca os (as) cristãos (ãs) de todo o mundo a se entregarem apaixonadamente a recristianização do mundo, através das obras sociais – grupos de estudos, associações cristãs, associações profissionais, fundos de ajuda etc.” (LIMA, 2005, p.45) como forma de restaurar a paz social, e manter a hegemonia Católica junto ao bloco no poder.

No Brasil, as primeiras escolas brasileiras tinham como objetivo principal “intensificar e aperfeiçoar o Trabalho Social Católico” frente às dificuldades/perdas de prestígios/hegemonia da igreja frente ao Estado Liberal que implantou a “Laicização do Estado, casamento civil obrigatório, laicização do ensino público, secularização dos cemitérios” (LIMA, 2005, p. 56 e 57)

Assim, conforme Yasbek, é

na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da igreja face à “questão social”. Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral. (YASBEK, 2009, p. 4)

Além de cristianizar as pessoas e as instituições, a igreja tentava demonstrar ao Estado, através do Serviço Social, a sua influência sobre a classe operária e, portanto, a sua importância junto ao Estado no controle das massas.

Esta importância não fica despercebida pelo Governo Vargas que passou a absolver os técnicos especializados para atuarem junto ao Departamento de Serviço Social do Estado, criado desde 1935, para, entre outras atribuições, estruturar os Serviços Sociais de Menores, Desvalidos, Trabalhadores e Egressos de reformatórios, penitenciárias e hospitais e da Consultoria Jurídica do Serviço Social. Na verdade, a primeira escola parte também dessa necessidade (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009).

A crescente demanda por esse(a) profissional favorece o surgimento de novas escolas em todo o país, em sua maioria, sob influência da Igreja Católica. Apesar de sua ligação com a igreja, os(as) profissionais de Serviço Social fundam, em 1946, a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), hoje Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que passa a imprimir um padrão de ensino e uma crescente secularização aos Cursos de Serviço Social em todo o país.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial e o acirramento da questão social no país, a necessidade de novas técnicas se faz sentir. Ao mesmo tempo, se expande a influência norte-americana no país, o que faz com que o Serviço Social brasileiro passe a ver o Serviço Social norte-americano, de natureza social positivista, como mais adiantado que o europeu.

Os católicos e o Serviço Social brasileiro, conseqüentemente, sempre se opuseram ao positivismo, mas circunstâncias adversas ao interesse de ambos, por vezes os aproximaram.

A exemplo, podemos citar quando, à época da República Velha, os governantes influenciados pelo liberalismo tiram os direitos da igreja, expulsando os jesuítas e proibindo o noviciado. Segundo Vieira (1987, p.77), nesse período, “como os positivistas se batiam pela liberdade de expressão e de culto religioso, lutaram para que a Igreja tivesse seus antigos direitos reconhecidos”.

No período em tela, em que o Serviço social precisa de uma ciência e uma técnica para lhes dar um caráter profissional à ação recorre, mais uma vez, ao positivismo. Assim, aproxima-se de procedimentos de caráter científico, como a pesquisa, o uso de estatística, o método monográfico, procedimentos técnicos

necessários para conhecer o homem e o meio social. No entanto, segundo Aguiar (1982) a avaliação da situação e a ação continuaram sendo orientados pelos princípios neotomistas.

Assim, na década de 1940, é o Serviço Social norteamericano que passa a orientar o Serviço Social brasileiro, por isso o denominamos de segunda fase. Essa aproximação faz com que a Europa, gradativamente, perca sua influência nas escolas do país, principalmente a partir da década de 1950 com a laicização do ensino e a necessidade do Serviço Social se adaptar às novas diretrizes da política educacional. Soma-se a isso, o fato dessas escolas terem passado a ser de nível superior e agregado-se às universidades.

É importante ressaltarmos que a matriz positivista faz uma apreensão manipuladora, instrumental e naturalista do ser social, não conseguindo suplantar a aparência dos fenômenos, e por isso, não aponta para mudanças senão dentro da ordem capitalista voltando-se dessa forma para o seu ajuste e conservação. A orientação funcionalista que o Serviço Social adota do positivismo se configura em propostas ajustadoras e num perfil manipulatório, voltado ao aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas, resultando em uma forte burocratização das ações (YAZBEK, 2009).

Fazem parte dessa direção o Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e o Serviço Social de Comunidade, com destaque para o Serviço Social de Comunidade por estar diretamente atrelado ao ideário desenvolvimentista assumido pelo Estado após 1945, sob influência norteamericana.

Logo após o término da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos assumem a hegemonia do capital mundial e o seu plano econômico expande-se por todos os países capitalistas, visando assim, o combate à expansão do comunismo no mundo. Tal ofensiva vai contar com a colaboração dos governantes e classes dominantes dos demais países capitalistas.

Para que o capitalismo se fortalecesse no Brasil, se fazia necessária uma ideologia hegemônica que englobasse e mobilizasse todas as classes sociais para um mesmo fim. Daí a importância do Estado como mediador dos conflitos entre as classes sociais na organização de uma sociedade controlada social e politicamente. A expansão econômica surge como a “carta mágica” que uniria todos os setores da sociedade em prol de um desenvolvimento unilateral, mas com aparência plural.

Esta ideologia desenvolvimentista, ressaltada pelo nacionalismo e combinada ao populismo, estabelece as bases necessárias ao fortalecimento do capital e a concentração de riqueza sob o “consentimento da classe trabalhadora”. Inicialmente pela concessão de algumas de suas reivindicações e, posteriormente, pela cooptação direta do governo junto aos sindicatos (no governo Vargas, principalmente), e pela força da ideologia, incentivos e aperfeiçoamento tecnológico no governo de Juscelino Kubitschek (JK), no qual se buscou infundir entre os órgãos do governo, nos empresários, no público em geral, as vantagens do desenvolvimentismo, mobilizando a classe trabalhadora e mostrando a importância do exercício da força de seu trabalho para o desenvolvimento do país.

Nesse sentido, o governo se apresenta como veículo político fundamental para a difusão da ideologia desenvolvimentista, que convoca o(a) trabalhador(a) a participar de forma direta do processo do crescimento econômico nacional, não “em termos de benefícios que ele possa trazer-lhes [...] mas em termo de contribuição que [o trabalhador] possa oferecer para que ele seja atingido [...]” (CARDOSO, 1978, p. 207).

Sendo esta a atitude do governo, o Serviço Social adotará a estratégia de Desenvolvimento de Comunidade, que consiste em juntar esforços da população e do governo com a finalidade de “melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente no progresso do país.” (AGUIAR, 1982, p. 69).

No final da década de 1940 e começo da de 1950 há o início das discussões acerca de qual forma de desenvolvimentismo seria melhor para o Brasil, se o *liberal*, o *nacional-desenvolvimentista* ou o *nacionalismo radical*, discussão esta inserida no contexto de industrialização do governo Dutra (1945-50). Essas reflexões se iniciam com as discussões em torno do petróleo e da campanha “o petróleo é nosso” que despertou o nacionalismo do período ditatorial de Vargas (1930-45), que via com certa reserva o capital estrangeiro. Este nacionalismo, retomado, influenciará fortemente o segundo governo de Vargas (1950-54), especialmente a partir de 1951. É nesse processo que o Serviço Social adentra na intervenção com a comunidade, como consequências dos programas da ONU e de acordos entre o Brasil e os Estados Unidos.

Desde o Congresso Pan-Americano de 1945, os(as) Assistentes Sociais brasileiros(as) se posicionaram em apoiar as “entidades e programas Pan-

Americanos e interamericanos [...] apoio que deveria desdobrar-se através da Organização dos Estados Americanos – OEA.” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 329) que visavam barrar o avanço comunista combatendo o pauperismo, considerado a sua fonte principal.

É nesse período que é implantado no currículo do Serviço Social brasileiro a disciplina de Organização de Comunidade sob forte influência norte-americana e é nesse momento que o Estado Novo desenvolve um forte aparato assistencial. A partir de 1950 o Serviço Social de grupo passa a fazer parte dos programas nacionais do Serviço Social da Indústria (SESI), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Serviço Social do Comércio (SESC), em hospitais, favelas, escolas, etc.

As discussões fomentadas durante o 2º Congresso Pan-Americano de Serviço Social, realizado em 1949 no Rio de Janeiro, deixa claro que o Serviço Social de casos individuais predomina na atuação profissional. No entanto, aparecem algumas posições destoantes, como a do Sr. Luiz Carlos Mancini:

É preciso fazer o povo pensar, reunir-se, equacionar os seus problemas, aprender a discutir (...) o Assistente Social deve ser habilitado a analisar, identificar e mobilizar os órgãos e agentes da comunidade e aí ajudar a criar as molas da ação individual e coletiva. Todo o sistema pedagógico, da criança ao adulto, como todo o planejamento urbano, social e político, deve orientar-se no sentido de proporcionar meios de congregação do povo, equipando os agentes técnicos modernos do serviço de grupo e de métodos de discussão. (*apud* IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 336)

É importante salientar que são discussões como esta que ampliam os métodos do Serviço Social de Grupo e de Comunidade, amadurecendo-o à medida que o desenvolvimentismo americano se fortalecia, tornando-se uma ideologia dominante, principalmente durante a industrialização acelerada no governo Juscelino Kubitschek (JK) (1955-59).

É no governo de Juscelino Kubitschek que o projeto internacional americano é assumido de forma plena, ele o estimula, e a criação da OPA (Operação Pan-Americana), dá ao seu projeto de desenvolvimento um caráter global.

Ele não apenas aceita os investimentos estrangeiros, mas o estimula e busca atraí-los através de estratégias políticas, econômicas e ideológicas. Procura mostrar que a cooperação internacional ajudará o país a se desenvolver sem interferir na

sua soberania, que, ao contrário, permitirá a este atingi-la já que apenas os países prósperos podem ser soberanos.

Para JK, a pobreza era uma grande ameaça à democracia já que aquela seria o atrativo principal para o comunismo e a causa da subversão dos países pobres. Portanto, as nações “democráticas” deveriam ser capazes de formular uma “política de grandeza” que diferentemente do que se cometera no passado viessem “atender as necessidades da maioria esmagadora da humanidade, constituída por povos que ainda vegetam no limiar da civilização moderna.” (Discurso de JK *apud* CARDOSO, 1978. p. 99).

Assim, o desenvolvimentismo buscava a soberania através do domínio econômico, para isso JK procurou aumentar e diversificar a produção adequando-a às necessidades de consumo, ampliar e fortalecer a capacidade produtiva através do estímulo aos investimentos externos, de incentivos diretos e medidas protecionistas. Para ele, diferentemente de Vargas, isso não feria o nosso nacionalismo, já que o verdadeiro nacionalismo “consiste em desenvolver, enriquecer e tornar respeitado o Brasil” e “o verdadeiro nacionalista é aquele que procura apressar o desenvolvimento econômico sem o qual a nação continuará fraco e pobre.” (*idem*).

Dessa forma, os ideais de JK convergiam com os ideais cristãos e o Serviço Social da época, auxiliava e subsidiava “no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora”, sendo

[...] um dos mecanismos institucionais mobilizados pela burguesia e inserido no aparato burocrático do Estado, das empresas e outras entidades privadas, na criação de bases políticas que legitimem o exercício do poder de classe, contrapondo-se às iniciativas autônomas de organização e representação dos trabalhadores (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p.94)

Assim o Serviço Social intervinha “*na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho*, através da mediação dos serviços sociais, previstas e reguladas pela política social do Estado.” (*idem*). Mas é a partir de 1960 que:

As iniciativas vinculadas ao desenvolvimento de comunidade apresenta franco desenvolvimento com o surgimento de uma série de organismo e a

realização de importantes seminários [...] a ideologia subjacente a esses programas e seminários – inspirada em e por agências internacionais – se acopla à do desenvolvimentismo em pontos centrais que podem ser resumidos na perspectiva da modernização como opção para o reforço e manutenção das relações sociais vigentes (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 345).

O documento de Araxá faz uma divisão desse período e afirma que a primeira fase do desenvolvimentismo no Brasil – de 1945 a 1955 – consistiu em experiências de organização de comunidades em moldes norte-americanos e em experiências isoladas voltadas apenas para a melhoria imediata das condições de vidas. Apenas a partir da segunda fase – de 1956-1964 – passa a atender as necessidades estruturais, e só após 1964, precisamente a partir de 1968, acontece a participação popular no processo de desenvolvimento através de programas vinculados com o governo.

Essa segunda fase se caracteriza principalmente pelo projeto desenvolvimentista do governo Jânio Quadros (1960-1961) que se fundamenta “na formação de uma nação forte, com um povo forte e uma economia globalmente forte” voltado em especial para o social tendo como meta prioritária o homem em vez do “crescimento econômico em si mesmo.”

O desenvolvimentismo janista marca a fase do desenvolvimentismo propriamente dito no Serviço Social, o seu apogeu, assim podemos dizer. O Serviço Social assume um papel de destaque no “Desenvolvimentismo Nacional para o Bem-Estar Social” através da *Aliança para o Progresso*: é a volta no discurso executivo do tão conhecido ideal de justiça social e da caridade, aliado a novas técnicas e reconhecimento da importância da profissão.

O objetivo da *Aliança para o Progresso* consistia em desenvolver economicamente os países capitalistas da América Latina, a fim de impedir a disseminação dos ideais da Revolução Cubana. Nesse período, são reiteradas medidas executadas desde 1955, como o Serviço Social Rural que viera se organizando, passando a atuar marcadamente a partir de 1960 sobre o apoio direto do governo, de programas internacionais e dos órgãos patronais, a fim de reajustar o setor rural ao processo do desenvolvimentismo nacional e internacional, atuando através dos Centros Sociais.

Sem encargos para o setor público, a Campanha Nacional de Educação Rural – CNER, implantada desde 1956, passa a atuar intensificadamente desenvolvendo

pequenas obras estruturais, modernizando a agricultura e alfabetizando a população rural.

O Serviço Social retoma, nesse período, a sua importância assumindo um papel de destaque nos programas sociais desenvolvidos no período, isso reforçado pela opinião americana e dos grupos internacionais ligados a ONU, que viam no Desenvolvimento de Comunidade uma forma de integrar as comunidades para seguir os parâmetros da economia global. Era necessário mudar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades e, para isso, o Serviço Social assume um novo papel o de “[...] contribuir para a adaptação recíproca dos indivíduos e de seu meio social [...]” (SILVA *apud* AGUIAR, 1982 p. 89) procurando atingir os objetivos da Aliança para o Progresso, do governo janista com os Estados Unidos.

Após a renúncia de Jânio Quadros em 1961, seu vice João Goulart assume a presidência sob a insatisfação dos militares e da direita e dá continuidade ao programa social desenvolvido por Jânio Quadros, adotando, porém, uma forma mais ousada, pedindo, por exemplo, ampla reforma agrária. João Goulart (Jango) procura, através do Plano Trienal de Celso Furtado, seu ministro de Planejamento, executar uma ampla reforma de base, que causou uma reação violenta no Congresso, no qual se encontravam os grandes donos de terra, mas obteve o apoio da ala progressista da Igreja Católica, que junto com grupos da esquerda organizaram os camponeses em movimentos sindicais, conseguindo aprovar o Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963.

Nesse período, apesar de haver um grupo de assistentes sociais compromissados com as mudanças estruturais, o Serviço Social continuava sob a influência da Igreja Católica, especificamente a sua ala mais progressista que apoiava as reformas de base do governo Jango.

Jango perdeu o poder quando os militares deram o golpe que daria início a mais de vinte anos de ditadura, que teve por primeiro presidente Castelo Branco. Deixou-se de lado o nacional-desenvolvimentismo e adotou-se o desenvolvimento associado dependente, que levou o país a depender completamente dos credores externos. Vale salientar que houve uma aproximação maior do Brasil com os Estados Unidos nesse período, a partir das ideias da defesa do País e do Ocidente em geral, ante as “ameaças” permanentes do comunismo. Houve também maior incentivo ao capital privado e intensificação da presença das multinacionais, com a

absolvição das empresas nacionais e grande ênfase na exportação. Contudo, mesmo no auge do “milagre econômico”¹⁴, houve uma crescente pauperização da maioria da população provocada pela grande concentração de renda, o que ocasionou uma crescente demanda por políticas sociais.

Mesmo com a mudança na forma do desenvolvimentismo nacional, o Serviço Social continuou com o discurso nacional-desenvolvimentista, apreendido até o momento, voltando-se ao assistencialismo, se comprometendo com a ideologia dominante e buscando criar as condições necessárias ao crescimento econômico, conforme os ideais capitalistas.

2.2 O Serviço social: de controlador dos serviços de saúde a viabilizador de direitos em tempos de repressão social e política

O que se apresenta como obstáculo é apenas a casca do impossível, que encobre as possibilidades dos homens construir sua própria história (IAMAMOTO)

A profissão se mantém até a década de 1960 fundamentada em ideias e valores tomistas (inspiradas nas ideias de São Tomás de Aquino), produtora e reprodutora do humanismo cristão tradicional, baseado em uma ética conservadora, defensora do *ethos* burguês, de sua liberdade e moral. Mesmo a partir da década de 1940, quando passa a sofrer influência do positivismo, a profissão continua mantendo seus valores tomistas mesclada com ideias positivistas/funcionalistas.

Barroco (2006, p.122/23) afirma que o Código Moral do Serviço Social, publicado pela Associação Brasileira das Escolas de Serviço Social (ABESS), em 1962, por exemplo, deixa claro o posicionamento político ideológico que deveria pautar a ação profissional que, além de imprimir uma ação educativa moralizadora aos “clientes”, deveria aceitar passivamente a autoridade institucional intervindo em face das transgressões à ordem social”.

Bravo e Matos (2009) afirmam que o projeto profissional conservador, que orienta o Serviço Social brasileiro desde a fundação da primeira escola de Serviço Social, em 1936, na cidade de São Paulo, e impresso no Código de Ética de 1948,

¹⁴ Período de rápido crescimento econômico (1968-1973), propiciado pelos investimentos estrangeiros no segmento industrial brasileiro durante os primeiros anos do governo ditatorial. Para aprofundar ver Abranches (1986).

permanece inabalável até a década de 1960, tanto em sua produção teórica, quanto na forma de atuação profissional e em suas entidades organizativas que pareciam inatingíveis diante das reivindicações e mobilizações sociais dos sujeitos coletivos e de alguns setores da categoria profissional.

Seu posicionamento ao lado da classe dominante fazia dele um agente controlador e administrador da classe trabalhadora, buscando cooptar, adaptar e integrá-la ao sistema capitalista de produção, seja através da caridade, do controle e transformação dos hábitos, costumes e cultura da classe trabalhadora, seja no controle e racionalização dos direitos trabalhistas ou no atendimento às necessidades conjunturais dos mesmos, ou seja, no compromisso com os programas assistenciais dos governos e na eliminação dos obstáculos ao crescimento econômico.

No Brasil, as atividades dos(as) assistentes sociais seguiam fielmente o poder hegemônico, se adaptando ao mesmo, na medida em que ele se apresenta, buscando estabelecer uma relação harmônica, mantendo os privilégios de agentes modernizadores da caridade e da sua gestora, a igreja católica, mesmo depois da sua profissionalização.

Iamamoto e Carvalho (2009, p. 360) afirmam que a partir dos últimos anos da década de 1950 é que “podem ser localizadas as primeiras manifestações públicas, de que se tem conhecimento, no interior do campo social que se posicionam contra a manutenção do “*status quo*.”

Os(as) assistentes sociais buscam se adaptar a ordem vigente e inserir no seio da profissão as técnicas e métodos ditados pelo poder hegemônico, assumindo os planos de governos e as diretrizes da ONU (Organizações das Nações Unidas), organismo internacional criado para ajudar os países europeus atingidos pela Segunda Guerra Mundial e, posteriormente, para os países subdesenvolvidos.

A exemplo disso, podemos destacar a atuação desse profissional na área da saúde. Desde a sua gênese o Serviço Social esteve inserido nos serviços de saúde, apesar desta área não ser a que mais concentrasse esse profissional, e mesmo que algumas escolas no país tenham surgido influenciadas por ela, é o novo conceito de saúde¹⁵, a partir de 1948, que vem proporcionar a ampliação da atuação profissional na área (BRAVOS e MATOS, 2009).

¹⁵ Ver nota de rodapé nº. 2.

A consolidação da política de saúde, no período que vai de 1945 a 1964, também vem contribuir para essa expansão. Em especial com a criação do Ministério da Saúde na década de 1953, através da Lei 1.920/53, voltado à medicina sanitária do combate às epidemias e endemias, da prevenção de doenças através de campanhas de vacinação contra a malária, varíola e outras doenças infectocontagiosas, nos grandes centros urbanos, nos quais, o(a) assistente social, segundo Bravo e Matos (2009), é requisitado a atuar na educação dos usuários, intervindo no seu modo de vida, nos seus hábitos de higiene e saúde.

Segundo Sodré (2010, p 456),

o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em propiciar o acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo.

A efervescência social, destacada por Lima (2005), Netto (2010), Bravo e Matos (2009) entre outros, a partir da década de 1960, de contestação aos campos profissionais de conservação da ordem, atinge o Serviço Social, principalmente, com a revisão crítica nas Ciências Sociais; com a mudança de posicionamento de instituições historicamente ligadas ao Serviço Social – a exemplo da igreja católica – ; e a expansão do movimento estudantil. Contudo, tal questionamento não se processa na atuação do(a) assistente social na saúde, da mesma forma que nas outras áreas. É o que se constata se formos analisar o percurso que o Movimento de Reconceituação segue no Brasil.

O Movimento de Reconceituação (MR) – como ficou conhecido o movimento de contestação ao Serviço Social tradicional, em toda América Latina – teve forte repercussão entre parte da categoria profissional a partir dos anos de 1960, e possibilitou o questionamento as bases teórico-metodológicas tradicionais, a importação das teorias Norte-Americanas; a defesa ao pluralismo teórico-metodológico e ético-político bem como, a contestação do Serviço Social como prática ajustadora e mantenedora do “*status quo*”. Nessa direção, aparece pela primeira vez na história profissional a referência ao marxismo como direcionamento político e compromisso com a classe trabalhadora.

Ao tratar desse processo no tópic “*Os caminhos do Serviço Social no Brasil no pós-64*” em sua dissertação de mestrado, Lima (2005) divide o Movimento de Reconceituação em três momentos como o faz José Paulo Netto em seu livro *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*¹⁶.

O primeiro movimento denominado por ela de perspectiva Técnico-Instrumental Desenvolvimentista¹⁷, estava perpassado pelo processo ideológico do *desenvolvimentismo associado*¹⁸, baseado nos investimentos internos e externos, apresentado pela autocracia burguesa da ditadura, que leva o país a depender em maior proporção dos credores externos.

A implantação, no Serviço Social, da ideologia desenvolvimentista em suas fases¹⁹, busca atender os programas governistas e desenvolver a comunidade segundo a visão estadunidense, na qual seria preciso fortalecer as comunidades para livrar o mundo das ameaças eminentes do comunismo na conjuntura mundial.

Nesse momento, o Movimento de Reconceituação se processa questionando a adequação da profissão às exigências impostas pelos mecanismos internacionais. A direção desse momento é dada pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) que adota o aporte teórico estrutural-funcionalista norte-americano, sem questionamento a ordem vigente (NETTO, 2009)

Essa posição ao lado da classe dominante leva o Serviço Social a assumir um caráter assistencialista, inserindo-se na política social do governo de forma a integrar a população ao projeto governamental, eliminando os obstáculos ao crescimento econômico (AGUIAR, 1982).

Nessa direção, o Serviço social na saúde pública permanecia adotando o Serviço Social de Casos, orientado pela diretrizes da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais, publicadas em

¹⁶ A autora parte desta obra para fundamentar seus argumentos, porém ela cria novas categorias para designar essas fases por considerar “que a denominação dada por Netto está carregada de valoração e não exprime adequadamente as posturas do ponto de vista prático-interventivo, mas somente do ponto de vista político-ideológico [...]” (LIMA, 2005, p.84). Mesmo defendendo que o fazer profissional está carregado do político, pois o fazer não é neutro, mas permeado de intencionalidades (SANTOS, 2013), iremos adotar as categorias definidas pela autora por considerá-las pertinentes a perspectiva que damos a defesa dos direitos sociais pelos assistentes sociais – e não só por estes – na atual conjuntura.

¹⁷ Perspectiva modernizadora (NETTO, 2010, p.156)

¹⁸ Para maiores esclarecimentos ver: Pereira (1970); Aguiar (1982).

¹⁹ Ver divisão dessas fases no item 2.1.

1949, centradas no atendimento individual de estímulo ao engajamento do paciente no tratamento (BRAVO e MATOS, 2009).

Nesse sentido, Bravo e Matos (2009, p.202) afirmam que na saúde, o Serviço Social recebe “as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária” enfatizando “as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios”.

Essa realidade, segundo os mesmos autores, não se alterou até 1979, pois estes(as) profissionais continuaram orientados(as) pela Perspectiva Técnico-Instrumental Desenvolvimentista.

Atuando de forma efetiva, no setor previdenciário, viabilizando o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços e benefícios do sistema, a previdência passou a ser um dos maiores empregadores dos(as) assistentes sociais. A estes(as) é demandado realizar plantões, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO e MATOS, 2009).

Tais ações ainda se fazem presentes no cotidiano profissional dos(as) assistentes sociais como se pode observar no fragmento abaixo, retirado de uma fala acerca do fazer profissional dos(as) assistentes sociais no Hospital Luiz Antonio:

Orientação + prestação serviço de marcação de consulta + assistência social como local para ficar. (resposta dada por Q -28²⁰, sobre as atribuições e competências dos assistentes sociais)

Tal fala, mostra-nos o quanto o Serviço Social na saúde, ainda permanece, em algumas instituições, atreladas ao passado da profissão, pois o fazer profissional não foi ressignificado.

No período de 1945 a 1964, os gastos com assistência médico hospitalar tiveram um grande crescimento. O atendimento das demandas se dá via IAPs, com compras de serviços de terceiros em pequena quantidade (BRAVO E MATOS, 2009). Principalmente, após a promulgação da Lei 3. 807 (LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social), em 1960, que passa a reger todos os institutos independentes da categoria profissional, com exceção dos(as) servidores(as) públicos(as).

²⁰ Como serão identificados os(as) trabalhadores(as) que participaram da pesquisa.

Porém, após o golpe de 1964, temos a criação dos grandes hospitais e clínicas destinados ao atendimento dos(as) empregados(as) e seus familiares. Nesse contexto, a medicina privada se expande, pois, passa a atender às demandas de saúde da classe trabalhadora através de convênios com os Institutos.

Em busca de autoafirmação como profissão, os Congressos e Seminários realizados no âmbito do Serviço Social, como os de Araxá, em 1967, e o de Teresópolis, em 1970, os projetam internacionalmente e os mantém conectados ao mundo e as suas transformações, permitindo, por outro lado, a discussão e o surgimento de correntes contrárias à ideologia tradicional, que culminará com a reconceituação do Serviço Social e no seu posicionamento de defender os interesses da classe trabalhadora, por parte de alguns(algumas) profissionais a partir da década de sessenta.

Mesmo sobre forte repressão da ditadura, nesses seminários fica clara a existência de uma corrente, por dentro do Serviço Social, que contesta o Serviço Social tradicional e o posicionamento dessa profissão a favor da classe dominante e das políticas controladoras do governo.

É tanto que, os códigos brasileiros de 1965 a 1975, conforme Barroco (2006), apesar de continuarem reproduzindo o ideário do código antecessor, apresenta algumas diferenças, como a presença de distintas concepções teóricas e uma direção ética liberal, o que quebra a hegemonia conservadora. “O Serviço Social já não é mais tratado como uma atividade humanista, mas como profissão liberal [...] de natureza técnico-científica” (CFASS, 1965, *apud* BARROCO, 2006, p.126). Devendo o(a) profissional, independente de seus credos ou princípios, prestar os serviços respeitando a posição filosófica, política e/ou religiosa daqueles(as) que dele precisar, na perspectiva de uma ordem social justa.

Contudo, o Código seguinte (1975) vai deixar de fora esses dois conceitos importantes, impressos no anterior: a democracia e o pluralismo, negando, dessa forma, passos importantes dados no âmbito profissional, numa demonstração clara de repúdio às correntes políticas que se formavam no seu interior.

Este código expressa o segundo movimento denominado por Lima (2005) de Psicologização do Social²¹. Ele vem, como expressa Barroco (*idem*), reafirmar o conservadorismo tradicional sob nova roupagem, a vertente

²¹ Reatualização do Conservadorismo (NETTO, 2010, p. 157)

fenomenológica/personalista cristã, recusa a postura positivista e marxista, propondo-se uma intervenção mais compreensiva e pessoal do usuário (baseada na corrente fenomenológica), de forma a adequá-lo às novas demandas colocadas pela ditadura, a partir de 1968. Distancia-se, dessa forma, da realidade social da classe trabalhadora, e reforça o seu papel ao lado da classe dominante e aos propósitos do capitalismo e seu projeto de modernização conservadora e tenciona os(as) profissionais de posição política divergente.

Esse momento é protagonizado pelo CBCISS e pelas Pós-Graduação em Serviço Social, e se expressa nos Seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista, em 1978 e 1984 respectivamente. Ele centra-se no indivíduo como sujeito de transformação social, baseado na tríade conceitual: diálogo, pessoa e transformação social, não levando em consideração os determinantes econômico-sociais (LIMA, 2005, p.87 e 88), o que reforça os princípios da dignidade humana, individualização, promoção ativa do sujeito e a autodeterminação, valores caros ao Serviço Social em sua gênese.

O que leva Netto a afirmar que ela

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 teórico-metodológica que se reclama nova [...] legatária das características que conferiram a profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinaram a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional; mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais de extração positivista. Aí, exatamente, o seu caráter renovador em confronto com o passado: o que se opera é uma Reatualização dele, com um consciente esforço para fundá-lo em matrizes intelectuais mais sofisticados. (NETTO, 2010, p. 157)

Esta pretensa cientificidade foi a forma encontrada para refutar a vertente crítico dialética que passa a ganhar espaço a partir da segunda metade da década de 1970, quando os fatos sociais, políticos e econômicos advindos do projeto de modernização conservadora, protagonizado pela Ditadura Militar, promovem o questionamento, por parcela da categoria profissional, sobre a eficácia de suas práticas.

Na saúde, entretanto, esse momento de contestação não se faz sentir. O(a) profissional nela inserido(a) reforça o seu papel ao lado do projeto ditatorial, principalmente no que se refere ao campo previdenciário.

Como já mencionado anteriormente, a Ditadura Militar instaurada no pós-64, buscando a legitimação, toma uma série de medidas sociais, e entre elas, destacam-se as do setor saúde, e nela se insere o(a) assistente social, seja na saúde coletiva, seja na previdenciária.

A partir de 1975, no governo Geisel, quando este estabelece a articulação dos setores públicos e privados na promoção, proteção e recuperação da saúde, temos uma maior inserção do(a) profissional na área. Contribuiu para isso, entre outros fatores, a definição do papel do Ministério da Saúde e o do Ministério da Previdência, estabelecendo que o primeiro fosse o responsável pela medicina preventiva e o segundo pela medicina curativa.

Nesse contexto de ampliação da assistência médica hospitalar, resultante da política voltada para o trabalho, com assistência a saúde e previdência social, os(as) assistentes sociais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o caráter excludente dessa política, destinada ao(a) trabalhador(a) e seus familiares, atuando na intermediação do acesso aos serviços e benefícios, através de plantões e triagens para concessão dos mesmos. Além de ser um importante mobilizador/capacitador na integração psicossocial dos usuários. É desse período, a herança de marcação de consultas e exames e regulação de leitos, tão presente ainda hoje na atuação do profissional na saúde, como demonstra o fragmento abaixo:

Organizar leitos, chamar paciente para internar, providenciar exames (dinheiro...). (Q-26)

Marcação de exames, controle de leitos, declarações, avisar alta, etc... (Q-23)

Marcação consulta + marcação exame + transporte para paciente + regulação dos leitos (vaga). (Q-28) (respostas dadas pelos participantes da pesquisa, sobre as ações que o assistente social desenvolve no HLA)

Em 1977, Geisel cria o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social). Esse sistema introduz a assistência social na previdência e separa a parte de benefícios da assistência médica, ficando estruturado em três órgãos conforme a natureza de suas atividades: O INPS (Instituto Nacional de

Previdência Social) – responsável pelo seguro obrigatório, serviço social e reabilitação profissional; o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) – responsável pela prestação dos serviços de saúde e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (CONH e ELIAS, 1996; ARAÚJO, 2004).

Esse sistema de Previdência Social, segundo Cohn e Elias (1996) tornou-se um importante mecanismo de captação de recursos dos(as) trabalhadores(as). Esses recursos, porém, foram destinados a investimentos que fugiam ao conhecimento/controlado da classe trabalhadora, o que, entre outros fatores, levou ao sucateamento do sistema. Segundo esses autores este sistema caracterizou-se pela forte centralização, burocratismo e ineficiência, enquanto beneficiava o setor privado, através do pagamento de alto custo pelos serviços prestados aos(as) trabalhadores(as) e seus familiares.

Com o SINPAS, a Previdência Social se destaca publicamente mais como prestação de assistência médica através do INAMPS, do que pelos benefícios sob forma de prestação em dinheiro, se constituindo em forte captador de recursos, para investimentos em alta tecnologia instrumento de barganha e legitimidade política. Estes, agregados ao aumento da demanda e a ganância do setor privado culminam com o desfalque da previdência social divulgado em 1979 (CONH e ELIAS, 1996).

Dessa forma, até a década de 1980, com a aprovação da constituição de 1988, o quadro da saúde no país foi marcado por doenças de todos os tipos com serviços de saúde sucateados, extremamente centralizados administrados com poucos recursos, mesmo com a criação do SUDS (Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde), em 1987.

Esse escândalo e as péssimas condições da saúde brasileira, juntamente com o processo de redemocratização do país, fortalecem o processo pela universalização do sistema de proteção social, exigindo maior compromisso do Estado na disponibilização dos serviços e um maior controle sobre o setor privado.

Conforme Bravo (2011), no governo de João Batista de Figueiredo (1979-1985) o aumento do custo de vida e da taxa de inflação intensifica a crise econômica do país e agrava as expressões da “questão social”, como desemprego, além de dar vazão a já propalada crise financeira da previdência. A crise da política de saúde se agrava, o que faz emergir, via sociedade civil, propostas de um novo modelo de

política de saúde que privilegie os investimentos no setor público estatal e não o setor privado.

As condições sociais, de vida e pobreza impostas à população pelo modelo de industrialização excludente e concentrador de renda, no estágio avançado do capitalismo, em especial em se tratando das particularidades brasileiras, agravam as mais variadas expressões da “questão social”, de forma que os programas concentradores adotados pelos governantes, principalmente, aqueles dos períodos ditatoriais se mostraram insuficientes. Conforme assinalamos, as condições de saúde da população se agravaram, afetada pelas péssimas condições de trabalho e moradia, os baixos salários – insuficientes para suprir as necessidades nutricionais das famílias – a falta de saneamento nas áreas urbanas mais pobres, entre outros fatores.

Assim, os médicos e demais categorias da área de saúde se mobilizam em torno dos interesses coletivos e greves são deflagradas em todo o país, pelas entidades representativas da categoria, de forma que

A ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política, havendo articulação com outros sindicatos de trabalhadores, outras entidades, movimentos populares e avançando-se no âmbito parlamentar. A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairros de classe média, visando a melhoria dos serviços de saúde e alterações das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de política de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essas questões. (BRAVO, 2011, p. 87)

É nesse contexto que se destaca o movimento sanitário que vinha sendo construído desde os anos de 1970, propondo um projeto de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado (BRAVO E MATOS, 2009).

O fortalecimento desse movimento, a partir da década de 1980, vai culminar na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, que lança os princípios fundamentais que irão nortear o Sistema Único de Saúde, estabelecido com a Constituição Federal de 1988.

O movimento da reforma sanitária traz o entendimento de saúde como direito, por compreender a saúde como uma resultante das condições de vida, trabalho e renda, moradia, distribuição de terra, educação, alimentação, lazer, participação política e social. Nesse sentido propõe um sistema de saúde com princípios de universalidade, integralidade e equidade sob a responsabilidade do Estado (BEZERRA e ARAÚJO, 2007).

Dessa forma a proposta volta-se para uma política de saúde que integre as demais políticas econômicas e sociais. O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – marco histórico desse processo – afirma categoricamente que o direito a saúde implica na garantia de condições dignas de trabalho; alimentação para todos; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito a liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. O modelo proposto, portanto, foge do modelo segmentado até então existente e reivindica “ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 05).

Diante da formação dessa correlação de forças de crítica aos investimentos privados, favorável à universalização da política de saúde, e de um novo conceito de saúde medidas passam a ser adotadas, no setor previdenciário, centradas

nos princípios de universalização, direito universal à assistência à saúde a toda a população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referente à política da saúde (BRAVO, 2011, p.92/3)

Esses princípios pautaram as Ações Integradas de Saúde (AIS) executadas no final de 1982 e, em meados de 1983, elaboradas pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) – criado em 1981, com o objetivo de ordenar a política previdenciária – como parte do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, o qual reconhece o

privilegiamento do setor privado, propõe a reorientação gradual do sistema, com a ampliação da responsabilidade do Estado sobre a política e controle do sistema de saúde, melhoria da qualidade dos serviços ofertados, extensão da cobertura e a racionalização do sistema (*ibidem*).

Nesse sentido, Junior e Nogueira (s/d), afirmam que a partir de 1985 até 1988, os movimentos sociais organizados, da sociedade, passam a ter uma maior participação nos Conselhos de Gestão Nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho. O que culminou em modificações importantes implantadas, pela Nova República, nas políticas econômicas e sociais.

Assim, em 1985, ocorre a ampliação dos esforços entre os níveis federal, estadual e municipal, objetivando criar as condições técnicas administrativas e políticas à viabilização de um novo Sistema Nacional de Saúde descentralizado e universal. Uma decisão importante, nesse momento foi a articulação entre os Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, já que na conjuntura anterior, os dois últimos ministérios eram os articuladores das mudanças, e neles, o setor privatista detinha a hegemonia (*ibidem*).

Essa hegemonia dificultava a ampliação política e social do Sistema Único como proposta pelo movimento sanitário, o INAMPS colocado como objeto de disputa nesse processo, adia a unificação do sistema, bem como a falta de consenso quanto a extensão do direito a assistência médica àqueles que não contribuíam com a previdência. O aprofundamento dessas discussões na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, nos grupos de debate, fundamentado no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, resulta em um projeto de reconstrução do setor, a parte do sistema previdenciário, ou seja, na indicação da criação de um Sistema Único de Saúde e uma Reforma Sanitária ampla.

Dentro dessa perspectiva o governo aprova, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Porém, o INAMPS só é agregando a sua estrutura administrativa, a partir de 1988.

O embate entre setor privatista e sanitarista permanece, expressando-se de forma clara nos debates durante a Assembleia Nacional Constituinte, sendo necessária a articulação efetiva dos constituintes progressistas, na aprovação de um Sistema de Saúde que atendesse aos pressupostos da reforma sanitária, aprovados na 8ª Conferência Nacional de Saúde. As mudanças no arcabouço jurídico

normativo relativo à política de saúde, também expressa essa disputa²², apesar dos avanços expressos na Constituição Federal de 1988.

Com ela o Sistema de Saúde passa a fazer parte do Sistema de Seguridade Social que engloba a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde. Passando a saúde a ser um sistema universal, descentralizado sob a égide do setor público em suas esferas constitutivas: municipal, estadual e federal (CONH e ELIAS, 1996), no qual todos têm direitos aos seus serviços sejam contribuintes ou não da Previdência Social.

Em se tratando da saúde, a forte participação e mobilização do movimento de Reforma Sanitária, leva à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos tripés da Seguridade Social, juntamente com a Assistência e a Previdência Social. Dos três, o SUS é o único de caráter universal, oferecido à população, pelo Estado, independente de contribuição específica para tal. Esse novo modelo representou um avanço significativo na qualidade de vida da população, não apenas pelos serviços por ele oferecidos, pelo seu caráter gratuito, mas também pelo conceito amplo de saúde que utiliza, envolvendo as condições de vida e trabalho, ou seja, um conceito integrado as condições sociais e econômicas, como definido pela Organização Mundial de Saúde, na década de 1970, e reivindicado pelo Movimento Sanitário (SCLIAR, 2007).

Apesar da segmentação da Seguridade Social, ao aprovar em leis distintas o tripé que a conformam, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/90 representou um avanço muito importante na Política de Saúde até esse momento, unindo a medicina curativa e preventiva, através da pactuação entre estados, municípios e Distrito Federal, estendendo-se, inclusive, as comunidades mais remotas do país, que viram os seus sistemas municipais se expandirem e suas necessidades básicas de saúde atendidas em seus respectivos municípios.

As reformas implantadas, nesse período, fugiam ao modelo centralizador da política de saúde e seu financiamento, pelo governo federal, passando a ser financiada de forma tripartite, incluindo a coparticipação dos estados, municípios e do Distrito Federal, de forma integrada, de modo a erradicar a fragmentação e o uso clientelista dos serviços, que passaram a ser um direito do cidadão e dever do Estado.

²² Para aprofundar ver Bravo (2011)

Contudo, isto não significa que o SUS seja algo já conquistado. A manutenção do Sistema de Saúde brasileiro tem se constituído em uma arena de conflitos, principalmente com as transformações implantadas, com as políticas neoliberais dos governos brasileiros a partir da década de 1990, de privilegiamento ao setor privado e aos novos modelos de gestão por eles adotados, delegando às Organizações Sociais, a administração e gestão dos serviços de saúde, na atualidade.

A efervescência social que se processou na sociedade brasileira, a partir da década de 1970 e resultou em uma série de conquistas sociais e políticas, levaram várias categorias profissionais a repensar suas formas de atuação e posicionamento político, entre eles o Serviço Social.

No Serviço Social, Yamamoto e Carvalho (2009, p. 361) afirmam que “A própria realidade apresenta questionamentos políticos que sensibilizam segmentos do meio profissional e se traduzem num início de revisão da prática”. Mesmo não ocorrendo de forma articulada, nos anos de 1980 e 1990 tanto a saúde coletiva quanto o serviço social ampliam o debate teórico em relação ao Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. (BRAVO e MATOS, 2009).

O espraiamento desse movimento contestatório no Serviço Social é denominado por Lima (2005) de Perspectiva de Defesa dos Direitos Sociais²³ por centrar-se na defesa dos direitos da classe trabalhadora. Foram protagonizados pela Pós-Graduação e Organizações da categoria profissional: Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS), o conjunto CFESS/CRESS²⁴, a Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Sociais (Ceneas) e Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

Neste sentido, a realização do III CBAS, em 1979, se configura como o marco decisivo do redimensionamento da atuação profissional, assumindo o compromisso político e coletivo ao lado dos setores populares (BARROCO, 2006). De 1982 a 1984, um novo Currículo de Serviço Social é aprovado e em 1986, aprova-se um novo código de ética, “marcos de um mesmo projeto que propõe o compromisso ético-político com as classes subalternas e a explicitação da direção social da formação e da prática profissional” (BARROCO, 2006, p.170).

²³ Intenção de Ruptura (NETTO, 2010, p.159)

²⁴ Respectivamente Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social.

A partir de então, a categoria assume e institucionaliza o compromisso da defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora e a divulgação da sua visão de mundo. Esse posicionamento exige novas práticas e nova direção política que se confirma com o Código de Ética de 1986 de orientação marxista, mesmo apresentando alguns equívocos, como, por exemplo, o compromisso com uma classe, em vez de compromisso com valores (*Ibidem*).

Essas transformações se traduzem em alguns avanços do Serviço Social na área de saúde, mesmo que insuficientes, como uma postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a formulação de uma proposta de intervenção elaborada pela ABESS, (hoje ABEPSS), pela ANAS e CFAS, (hoje CEFESS) para o Serviço Social no INAMPS e a articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) com outros conselhos federais da área de saúde (BRAVO E MATOS, 2009).

Como podemos observar, as transformações societárias ocorridas nos âmbitos econômicos, políticos e sociais influenciam transformações no Serviço Social e na Política Nacional de Saúde, mudanças essas que se processam concomitantes na dinamicidade da realidade, embora que por atores diferentes.

Quanto ao Serviço Social, o equívoco de se colocar em defesa de uma classe em vez de valores, entre outros, vai resultar na elaboração de um novo Código de Ética, em 1993. Esse representa um avanço teórico e político, se mantendo até hoje como basilar da profissão, juntamente com a Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão - revogando a Lei n 3.252/57 - e as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social (1996). Ainda como resultado dessas transformações, mais recentemente, podemos citar a Resolução 218/97, do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 383/99 que reconhecem o(a) assistente social como um(a) profissional de nível superior que deve integrar a equipe interdisciplinar em saúde. Todo este aparato legal expressam os avanços dos últimos anos no Serviço Social, que conseguiu se repensar e imprimir um novo direcionamento ao seu fazer profissional.

2.3 O Serviço Social enquanto viabilizador de direitos e promoção social, e a saúde a partir dos anos 1990.

*[...] Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
O tempo não para [...]
(Cazuza)*

As transformações operadas no Serviço Social e na área da Saúde são impactadas pelo projeto neoliberal que se solidifica no Brasil a partir da década de 1990. A política econômica adotada sob essa orientação traz sérias consequências as conquistas sociais expressas na Constituição Federal de 1988, provocando uma tensão entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social da redemocratização e a contrarreforma neoliberal, destituindo-a do caráter universal levando ao que Couto (2006) vai chamar de “judicialização do social”, ou seja, para que a população tenha acesso aos direitos instituídos, muitas vezes se faz necessário reclamá-los judicialmente.

Destarte, continuou a distância entre o que é direito instituído na legislação e o que se efetiva no cotidiano das relações sociais, políticas e econômicas contraditórias em nosso país, da mesma forma que ocorria em constituições anteriores.

Centradas no trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização, os ajustes neoliberais contrariam a visão de Estado, expressa na Constituição. Os ajustes neoliberais reduzem os gastos com o social e privatizam a coisa pública, repassando ao terceiro setor a execução das políticas públicas e sociais, entre elas a política de saúde. (DRAIBE, 1993; SOARES, 2001; BEHRING e BOSCHETTI, 2010)

Por outro lado, os seus reajustes econômicos atingem diretamente a classe trabalhadora, resultando no acirramento da questão social. A classe trabalhadora, alijada dos meios de produção, consegue se reproduzir cada vez com mais dificuldades, excluída do mercado e do acesso aos bens de consumo.

Os princípios constitucionais das políticas sociais²⁵ são impactados de tal forma que as mudanças quanto à fragmentação, desarticulação e pulverização das

²⁵ Princípio da universalidade, uniformidade e da equivalência, seletividade e a distributividade, irredutibilidade, diversidade e o caráter democrático e descentralizado (Constituição Federal, 1988, art. 194).

políticas não são superadas. Temos cada vez mais políticas focalizadas, redução dos direitos da seguridade social e sua privatização. Na saúde, este ataque se configura através da refilantropização e das mais variadas formas de privatização. Segundo Yasbeck:

vivemos o momento da refilantropização que visa à substituição da lógica da cidadania, tendo como base o não reconhecimento dos direitos sociais historicamente conquistados [...] alicerçada num discurso humanitário da solidariedade e da filantropia, alavancado por uma moralidade de ajuda aos necessitados (YASBEK, 2001 *apud* MACHADO, 2010, p.75).

Ora, a inserção da saúde na Constituição Federal (CF) de 1988 como um dos itens da Seguridade Social juntamente com a Assistência Social e a Previdência (CF/1988, art. 194), possibilitou a reformulação do Sistema Nacional de Saúde que deveria atender a todos os brasileiros independentemente de contribuição, classe social, raça/etnia e/ou condição social.

Dessa forma, a saúde deveria desenvolver ações e serviços de promoção proteção e recuperação da saúde (art. 196) entendendo o conceito de saúde para além de um estado de ausência de doenças, ou “[um] estado completo de bem-estar físico, mental e social” (CARVALHO *et. al.*, 2007, p. 2/3). Mas, um estado decorrente da relação saúde/doença, que implica condições de vida e trabalho, como defendida pela reforma sanitária, ou seja, as ações e serviços de saúde no atendimento à população deveriam abranger os sujeitos sociais como um todo, de forma a garantir a redução dos riscos de doenças e outros agravos, através de políticas sociais e econômicas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) materializado no arcabouço jurídico é formado por uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de forma descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade (Constituição Federal de 1988, Art. 198, incisos I, II e III).

A descentralização diz respeito à coparticipação no financiamento das ações e serviços de saúde pelo governo federal, os estados, municípios e distrito federal, de forma que as particularidades regionais sejam consideradas no desenvolvimento e oferta dos mesmos, visando, dessa forma, acabar com medidas centralizadas e verticalizadas, que muitas vezes não correspondiam às realidades regionais.

O princípio da integralização objetivava, por sua vez, acabar com a dicotomia entre medicina curativa e preventiva, com a focalização e seletividade das ações, pois essas devem ser desenvolvidas de forma articulada e contínua em todos os níveis de complexidade – baixa, média e alta complexidade – como expressa o inciso II do art. 7º, da Lei 8.080/90 que regulamenta as ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, a participação da população se faz extremamente necessária, sendo esse um dos princípios primordiais ao desenvolvimento de ações e serviços de qualidade, condizentes com a realidade da população. Pois, diante do cenário econômico e político que nos encontramos a pressão, participação e fiscalização popular são meios que podem nos levar a manter o Sistema Único de Saúde brasileiro baseado em princípios democráticos, universal, com igualdade da assistência ofertado pelo Estado.

Pois, vale salientar que este novo sistema até o presente momento não tem se efetivado de forma plena. É importante lembrarmos que o sistema previdenciário brasileiro criou uma conjuntura de fortalecimento do setor privado (CONH e ELIAS, 1996). Na assembleia Constituinte, se por um lado tínhamos a Plenária Nacional de Saúde que defendia os ideais da Reforma Sanitária (democratização do acesso, universalidade das ações e a descentralização), do outro tínhamos a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Indústrias Farmacêuticas Internacionais que defendiam a privatização dos serviços de saúde (BRAVO E MATOS, 2012).

A vitória dos pressupostos da Reforma Sanitária expressa na Carta Magna não significou a extinção das aspirações dos privatistas que, ao contrario, são beneficiados pelas mudanças implementadas no país a partir da década de 1990, com o governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992) e sua política econômica neoliberal de contenção de gastos sociais, racionalização da oferta dos serviços (com foco voltado a população vulnerabilizada) e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, denominado por Bering (2003) de contrarreforma²⁶ do Estado.

Modelo este seguido pelos presidentes sucessores, transformando o SUS em um sistema de saúde pública gerido pelo Estado ‘parceiro’ das empresas de saúde, indústria de equipamentos hospitalares, dos cartéis dos planos de saúde, da

²⁶ Por se tratar do desmonte de uma série de direitos conquistados pela população, na década de 1980.

indústria farmacêutica e das organizações não governamentais (SODRÉ, 2010), o que vai de encontro ao art. 199 da CF de 1988 que determina **a participação do setor privado apenas de forma complementar**.

Dando ênfase a essa discussão, Bravo (2009) alega que, sob o discurso de reduzir os gastos públicos; aumentar a eficiência dos equipamentos públicos; fortalecer a gestão e diminuir as contratualizações entre governo e instituições públicas, o Estado tem adotado medidas como corte nos gastos sociais, retração do setor público por meio de processos de privatização e introduzido mecanismos típicos de mercado no setor público, a exemplo da transferência da gestão da saúde as fundações estatais de direito privado (*Ibidem*). O que tem resultado em serviços precários, desvios do dinheiro público, superfaturamento entre outros escândalos vinculados na mídia nacional e internacional.

Este momento tem diluído, muitas vezes, o caráter igualitário e universal dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, entre eles a saúde pública de qualidade (MACHADO, 2010). Essas transformações vão de encontro ao que formaliza o texto constitucional e aos ideais da Reforma Sanitária que aponta a necessidade do Estado assumir explicitamente a política de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Contudo, o que temos observado são a independência e fortalecimento cada vez maior do setor privado e o distanciamento/ausência do Estado no atendimento a população, deixando a saúde à disposição da livre concorrência do mercado, eximindo-se das suas obrigações enquanto regulador e provedor dos direitos sociais.

É importante compreendermos que o aparelhamento do Estado brasileiro não estava preparado para garantir o princípio constitucional da universalidade proposto, o que deu respaldo para a oferta dos serviços de saúde junto ao setor privado, contudo estes deveriam ter um caráter temporário, na medida em que, progressivamente, o estado assumisse esse setor:

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de

garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. (RELATÓRIO FINAL 8ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 12)

A inversão disso nos permite perceber a força do setor privatista, pois mesmo não conseguindo que o seu projeto fosse aprovado na Constituição Federal de 1988, conseguiu garantir mecanismos que possibilitassem a sua manutenção, como parceiro do Estado na oferta dos serviços, inclusive com o privilegiamento das entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, expresso no § 1º do art. 199 da CF de 1988, ratificado pela Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS.

Contudo, na Lei 8.080/90, está explícito que os serviços privados poderão ser buscados apenas quando constatada a insuficiência do Estado em cobrir a assistência à população:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.(Lei 8.080, 19 de setembro de 1990)

Porém são nas brechas do arcabouço jurídico que a política neoliberal – através da sua política de estado mínimo para o social – tem se apropriado e transformado o caráter complementar em uma parceria definitiva com o fortalecimento do setor privado e a precarização do público. Aquele sendo uma fonte cada vez maior de captação de recursos como demonstra o orçamento do setor saúde. O que por outro lado nos mostra que a falência do setor público decretada pelas instâncias estaduais e municipais é uma falácia para dar continuidade ao fortalecimento e privilegiamento do setor privado.

Este recuo do Estado, em favor do setor privado, sob direcionamento da política neoliberal traz sérias consequências à atuação profissional, em especial àqueles cujos direcionamentos político-ideológicos os coloca a atuar na perspectiva do direito, na universalização e integralização dos serviços, sempre lutando pela qualidade na prestação dos mesmos, como é o caso dos(as) assistentes sociais, sob a Perspectiva de Defesa dos Direitos Sociais.

Mesmo sendo, na atualidade uma das áreas que mais emprega assistentes sociais, essa ampliação não se dá sem conflito, pois as transformações operadas no

interior da profissão se choca com os ideais da política econômica e social adotada no país nestas últimas décadas. E isso coloca, por assim dizer, os(as) assistentes sociais em uma zona de conflito entre o projeto privatista que se fortalece nessa conjuntura e o Projeto de Reforma Sanitária em conformidade com o seu projeto profissional gestado no final da década de 1970 e consolidado na década de 1990.

Ao(a) assistente social nesta conjuntura lhe é demandado pelo projeto privatista atuar na seleção sócio econômica dos(as) usuários(as), na atenção psicossocial por meio de aconselhamento, ações fiscalizatórias aos(as) usuários(as) dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Pelo Projeto da Reforma Sanitária lhe é demandado a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado e de qualidade, estratégias de interação das instituições de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2012, p. 37).

Esses dois perfis exigidos acabam por ressaltar, na atuação profissional, um discurso que não corresponde à prática, pois ao mesmo tempo em que verbalizam o compromisso com a população usuária, reforçam os objetivos da instituição enquanto trabalhadores(as) assalariados(as), submetidos(as) às condições e limitações impostas pelo(a) empregador(a) e, ao mesmo tempo, acabam indo de encontro ao que lhes propõem o Código de Ética Profissional instituído pela Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, desviando-se de suas funções e dos princípios que ele(a) reafirma em conformidade com seu projeto profissional.

Assim, cabe ao(a) assistente social inserido nesse espaço, uma articulação com os demais movimentos de trabalhadores(as) e usuários(as) que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso a todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição; não se submeter aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir e/ou efetivar espaços de discussão que garanta a participação popular nas decisões a serem tomadas, bem como criar um ambiente propício à defesa e participação crítica dos(as) funcionários(as) nesses espaços e estar em um processo contínuo de formação/reciclagem (BRAVO e MATOS, 2012).

Apenas dessa forma, criando uma correlação de forças favorável, um amplo conhecimento na área do seu arcabouço jurídico e da legislação em vigor, o(a)

assistente social nesse espaço poderá atuar em consonância com seu projeto profissional. É necessário criar o seu espaço, e isso exige poder de articulação, conhecimento crítico e habilidades profissionais,

não se pode ficar acuado frente os obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social (BRAVO e MATOS, 2012).

Isso é claro se pretendemos atuar na luta pela autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; na defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; na defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; em favor da equidade e justiça social; na eliminação de todas as formas de discriminação; na garantia do pluralismo; na construção de um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária; no compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, com o aprimoramento intelectual e competência profissional (CFESS, 2011).

Não podemos nos resignar e adotarmos o fatalismo. Atuar nessa conjuntura com um projeto crítico é um desafio que precisamos encarar na luta pela justiça e equidade social. Claro que sozinhos não chegaremos a lugar algum, por isso precisamos estar articulados às demais categorias profissionais e, a nossa própria nos espaços de lutas, pois nenhuma conquista à classe trabalhadora se deu de forma contrária. Se hoje os(as) assistentes sociais conseguiram uma carga horária de trinta horas, por exemplo, é porque houve uma articulação, formando uma correlação de forças, que permitiu a categoria articular-se politicamente e desafiar os(as) empregadores(as).

O projeto profissional atual visa atender aos direitos sociais, colocando-os como prioridade no âmbito da profissão. O projeto neoliberal, ao contrário, atribui toda responsabilidade ao indivíduo, que deve estar submetido às leis do mercado, as quais serão responsáveis por suprir-lhes as necessidades, e, deste modo, cada um deve galgar uma posição nessa sociedade. O valor ético exigido é a ascensão individual não importando o que se deva fazer para tal. Caso não consiga tal ascensão a responsabilidade é do sujeito, o qual não soube aproveitar as oportunidades oferecidas pelo mercado que são “iguais para todos”.

Tendo em vista o contexto contraditório de sua efetivação expressas nas mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na sociedade que afetam diretamente a classe trabalhadora, entre eles o(a) assistente social, a efetividade desse projeto vem sendo contestada.

A atuação do profissional na Perspectiva da Garantia do Direito, a autonomia é fundamental, pois como ressalta Simões (2009) a autonomia profissional do(a) assistente social está vinculada à perspectiva do direito em sentido universal, a da sociedade do mercado está relacionada à perspectiva do direito individual, de ascensão pessoal. Assim, é essa autonomia que o permitirá suplantar as requisições institucionais, criando o seu próprio espaço, legitimando a sua atuação, conforme o Código de Ética Profissional e demais arcabouços juridicolegal.

Dessa forma, o Código de Ética Profissional na alínea *h* do art. 2º delibera que o(a) profissional tem ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado(a) a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções. Contudo, essa autonomia tem se mostrado um ponto de conflito, tendo em vista as relações de trabalhos fragilizadas pela flexibilização dos contratos de trabalho, que submetem os profissionais as diretrizes e ações impostas pelos(as) empregadores(as), colocando-os(as) como mero(a) executores(as) de projetos e programas, tirando-lhes a liberdade da atuação e a criatividade do(a) profissional na execução das atividades (NETTO, 2005).

Nas empresas, por exemplo, muitos(as) profissionais são chamados(as) a atuar de forma policialesca, o que significa uma regressão nas práticas profissionais, ferindo os princípios e diretrizes do atual Código de Ética Profissional.

O autoritarismo, paternalismo e moralismo, ainda presentes na sociedade, continuam se refletindo na atuação profissional, que, associadas à atuação dos governantes, utilizam as políticas sociais em benefícios próprios, para fins partidários, eleitores e clientelistas. A omissão profissional é recorrente nesses casos, em diversos espaços ocupacionais. Isso porque, o profissional pode colocar-se ao lado do projeto da ordem vigente atuando em contraposição com o seu projeto profissional²⁷ (MOTA, 2003 e SIMÕES, 2009).

Portanto, é a autonomia profissional uma das prerrogativas que possibilitará ao(a) profissional especializado(a) o exercício de suas competências e atribuições

²⁷ É importante frisarmos que esse posicionamento é punível pelos órgãos fiscalizatórios da profissão as Comissões de Orientação e Fiscalização do Conjunto CFESS/CRESS (COFIs).

privativas na busca pela garantia da eficácia e efetividade dos direitos sociais como expressão do direito coletivo, assegurados pela Constituição Federal de 1988.

O(a) profissional deve estar compromissado(a) com o seu projeto profissional na luta pela garantia dos direitos sociais e coletivos e colocar as políticas como um direito e não como “moeda de troca”, seja em proveito próprio ou da instituição ou mesmo do gestor político.

O(a) profissional assistente social tem como objetivo estar junto à classe trabalhadora na luta pela universalização das políticas sociais como um direito do cidadão(ã) e um dever do Estado em provê-las, posicionando-se contra o assistencialismo e a favor da maior participação dos(as) usuários(as) na formulação de políticas que atendam aos seus reais interesses, visando a sua ampliação sob condições adequadas.

O(a) assistente social deve demonstrar a viabilidade do Projeto Ético Político e seu potencial renovador na afirmação dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs (IAMAMOTO, 2002). Intervindo diretamente na questão social de forma a viabilizar o acesso dos(as) seus(suas) usuários(as) ao tripé da seguridade social: saúde, previdência e assistência social e nos demais programas de distribuição de renda do governo federal de forma a propiciar uma vida digna aos cidadãos e cidadãs brasileiros/as.

Para tanto, o conhecimento e o posicionamento teórico se faz extremamente necessário. Contudo, esse conhecimento sofre as inflexões do neoliberalismo, cuja influência chegou à política educacional e, como tal, defende uma educação voltada para o mercado, com cursos oferecidos por instituições privadas preocupadas, na maioria da vez, com o lucro em vez da qualidade do ensino em uma perspectiva crítica.

Tais medidas têm contado com o incentivo do governo federal, que fortalece a mercantilização da educação desvinculando-a, ou melhor, destituindo-a do seu caráter de política social (BOSCHETTI, 2004). Em muitas dessas universidades não se faz a discussão das polêmicas que envolvem a profissão, formando profissionais suscetíveis de serem sugados pelo projeto neoliberal, desvinculando-se daquilo que deveria ser atribuições e competências do Serviço Social.

As atribuições do(a) profissional do Serviço Social são norteadas pelo Código de Ética que estabelece os direitos e deveres do(a) assistente social e a forma de relacionar-se, seja com o empregador(a) seja com os(as) demais profissionais. No

entanto, as novas demandas que chegam a esse(a) profissional e a seletividade das políticas públicas constituem-se em um desafio, pois ao mesmo tempo em que se intensificam e aumentam as demandas, intensificam-se as condicionalidades para o acesso e os meios para suprimi-las.

Agregam-se a esses fatos a sobrecarga de trabalho, os desvios de função e os baixos salários que acabam por criar no(a) profissional uma sensação de impotência, levando-os ao fatalismo.

Estes fatores colocam ao(a) profissional que lida diretamente com as mais variadas expressões da questão social um hercúleo desafio: o de re-descobrir alternativas e possibilidades de atuação de forma a traçar horizontes e formular propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles(as) que a vivenciam (IAMAMOTO, 2010).

Aos(as) assistentes sociais na área da saúde, esse desafio se amplia, em especial quando os serviços são oferecidos por instituições filantrópicas, onde se mesclam os serviços via SUS e particulares. Neles, o(a) profissional se vê obrigado(a) a informar serviços que a instituição oferece via desembolso direto do(a) usuário(a). O que implica, muitas vezes, na limitação das informações concernentes aos direitos garantidos na legislação social.

O Serviço Social necessita estar próximo aos sujeitos sociais se fazendo conhecer, refletindo acerca das relações cotidianas e tentando construir, junto com os outros sujeitos coletivos, a possibilidade e a viabilidade de um novo projeto societário que transforme a realidade social da classe trabalhadora.

Vivemos em um momento crucial para a profissão em que se faz necessário um posicionamento crítico ante a realidade social, e um posicionamento político mais firme, de forma a prevalecer no cotidiano do fazer profissional, o projeto coletivo da profissão mesmo nas equipes multi e/ou interdisciplinar, aonde as competências e atribuições profissionais tendem a ser confundidas.

Neste sentido, os espaços ocupacionais e as individualidades profissionais precisam ser respeitadas, de forma que a identidade profissional seja preservada, pois cada profissional deve assumir o seu papel e tratar de suas especificidades, sem perder de vista o trabalho coletivo.

Portanto, toda e qualquer atribuição designada ao profissional deve estar à luz das competências e atribuições constantes nos art. 4º e 5º da Lei 8.662/93 que é o nosso guia, pois nela estão contidas as atribuições genéricas em matéria, área e

unidade de Serviço Social, desempenhadas em todos os espaços ocupacionais. Desse modo, todo(a) o(a) profissional, independentemente de sua posição moral e valores individuais, estão subordinados ao Código de Ética, à Lei 8.662/93 e às resoluções do CFESS, justamente por se tratar de um projeto societário profissional construído coletivamente, mesmo que não representem o posicionamento de todos(as) os(as) profissionais inseridos(as) nessa categoria.

No que diz respeito ao(a) profissional inserido(a) na área da saúde, o CFESS, baseado nos artigos acima referidos, elaborou os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, o qual define as suas competências e atribuições nessa área. Devendo os mesmos serem observados independente do trabalho ser realizado no setor público ou privado, seja este sem fins lucrativos ou filantrópicos.

Sendo assim, vejamos como se dá essa atuação num hospital filantrópico que atende, em sua maioria, demandas advindas do Sistema Único de Saúde, o Hospital Luiz Antonio, unidade I, da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, hospital de referência ao(a) usuário(a) oncológico, no Estado do Rio Grande do Norte.

3 A LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, O HOSPITAL LUIZ ANTONIO E O SERVIÇO SOCIAL.

*Não só as instituições podem aprisionar pessoas,
mas as próprias pessoas podem ser prisioneiras
das sua instituições e de suas próprias convicções.
(PEIXOTO)*

A Liga Norte Riograndense Contra o Câncer é um Centro de Alta Complexidade em Oncologia II (CACON II). Formada por seis Unidades: **Centro Avançado de Oncologia (CECAN)**; **Hospital Luis Soares – Policlínica**; **Departamento de Ensino, Pesquisa e Educação Comunitária (DEPECON)**; o **Hospital de Oncologia do Seridó (HOS)**; a **Casa de Apoio Irmã Gabriela** e o **Hospital Luiz Antonio (HLA)**. Ela é uma entidade filantrópica que atua conveniada ao Sistema Único de Saúde e setor privado no atendimento aos(as) usuários(as) com câncer. Fundada em 17 de julho de 1949, na antiga casa de recolhimento, que passou a se chamar Hospital Luiz Antonio (HLA), a partir de 1961, em homenagem a um de seus fundadores.

Inicialmente, tinha como objetivo oferecer tratamento e hospitalização a usuários(as) com câncer. Contava com uma equipe de médicos(as), enfermeiros(as) e voluntários(as). Nesse momento sua missão era levar mais qualidade de vida aos(as) usuários(as).

Atualmente, a Liga desenvolve estudos e pesquisas atuando na formação de profissionais da área oncológica, na prevenção, acompanhamento, reabilitação e cuidados paliativos. Tem como missão: “gerar e difundir conhecimento em saúde priorizando a oncologia, com competência e responsabilidade social” (CERTIFICADO LIGA, 2012), primando pela “ética, aperfeiçoamento contínuo, competência, responsabilidade social, humanização e filantropia” (*idem*). Sua visão de futuro é ser reconhecida como centro nacional de referencia no tratamento, ensino e pesquisa em oncologia até 2020.

Atendendo ao disposto na portaria Nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005, que dispõe acerca das especialidades e estrutura necessária a um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), a liga dispõe de equipamentos, especialidades médica e multiprofissional necessária à atenção oncológica, no que diz respeito ao tratamento e reabilitação dos seus usuários.

Dessa forma, oferece serviços de cirurgia oncológica, de oncologia clínica, radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica. Suas estruturas físicas e funcionais dispõem de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos em cabeça e pescoço, radioterapia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), controle de infecção hospitalar e diagnóstico por imagem, atuando com uma equipe médica multidisciplinar, em hematologia, mastologia, medicina nuclear, oncologia clínica adulto e oncologia pediátrica, Serviço Social, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição.

Possui uma estrutura administrativa composta por um presidente, um Conselho Curador, uma diretoria executiva, um Conselho Fiscal e três assessores.

No que se referem as suas unidades, o DEPECON, instalado no CECAN atua no desenvolvimento de pesquisas e ensino, com residência médica na área de mastologia, radioterapia, cancerologia clínica, cancerologia pediátrica, cancerologia cirúrgica, medicina intensiva, psiquiatria e Serviço Social. Oferece bolsas a estudantes de graduação com o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq. Mantém parceria e convênios com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a Universidade Potiguar (UNP) e a Faculdade Executiva (FACEX).

O CECAN atua nos setores de radioterapia, quimioterapia e medicina nuclear e atende as principais especialidades médicas: mastologia, urologia, oncologia clínica, gastroenterologia, patologia, cardiologia, cirurgia geral e nuclear. Realiza, ainda, procedimentos como tomografias computadorizadas, ultrassonografia, mamografias, raios-X e ressonâncias magnéticas.

A Policlínica é o Hospital Geral da Liga e sua especialidade vai desde a oncologia pediátrica à estética. Possui oitenta e um leitos para internação, centro cirúrgico, pronto socorro, quimioterapia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, raio-X, colonoscopia e endoscopia digestiva e uma unidade de pediatria e terapia intensiva.

Já o HOS, em Caicó, além dos serviços ambulatoriais, dispõe das especialidades de cabeça e pescoço, oncologia clínica, mastologia e urologia.

A Casa de Apoio Irmã Gabriela é administrada e mantida pela Rede Feminina Contra o Câncer servindo como ponto de apoio aos(as) usuários(as) do interior que necessitam de tratamento oncológico, principalmente àqueles(as) de baixa renda, mas também àqueles(as) que precisam realizar o tratamento todos os dias e o traslado se constitui em um transtorno. Ela conta com um bazar, estacionamento

para funcionários(as), refeitório para aproximadamente sessenta pessoas, sala de estar, recepção, despensa, banheiro adaptado, elevador, sala de reunião, sala espiritual, três apartamentos adaptados, sete apartamentos femininos com quatro lugares cada e quatro apartamentos masculinos também com quatro lugares cada.

O hospital Luiz Antônio, unidade I da Liga, local onde realizamos o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, campo da pesquisa aqui apresentada é um CACON, oferecendo serviços, estrutura física e funcional requisitada pela portaria Nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005.

O público mais frequente do HLA é o idoso, porém pessoas de todas as idades e sexos são atendidas pela sua equipe multiprofissional formada por técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) (oncologista, ginecologista, nefrologista, cirurgião vascular e oftalmologista), fonoaudiólogos(as), assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogos(as) e equipe técnico-administrativa.

Ele conta com “quatro salas e consultórios de várias especialidades, dentre as quais se destacam cabeça e pescoço, clínica médica, ginecologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, proctologia e cirurgias gerais.” (Liga, 2012). Conta ainda, com sete²⁸ enfermarias²⁹, num total de 104 (cento e quatro) leitos, sem contar os destinados a usuários(as) vindo de outras instituições (isolamento), conforme apresentados e distribuídos no quadro a seguir:

²⁸ Incluindo o CSO que dispõe de cinco leitos para intercorrências clínica.

²⁹ Houve modificações na estrutura acrescentando uma enfermaria e conseqüentemente aumentando o número de leitos. No momento da elaboração do projeto a estrutura era a seguinte: “seis enfermarias, num total de 98 (noventa e oito) leitos, sendo duas enfermarias clínica (uma masculina com sete leitos e uma feminina com seis leitos); cinquenta e oito leitos cirúrgicos dos quais trinta e quatro são reservados aos pacientes da cirurgia geral, dezesseis da cabeça e pescoço, seis de cirúrgicos da mastologia, dois cirúrgicos da cirurgia plástica; sete apartamentos para isolamento de paciente Liga vindo de outros hospitais; seis para pacientes da hematologia; nove da oncologia clínica (quimioterapia – QT); 05 (cinco) leitos para intercorrências oncológicas (CSO) de pacientes da Liga.” (Cortez, 2012)

Quadro II
Distribuição de leitos por enfermaria e especialidades

| ENFERMARIA | QUANT. | QUANT. DE LEITOS | DISTRIBUIÇÃO |
|----------------------|--------|------------------|--|
| Enfermaria clínica | 02 | 18 | 10 masculinos ³⁰ |
| | | | 08 femininos |
| Enfermaria cirúrgica | 04 | 66 | 24 para pacientes da cirurgia geral |
| | | | 20 para pacientes da cabeça e pescoço |
| | | | 07 para pacientes da mastologia |
| | | | 04 para pacientes da cirurgia plástica |
| | | | 08 leitos para paciente de procedimentos urológicos |
| | | | 03 <i>day clinic</i> ³¹ |
| Apartamentos | 03* | - | Isolamento |
| Enfermaria | 01* | - | Isolamento |
| Enfermaria | 01 | 05 | Para pacientes da hematologia |
| Enfermaria | 01 | 10 | Oncologia clínica/quimioterapia |
| Enfermaria | 01 | 05 | Para pacientes Liga com intercorrências clínicas (CSO) |
| Total | | 104 | |

*A enfermaria dispõem de dois leitos + os três apartamentos, somando-se cinco leitos. O que dificulta a transferência de pacientes, acompanhado pela própria liga, internados de urgência em outros hospitais.

Fonte: elaboração própria a partir de relação entregue pela instituição aos profissionais de Serviço Social.

Além do atendimento de referência médico hospitalar de média e alta

³⁰ A depender da demanda, três desses leitos poderão ser também femininos.

³¹ Destinados a pacientes que realizaram pequenas cirurgias, e que, portanto, não precisam de internamento.

complexidade oferecida em suas Unidades, a Liga dispõe do trabalho voluntário desenvolvido por mulheres da sociedade natalense – a Rede Feminina Contra o Câncer (RFCC) – fundada pela professora e obstetra Maria Alice Fernandes, em 1967, com a finalidade de ajudar o HLA na arrecadação de fundos para aquisição de equipamentos necessários ao melhor atendimento aos(as) seus(suas) usuários(as). A RFCC tem como missão auxiliar na prevenção e no tratamento dos(as) usuários(as), oferecer carinho e solidariedade na busca por minimizar o sofrimento e elevar a autoestima das vítimas do câncer.

Sua função social é difundir na sociedade informações básicas sobre o câncer e para isso dispõe de um Departamento Educacional de Divulgação formado por um grupo de voluntárias, geralmente mulheres que foram acometidas pelo câncer e ficaram livres da doença ou que conseguem sobreviver com ele com boa qualidade de vida e otimismo. Esse grupo promove palestras e campanhas educativas na comunidade difundindo informações básicas sobre a doença, principalmente sobre o câncer de mama, visando à prevenção e/ou o seu diagnóstico em fase inicial.

Outro grupo de voluntárias forma o Departamento Espiritual da Liga o qual assiste e presta apoio aos(as) usuários(as) albergado na Casa de Apoio Irmã Gabriela e visitam os(as) usuários(as) internados(as) no HLA.

A RFCC dispõe de um Departamento Social responsável por promover eventos com a finalidade de angariar fundos para a manutenção da Casa de Apoio e ações desenvolvidas pela Liga, uma das atividades mais famosas do grupo são os bingos beneficentes realizados para atingir a finalidade da rede, além da organização do bazar da casa de apoio Irmã Gabriela.

O Setor de humanização na Liga está voltado ao atendimento e bem estar do(a) usuário(a) em tratamento e/ou reabilitação daqueles(as) que passaram pelo tratamento contra o câncer e/ou convivem com o mesmo. Para tanto, conta com um Departamento de Acolhimento que serve cafezinho reforçado àqueles(as) que aguardam atendimento médico e aos internados no HLA, além de receber e treinar candidatas ao voluntariado. Outro grupo de voluntárias confecciona próteses mamárias para distribuírem entre as mulheres que fazem a mastectomia.

Nas datas comemorativas, as voluntárias, juntamente com a equipe de humanização, organizam festas com os(as) usuários(as) que estão na casa de apoio e também com os que estão internados no hospital. No Natal, geralmente realizam a festa natalina dos(as) usuários(as), funcionários(as) e voluntárias.

A equipe de voluntárias realiza passeios com os(as) usuárias da casa de apoio em pontos turísticos da cidade de Natal e com o Grupo Vozes do amor, que é formado por usuários(as) laringectomizados. Esses encontros são realizados mensalmente. Uma vez no ano, um desses passeios é organizado pelo Serviço Social do HLA, porém o grupo não é de responsabilidade do Serviço Social, somente a organização do passeio (viabilizar local, transporte, lanche, etc), esse grupo é coordenado pela fonoaudióloga e psicóloga, sendo o único grupo que conta com profissional especializado.

O Grupo Despertar é outra equipe formada por aproximadamente sessenta e cinco voluntárias, geralmente mulheres que passaram pela experiência do diagnóstico e do tratamento de câncer de mama. “O objetivo da iniciativa é apoiar e levar alento a mulheres com a doença, por meio da orientação e humanização do processo de terapia” (LIGA). Elas realizam reuniões, palestras educativas, acompanhamento pré e pós-cirúrgico, visitas hospitalares e domiciliares, realizam ainda sessões semanais de yoga, terapia ocupacional e mantém o grupo “Coral Vozes do Despertar” formado também por mulheres que foram vitimizadas pelo câncer.

Além do bazar da Casa de Apoio já referido, a Liga tem também bazar em todas as suas unidades sob responsabilidade da equipe de humanização. O montante arrecadado é utilizado, entre outros fins, para a realização das atividades comemorativas e realização de exames de usuários(as) internados pelo SUS cujos exames não são cobertos pelo mesmo.

Há, portanto, toda uma equipe de voluntariado engajada na assistência aos(as) usuários(as) com câncer e na divulgação da doença e sua prevenção.

Podemos observar uma estreita relação entre as ações desenvolvidas pela Rede Feminina Contra o Câncer e as desenvolvidas pelo Setor de Humanização. Nesse sentido, é importante salientar que a Política Nacional de Humanização (PNH) não se restringe a criar um ambiente acolhedor e confortável aos usuários dos serviços de saúde. A PNH implica em uma política de ampliação dos serviços, da melhoria das condições de trabalho e qualidade dos serviços prestados e ações desenvolvidas. Portanto, não deve estar “associada a atitudes humanitárias, de caráter filantrópicos, voluntárias e reveladoras de bondades, um favor” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNH, 2004, p.6), mas sim, a ações que expressem a saúde como um direito dos sujeitos.

A Política Nacional de Humanização (PNH) deixa claro que “Humanizar é, [...] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (*ibidem*). O que implica em troca de saberes usuário/familiar e profissional, considerar as necessidades sociais, os desejos e interesses dos envolvidos no processo saúde/doença.

Nesse sentido pressupõe a compreensão de saúde como definido pela Reforma Sanitária, resultante das condições de vida e trabalho, o que requer a articulação em rede com as demais políticas, e o desenvolvimento de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, o que não envolve apenas o tratamento profilático e o usuário direto dos serviços, mas seus familiares e sua rede de relacionamento. Ou seja, a humanização é uma estratégia que visa contribuir para a “atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos(as) trabalhadores(as) e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo” (*ibidem*, p. 9). Isso implica, ainda, em participação dos(as) trabalhadores(as) e usuários(as) nos processos de discussão e decisão (*ibidem*, p. 11)

Diante do já exposto e dar análise da PNH, podemos perceber que as ações de prevenção, demandam o envolvimento de profissionais qualificados que integrem a equipe de saúde, e não de ações de voluntários(as) e leigos(as).

É nesse sentido que contestamos, o não envolvimento do(a) assistente social, nas campanhas educativas desenvolvida nas comunidades pela referida instituição. Pois, o Serviço Social da Liga não está envolvido diretamente nessas atividades, tendo em vista que esta não é uma demanda posta ao Serviço Social pela instituição, ficando o mesmo responsável por atividades técnico-administrativas, principalmente o Serviço Social do Hospital Luiz Antonio, retira-se desse(a) profissional uma de suas ações na área de saúde, que se constitui em “elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde” (CFESS, 2009).

Por outro lado, é interessante ressaltarmos a fragilidade do SUS frente às exigências da sociedade capitalista. Primeiro, através da precarização dos serviços oferecidos pelos hospitais conveniados que chegam ao ponto de necessitar da ajuda da sociedade civil organizada para se manter. Segundo, exames básicos não são

cobertos aos(as) usuários(as) em um hospital que atende, praticamente, 100% SUS, como é o caso do HLA, ou seja, onde os atendimentos e procedimentos realizados são financiados pelo SUS. Terceiro, ao reforçar o voluntariado, reforçando a benemerência e a caridade, desresponsabilizando o Estado e não garantindo a universalidade do atendimento.

Apesar das transformações na política de saúde a partir da constituição de 1988, os impactos neoliberais às políticas sociais e a mudança na relação estado/sociedade implementadas a partir da década de 1990 tem, cada vez mais, incentivado o incremento do setor privado na oferta das políticas sociais e reforçado a filantropia.

O setor filantrópico sempre foi um grande aliado do Estado, seja quando esteve à margem das políticas sociais, inclusive a de saúde, seja nas últimas décadas como prestador de serviços diretos e indiretos ao Estado, com o Sistema Único de Saúde, no qual vem assumindo o papel de principal provedor dessa política, principalmente na alta complexidade, quando a proposta do movimento sanitário era o inverso, o Estado ampliando suas ações, serviços e estruturas físicas e aquele aos poucos sendo desresponsabilizado.

Porém fica claro o interesse do setor privado nesse nicho de mercado, tendo em vista a alta lucratividade do setor, seja pelo desembolso direto dos usuários, seja pelos repasses do SUS, pelos serviços de alto custo ofertados por esse setor aos usuários do Sistema, além das isenções fiscais e trabalhistas.

Apesar de estarmos há vinte e sete anos da aprovação da Constituição Federal, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196) e há vinte e três anos da aprovação do SUS, a lógica dos serviços de saúde não tem se modificado, parte dos recursos estatais são destinados ao setor privado, que não sobreviveria sem estes.

A estrutura pública é cada vez mais sucateada e o atendimento transferido ao setor privado. O atendimento que deveria ser complementar – apenas em casos em que o estado não dispusesse dos serviços (art. 24 da Lei 8.080/1990) tem se tornado cada vez mais suplementar, isto por conviência e conveniência estatal. O Estado corta investimentos do sistema público estatal, sucateia os serviços e os transfere ao setor privado, sustentando a manutenção e o crescimento do setor. Assim, o financiamento público não confronta o privado, entre ele, encontra-se o setor filantrópico, que recebe amplos subsídios do Estado.

Segundo Santos, Ugá e Porto (s/d), com exceção de alguns países, não existem formatos “puros” de um dos três tipos clássicos de sistema de saúde: o Sistema Nacional de Saúde com prestação estatal e financiamento exclusivamente tributário; o Sistema de Seguro Social financiado exclusivamente por meio de contribuição de folhas de salários e o Sistema de Saúde Liberal – oferecido exclusivamente pelo mercado.

Para eles, o que existe são “sistemas de saúde mistos, que mesclam elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento dos mesmos” os quais são resultados da própria história da construção desses sistemas, a exemplo do Brasil, onde o sistema público apresenta um mix público-privado a partir da oferta, utilização de serviços de saúde e do financiamento destes, contemplados com subsídios entre o Estado e Setor privado (*idem*, p.2 e 3).

Os autores concluem que apesar do sistema de saúde brasileiro ser considerado constitucionalmente como universal e integral, o setor privado prestador de serviços, bem como o segmento de seguradoras e operadoras de planos, que formam o mix público-privado brasileiro são subsidiados pelo Estado através das renúncias fiscais (*idem*,p.9).

Nas instituições filantrópicas da área da saúde, estas devem apresentar/comprovar anualmente o percentual de atendimento ao SUS, de pelo menos 60% nos seus serviços, o que redundará em renúncia fiscal sobre o imposto de renda devido, tanto em relação à pessoa física (pessoal) quanto em relação às empresas, o que, segundo os mesmos autores, leva o Estado a investir, indiretamente, em serviços privados.

No que se refere ao atendimento oncológico, o Estado não investe em estruturas próprias que venham atender a demanda que tem aumentado consideravelmente, sem contar que este serviço de alta complexidade, sempre foi relegado pelo poder estatal, deixando-os a cargo dos hospitais conveniados, trazendo sérias implicações aos serviços oferecidos e ao atendimento da demanda crescente.

É o que identificaram Girardi, Cherchiglia e Araújo (2001) em pesquisa realizada nas entidades filantrópicas brasileiras, pois essas instituições são cada vez mais subsumidas pela terceirização que vai desde a limpeza à contratação de

serviços e profissionais médicos. Por outro lado, apenas 13% dos hospitais filantrópicos oferecem serviços oncológicos.

O HLA, inserido dentro desta lógica do sistema de saúde brasileiro, por mais que se esforce não consegue atender à demanda da população, que se vê obrigada a enfrentar filas de espera tanto nos procedimentos cirúrgicos quanto no tratamento com quimioterapia e demais serviços requisitados na área oncológica, mesmo com os investimentos estatais.

Os serviços especializados, pois, requerem elevada quantidade de investimento, tanto para a aquisição de equipamentos necessários ao tratamento, pesquisa e diagnósticos dos problemas oncológicos, quanto para o aprimoramento constante dos serviços e capacitação dos(as) profissionais.

Por outro lado, as despesas com profissionais também são altas, o que leva ao investimento no voluntariado e, mesmo assim, há quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda, sobrecarregando os(as) trabalhadores(as) do hospital e levando-os(as) a desenvolver ações que fogem às suas competências e atribuições.

Estas condições vão de encontro à concepção de saúde como direito fundamental, que deve ser atendido pelo Estado de acordo com a Constituição Federal de 1988. Pois, o Sistema de Saúde, como institucionalizado na Constituição Federal de 1988, além de reconhecer a saúde como um direito fundamental do ser humano, entende as ações e os serviços públicos de saúde como resultado de políticas sociais e econômicas, ou seja, adota um conceito ampliado de saúde – que envolve as condições de vida e trabalho – o que supera a simples assistência médico-hospitalar curativa.

As ações e serviços ofertados nas instituições filantrópicas, além de reforçar a cultura do favor, desresponsabiliza o Estado, dificulta o atendimento no sentido da integralidade e universalidade e, por outro lado, consiste em ações permeadas da lógica produtivista e despolitizadas. Esta última trazendo sérias implicações às profissões com direcionamento crítico e propositivo, que atuam na perspectiva do direito em seu sentido amplo, como é o caso do Serviço Social, que nesses espaços são chamados a desenvolver atividades de caráter técnico, aligeirado, desprovido da racionalidade ontológica.

A reflexão ontológica é importante para qualquer profissão que trabalha com o ser humano e, com o Serviço Social, não é diferente, tendo em vista a perspectiva

de sua atuação no atendimento aos direitos sociais do ser humano em sentido genérico. Devendo assim, aliar conhecimento teórico-metodológico e a realidade dos(as) usuários(as) para desenvolver suas ações no sentido das transformações da realidade dos(as) mesmos(as).

A forma aligeirada nos atendimentos implica diretamente na identificação dessas demandas, pois o diálogo/comunicação, ferramenta/instrumental privilegiado de trabalho desse(a) profissional, é inflexionada, impossibilitando além da identificação da demanda, a possibilidade de novas formas de intervenção.

Os sujeitos que chegam aos serviços de saúde, geralmente, vêm de um longo processo de negação de direitos e naquele momento, o Serviço Social estará sendo a mais importante porta de entrada que dá acesso aos serviços públicos.

Assim, o diálogo será fundamental para inseri-lo no processo de forma qualificada, não atendendo apenas a demanda imediata, mas indo além, conhecendo a realidade dos(as) seus(suas) usuários(as), desenvolvendo a sua consciência crítica e, em alguns casos, apontando os caminhos a serem seguidos.

Essa forma de atuação exige um ambiente democrático, no qual o(a) profissional possa desenvolver suas ações baseadas no código de ética, na lei de regulamentação da profissão e demais legislação da área. Contudo, a exigência de outras atividades esgota as energias do(a) trabalhador(a), dificultando o desenvolvimento daquilo que ele(a) acredita ser mais prioritário (VASCONCELOS, 1991, p. 136).

Por outro lado, leva esse(a) profissional a ser reconhecido(a) na instituição pelas atividades técnicas que desenvolve, trazendo sérias implicações à identidade profissional e ao atendimento de demandas próprias da sua profissão, como já vimos sinalizado no decorrer da nossa discussão, tese essa confirmada pela pesquisa aqui apresentada desenvolvida com os(as) profissionais que trabalham direta ou indiretamente com os(as) assistentes sociais no Hospital Luiz Antonio.

3.1 O Serviço Social no HLA: uma visão multiprofissional, desconstruindo para construir.

*É na história dos seres humanos reais
que se dão os mecanismos de opressão
e é também na história
que estão os instrumentos e os agentes de libertação social”
(MARX e ENGELS)*

A Liga dispõe de seis assistentes sociais, sendo duas por unidade hospitalar. O Serviço Social nessa instituição tem como missão intervir nas questões psicossociais envolvidas no processo de reabilitação dos(as) usuários(as) oncológicos(as), através de ações sócio-educativas, sempre visando o exercício de sua cidadania. Devendo assim desenvolver atividades individuais e em grupo com usuários(as) e familiares através da abordagem interdisciplinar, viabilizando o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais.

Todavia, no HLA a rotina do Serviço Social se destaca através de diversas marcações de consultas para pacientes de 1ª vez; realização de cadastro a acompanhante de usuários(as) internados(as); emissão de declaração de comparecimento, para solicitar transporte no município em favor do(a) usuário(a) e declaração para emissão de Carteira de Gratuidade (SEMOB); encaminhamentos raros à Secretaria Municipal de Assistência Social, à Secretaria Municipal de Saúde e à demais programas sociais; liberação/autorização para realização de exames com a responsável pelo Setor de Humanização; orientação para realização de exame imunohistoquímico; comunicação ao(a) usuário(a) de vaga para internação; prestação de informações/orientação aos(as) que procurarem/usuários(as) internados(as) em matéria do Serviço Social; anotação/controle de leitos do dia; realização de cadastro de acompanhantes, orientação e encaminhamentos dos nomes à nutrição; elaboração de estatística mensal das atividades realizadas; orientação de estágio e esclarecimento a respeito dos benefícios e direitos referentes à previdência social, entre outros (CORTEZ, 2012, RELATÓRIO DE ESTÁGIO).

Muitas destas atividades, contudo, não dizem respeito ao Serviço Social por não se constituírem como atribuição privativa, nem competência desse(a) profissional, não se tratando de matéria de Serviço Social, a exemplo, são as

marcações de consulta, o controle de leitos e a liberação para refeição.

Podemos perceber que as atividades das assistentes sociais se resumem, praticamente, a dar plantões (ambulatório) e a realizar encaminhamentos. Com isto não estamos afirmando que o plantão seja uma atividade superada ou desnecessária, “No entanto, atentamos para o fato de que o trabalho desse[a] assistente social não pode se esgotar nisso, como se encontrasse um fim em si mesmo” (SODRÉ, 2010, p. 466).

Esses plantões precisam atender aos pressupostos do SUS e os princípios do Código de Ética Profissional, e se constituir em um espaço de trocas, de informação/comunicação, os(as) usuários(as) devem ser ouvidos(as), informados(as) quanto aos seus direitos, à importância de sua participação na formulação e efetivação das políticas públicas e sociais, entre elas a política de saúde. As suas condições econômicas e sociais devem ser conhecidas, as suas necessidades e problemas intrafamiliar devem ser percebidos e, quando necessário, encaminhado à rede que conforma o Sistema Único de Saúde.

Realizar somente plantões e encaminhamentos vai de encontro ao que determina os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Os parâmetros definem quatro eixos de atuação do(a) profissional na saúde, quais sejam: eixo 1 – Atendimento Direito aos Usuários, com ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações sócio educativas; eixo 2 – Mobilização, Participação e Controle Social; eixo 3 – Investigação, Planejamento e Gestão; e eixo 4 – Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

A definição desses eixos, individualmente, já deixa claro que as atividades desses(as) profissionais não se resumem a dar plantões, pelo contrário devem atuar de forma a articular estes eixos como forma de qualificar a sua atuação e a atuação da equipe em saúde.

Com o registro dos atendimentos diretos o(a) profissional pode identificar demandas/necessidades dos(as) usuários(as) dos serviços, o que possibilita à instituição, através da investigação, identificar onde se devem fazer os maiores investimentos – planejamento e gestão.

A Mobilização, participação e Controle Social permitem ao(a) profissional, articulado(a) aos demais movimentos sociais da classe trabalhadora, reivindicar melhores condições de saúde à população usuária e garantir que as suas reivindicações possam fazer parte da agenda pública da saúde (CFESS, 2009, p.34)

através da sua participação nos Conselhos e ouvidorias das instituições.

A Assessoria, Qualificação e Formação Profissional permitem ao(a) profissional, além de contribuir para a formação de outros(as) profissionais na área, contribuir para a educação dos(as) demais trabalhadores(as) em saúde, contribuindo para seu aperfeiçoamento e qualificação no atendimento aos(as) usuários(as).

O distanciamento do(a) profissional desses eixos de atuação pode implicar na falta de conhecimento sobre o exercício da sua profissão, trazendo sérias implicações ao seu fazer profissional, resumindo-o a um fazer baseado na “razão instrumental”, ou seja, ao atendimento imediato, ou aparente das demandas sociais. O que “significa tornar o Serviço Social meio para o alcance de finalidades que possam ser estranhas ao projeto profissional hegemônico.” (GUERRA, 2003, p. 15). Por outro lado, limita a capacidade do(a) profissional de desenvolver suas habilidades, ampliar seus conhecimentos e desenvolver técnicas e ações próprias de sua profissão.

O lugar que o(a) assistente social tem assumido no HLA tem levado os(as) demais profissionais a reconhecer as competências e atribuições desse(a) profissional, somente a partir das ações que ele(a) é requisitado(a), pela instituição, a desenvolver. Seja pelos(as) profissionais de nível superior (como médico(a) e enfermeiros(as)), ou seja, pelos de nível técnico, principalmente, os(as) trabalhadores(as) de apoio (secretários/as e porteiros/as).

Como já referimos anteriormente, participaram da nossa pesquisa 28 (vinte e oito) sujeitos, conforme apresentado no quadro a seguir:

QUADRO III

Sujeitos da pesquisa por especialidades/cargo/função e tempo de serviços

| ESPECIALIDADE, CARGO/FUNÇÃO | QUANT. DE SUJEITOS ENVOLVIDOS | TEMPO DE SERVIÇO |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Recepcionistas | 04 | Entre 1,6 a 10 anos |
| Porteiros | 04 | Entre 1 e 18 anos |
| Administrador(a) | 01 | 16 anos |
| Secretarias | 03 | Entre 9 e 11 anos |
| Fonoaudióloga | 01 | 8 anos |
| Fisioterapeuta | 01 | 17 anos |
| Nutricionista | 01 | 2,5 anos |

| | | |
|----------------------------|----|--------------------|
| Psicólogo(a) | 01 | 9 anos |
| Enfermeiras | 05 | Entre 5 a 15 anos |
| Técnicos(as) de enfermagem | 06 | Entre 1,4 e 6 anos |
| Médico(a) | 01 | 6/7 anos |
| TOTAL | 28 | |

FONTE: Elaboração própria a partir do instrumental da pesquisa (questionário).

Dos 28 (vinte oito) pesquisados (100% - cem por cento), **10,7 % não conhecem** as atribuições e competências do(a) assistente social; dos **89,3% que as conhecem**, apenas 35,7% deram respostas mais ou menos satisfatória, ao descreverem quais as competências e atribuições que eles(as) conheciam, os(as) outros(as) 53,6% descreveram aquilo que viam o(a) profissional desenvolver na repartição ou área que cada um(a) deles(as) está inserido(a), como podemos perceber nas respostas dadas pelos(as) técnicos(as) de enfermagem:

entrar em contato com familiares de pacientes, marcação de exames, solicitações de transportes etc. (Q -5)

Orientar os familiares sobre o quadro clínico do paciente, conforto, palavras de consolo. (Q -6)

Orientar os pacientes e acompanhantes, quanto as normas do hospital. (Q -7)

O Serviço Social atua implementando, elaborando e organizando o serviço hospitalar. (Q -8)

Orientar e tirar dúvidas dos acompanhantes e normas da instituição. Controle dos leitos de internação. (Q -12)

Como podemos observar, a maioria das ações estão relacionadas diretamente a demandas institucionais. Tais ações não estão relacionadas entre aquelas elencadas na Lei de regulamentação da profissão, como atribuições e competências dos(as) assistentes sociais. Isso não significa que algumas delas não possam ser desenvolvidas pelo(a) assistente social, na área da saúde, como por exemplo entrar em contato com familiares dos(as) usuários(as), orientar e tirar dúvidas dos(as) acompanhantes em relação às normas da instituição, entre outras.

O problema é que as respostas acima demonstram desconhecimento quanto às atribuições e competências elencadas nos artigos 4º e 5º da Lei 8.662/93, que regulamenta a profissão no país, conforme relacionadas no quadro a seguir:

Quadro IV
Competências e atribuições dos assistentes sociais conforme a Lei
8.662/93

| Competências previstas ao assistente social no art. 4º, da Lei de Regulamentação da Profissão — Lei n. 8.662/93 | Atribuições privativas asseguradas ao assistente social no art. 5º da Lei de Regulamentação da Profissão — Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993 |
|--|---|
| <i>Planejar, organizar, administrar: benefícios e serviços sociais;</i> | <i>Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações, pareceres (em matéria de Serviço Social);</i> |
| <i>Planejar, executar, avaliar pesquisas (para análise da realidade social e para subsidiar a ação profissional);</i> | <i>Magistério de serviço social (graduação e pós-graduação): assumir disciplinas e funções que exijam conhecimentos específicos;</i> |
| <i>Assessoria/consultoria: órgãos públicos, empresas privadas, outras entidades;</i> | <i>Direção/coordenação de unidades de ensino e cursos de serviço social (graduação e pós-graduação);</i> |
| <i>Assessoria, apoio, defesa, exercício de direitos (sociais, civis e políticos): movimentos sociais;</i> | <i>Supervisão direta de estagiários de serviço social: treinamento, avaliação;</i> |
| <i>Implementar, elaborar, executar, avaliar: políticas sociais (junto à administração pública, empresas, entidades, organismos populares);</i> | <i>Assessoria e consultoria (em matéria de serviço social) — órgãos públicos, empresas privadas, outras entidades;</i> |
| <i>Elaborar, coordenar, executar, avaliar: planos, programas e projetos juntamente com a sociedade civil;</i> | <i>Associações, núcleos, centros de ensino e pesquisa: dirigir, coordenar;</i> |
| <i>Providências: encaminhar, orientar — indivíduos, grupos, populações;</i> | <i>Provas, bancas examinadoras, comissões, concursos/seleção: elaborar, presidir, compor, aferir conhecimentos;</i> |
| <i>Orientar: indivíduos e grupos a identificar recursos, fazer uso, atender e defender direitos;</i> | <i>Estudos/pesquisas, planos, programas, projetos (na área de serviço social): elaborar, coordenar, executar, avaliar, supervisionar;</i> |
| <i>Realizar estudos socioeconômicos com usuários: benefícios e serviços sociais;</i> | <i>Fiscalizar o exercício profissional — por meio dos conselhos (CRESS e CFESS);</i> |
| <i>Planejar, organizar, administrar: serviços sociais/unidades de Serviço Social.</i> | <i>Órgãos e entidades representativos da categoria: ocupar cargos, dirigir, fiscalizar (gestão financeira);</i> |
| | <i>Dirigir serviços técnicos de Serviço Social: entidades públicas ou privadas;</i> |
| | <i>Coordenar seminários, encontros,</i> |

| | |
|--|---|
| | <i>congressos e eventos de Serviço Social;</i> |
| | <i>Planejar, organizar, administrar: programas e projetos em Unidade de Serviço Social.</i> |

Fonte: Adaptação da síntese apresentada por Fraga (2010, p. 48-50) com base no art. 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão — Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993.

Ressaltamos que aqui não estávamos perguntando quais as atribuições e/ou ações desenvolvidas pelo assistente social na instituição em tela, ou mesmo na área da saúde, mas sim, se eles conheciam as atribuições e competências dos assistentes sociais. Sendo assim, apesar de afirmarem que conheciam as atribuições e competências dos assistentes sociais, os entrevistados, em sua maioria, não conseguiram relacioná-las corretamente.

Analisando essas respostas, podemos perceber a ligação direta que eles(as) fazem das atribuições e competências dos(as) assistentes sociais com aquelas ações que o(a) profissional desenvolve na instituição, campo da pesquisa, como a marcação de exames e viabilização de transporte.

Quanto a Q-6, sua resposta (visão de conforto), além de demonstrar desconhecimento acerca das ações dos(as) assistentes sociais, apresenta uma visão conservadora da profissão muito presente em sua gênese, traduzida em caridade, e conforto emocional.

O Q – 12 relaciona uma das ações desenvolvida pelo(a) profissional, para a qual ele(a) não tem formação. Como um sujeito formado para atuar nas refrações da questão social, na perspectiva de garantir direitos, pode atuar regulando leitos hospitalares? Com que respaldo, por exemplo, ele irá transferir um(a) usuário(a) de um leito para outro? Esta função não seria mais bem respaldada se realizada por um(a) enfermeiro(a), que conhece e acompanha a situação clínica dos(as) usuários(as)?

De qualquer forma esse(a) profissional só pode fazer tal procedimento após mobilizar toda a equipe de enfermagem, provocando um desgaste desnecessário, que poderia ser evitado se esta já fosse designada pela instituição a estes(as) profissionais.

Apenas dois(duas) dos(as) participantes que marcaram essa opção (controle e visita de leitos), na questão que pedíamos para que eles(as) identificassem quais as ações a serem desenvolvidas pelo(a) assistente social, na área da saúde,

observaram que a visita aos leitos deveria sim ser feita pelo(a) profissional de Serviço Social, porém, não o controle de leito. Contudo, na referida unidade, o controle de leito é feito, pela assistente social, já a visita que seria uma atribuição desse(a) profissional, não é realizada, a não ser que o(a) usuário(a) ou acompanhante peça para o(a) profissional ir até lá, o que implica conhecimento prévio por parte do(a) usuário(a) das atividades que o(a) profissional desenvolve ou deveria desenvolver.

Entre a equipe de enfermagem, um(a) desconhece as atribuições e competências do(a) assistente social informando, inclusive, no questionário avaliativo da palestra que passara a conhecer após a apresentação da mesma. Dois(duas) que trouxeram o questionário respondido de casa responderam satisfatoriamente. Os(as) outros(as) dois(duas) responderam que entre as competências e atribuições dessa profissão está

Articular condições e direitos perante paciente/família e instituições.
Parceria com equipe multidisciplinar.(Q -4)

Atendimento ao público, atendimento em grupo pré-cirúrgico,
gerenciamento de vagas para quimioterapia e outros. (Q – 24)

No geral, entre os que listaram satisfatoriamente as atribuições e competências do(a) assistente social, 10,7% relacionaram corretamente, sem cometer o equívoco de marcar aquelas ações que os parâmetros definem que não são ações do(a) assistente social na saúde, na questão específica.

Ainda sobre as alternativas marcadas na mesma questão, apenas 3,6% além de marcar corretamente as ações do(a) profissional em saúde, marcou a opção outras e acrescentou: “Realizar pesquisa e estudo sobre a realidade social e promover políticas públicas social.” (Q -3) O que demonstra uma visão ampliada da profissão, ou seja, uma percepção para além do pragmatismo, uma ação que deve ser refletida, pensada. Tal ação está elencada entre as competências dos(as) assistentes sociais.

Como ressalta Fraga (2010, p. 42) “a atitude investigativa é o fomento básico do exercício profissional do(a) assistente social”, pois para essa autora a pesquisa/investigação é imprescindível para que se tenha subsídios para construir

coletivamente alternativas para o enfrentamento das manifestações da questão social no cotidiano. De outra forma,

A ausência de uma postura investigativa pode levar o profissional à cristalização das informações, a estagnação do aprendizado profissional, o que conseqüentemente, comprometerá o compromisso do assistente social com a qualidade dos serviços prestados à população (*idem*, p. 52)

Qualidade esta elencada no código de ética profissional, como um dos onze princípios que devem nortear a atuação profissional - “X. *Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional*” (CFESS, 2011. p.24).

Princípio extremamente necessário à identidade profissional, tendo em vista, como sustenta Braz (2007, p. 9/10) que o exercício profissional quando desqualificado, “vulnerabiliza a imagem da profissão no sentido de sua desvalorização na sociedade”.

É o que demonstra a resposta de 17,9% dos(as) pesquisados(as), que, mesmo reconhecendo o Serviço Social como uma profissão de nível superior, marcaram a opção de que ela pode ser exercida por qualquer pessoa de boa vontade. Isto, além de demonstrar desconhecimento das ações que este(a) profissional desenvolve, ressalta a visão que eles têm daquilo que veem o(a) profissional desenvolver na instituição.

Conforme a Lei 8.662 de 1993, em seu art. 2º, incisos I,II, III e parágrafo único, só poderão exercer a profissão pessoas diplomadas em curso de graduação em Serviço Social em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação e registradas nos seus respectivos conselhos regionais. Segundo Iamamoto,

a profissionalização depende da formação universitária que atribui o grau de assistente social e do Conselho Profissional que dispõe de poder legal para autorizar e fiscalizar o exercício, a partir das atribuições e competências identificadas historicamente e reguladas por lei. (IAMAMOTO, 2002, p. 40)

Nesse sentido, Simões (2010, p. 505), dissertando acerca das competências e atribuições do(a) profissional, conforme descrita na referida lei, salienta que as atribuições, enquanto especificidades da qualificação profissional dos(as) assistentes sociais, somente terão validade institucional, se realizada por um(a)

assistente social, de outro modo, se realizada por outro(a) profissional ou voluntário(a), serão consideradas ilegais.

Na mesma direção, Yamamoto (2002) salienta que a formação do(a) assistente social o capacita a ter um olhar diferenciado às demandas advindas da questão social, o que possibilita-o(a) a encaminhar ações distintas de outros(as) profissionais. O desafio consiste, em seus espaços ocupacionais, o(a) assistente social orientar as suas ações, segundo os princípios éticos-políticos de sua profissão, tendo em vista as requisições das instituições, na qual ele(a) está inserido(a).

Tais demandas, muitas vezes, não são reconhecidas pelos próprios superiores como competência ou atribuições do(a) assistente social, como podemos observar através das respostas dadas ao questionário na pesquisa, por Q-23, quando perguntamos quais das demandas ele(a) reconhecia como sendo competências e atribuições do(a) assistente social na saúde. Nenhuma das atividades que o(a) profissional desenvolve na instituição foi marcada por ele(a), demonstrando total conhecimento das ações que esse(a) profissional deveria desenvolver, principalmente, se considerarmos o que ele(a) escreveu quando pedimos para o(a) mesmo(a) relacionar algumas das competências e atribuições dos(as) assistentes sociais:

Intermediar aos pacientes e familiares o acesso a informações inerentes ao contexto social dos mesmos. Viabilizar para que estes tomem conhecimento dos seus direitos enquanto cidadão e usuário de uma assistência (sistema) e a forma de acesso a esses direitos. (Q-23, 2013)

Aqui nos convém indagar, de que formar o(a) profissional poderá prestar informações inerentes ao contexto social dos(as) mesmos(as), se ele(a) não os conhece, não os identifica no momento do atendimento, devido à forma aligeirada que realiza os atendimentos, para não deixar formar um tumulto na sala de espera, por aqueles(as) que estão ali para apenas marcar uma consulta? Se não pode realizar a entrevista social com aqueles(as) usuários(as) que, rotineiramente, são internados para fazer tratamento, que muitas vezes estão na enfermaria procurando saber o que devem fazer para acessar o benefício junto à previdência, por exemplo?

É importante ressaltar que se “As demandas emergenciais, [...] não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo

elaborado pela unidade, vai impossibilitar ao[a] assistente social o enfoque nas suas ações profissionais”, assim, “A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental” (CFESS, 2009, p. 25), o que requer a ação da administração nesse sentido.

A definição das ações do(a) assistente social, em muitos casos, demanda a avaliação socioeconômica dos(as) usuários(as), ou mesmo a visita domiciliar, pois “A avaliação socioeconômica tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos(as) mesmos(as) para a garantia de direitos” e “As visitas domiciliares [...] importantes instrumentos a serem utilizados [...] porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos[as] usuários[as], que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias.” O que permite que os devidos encaminhamentos sejam dados para a solução dos problemas que demandam os usuários dos serviços de saúde (CFESS, 2009, p.25).

Essas ações poderiam ter identificado, por exemplo, o caso de um(uma) usuário(as) que estava internada nesse hospital, ex-usuária de drogas, com crianças pequenas e problemas familiares (situação de abandono, ausência da escola, etc.). O Serviço Social tomou conhecimento dessa situação, por meio dos(as) profissionais da enfermagem, através de comentários, como um relato de mais um caso, uma história de um(a) usuário(a), e não por meio de um encaminhamento desse(a) profissional, para que fosse realizada uma análise da demanda e dado os encaminhamentos que a situação demandava.

Lembramos que o atendimento a saúde deve ser dado em sentido integral, buscando prevenir, minimizar os riscos e agravos ao estado de saúde do(a) usuário(a). Assim, no caso referido, a rede de serviços deveria ter sido acionada. Ressaltando que as circunstâncias psicossociais interferem no tratamento, o que pode resultar, no agravamento do estado de saúde, em vez da cura, através do tratamento profilático. Isso não quer dizer que o(a) assistente social deva desenvolver uma ação psicologizante, mas reconhecer os múltiplos determinantes que implicam na relação saúde/doença. As suas ações devem objetivar assegurar direitos, minimizando os efeitos das expressões da “questão social” que atingem o(a) usuário(a) dos serviços de saúde, inclusive assegurando atendimento psíquico por profissional qualificado, quando necessário. As circunstâncias psicossociais a que nos referimos se referem, portanto, ao suporte psicológico e emocional

necessário ao(a) usuário(a), diante de sua preocupação com o seu familiar que está submetido à situação de abandono, pobreza extrema, exclusão social, entre outros.

O exemplo acima citado não é identificado como demandas ao Serviço Social na saúde e mais especificamente, no hospital Luiz Antonio, como podemos inferir ao analisarmos os fragmentos abaixo:

Nesta instituição o serviço Social, destina-se a agendar os internamentos dos pacientes da quimioterapia, dentre outros, ajudando na medida do possível o paciente (Q – 14)

Gerenciamento ou regulação de leitos de quimioterapia e clínica médica; marcação de exames externos; informar alta, cadastrar acompanhantes, orientação social a pacientes e acompanhantes, participação em grupo de acolhimento etc. (Q -02)

Liberação para refeição de acompanhantes. Autorização para visita fora do horário. Controle de leitos para quimioterapia. Agendar consultas e exames. Providenciar ambulância. Ligar para a SMS dos municípios pra falar com os motoristas que abandonam os pacientes. (Q -09)

Comunicar alta dos pacientes internados que estão sem acompanhante nas enfermarias aos seus familiares, chamar para internação pacientes que estão na fila de espera. (Q-12)

Estas são as principais atividades que os(as) pesquisados(as) apontaram como sendo ações desenvolvidas pelo(a) assistente social no HLA. Notem como essas respostas são semelhantes àquelas dadas quando pedimos para que eles(as) relacionassem algumas das atribuições e competências dos(as) assistentes sociais que eles(elas) conheciam, conforme elencadas/tratadas nas páginas 68 e 71.

Quanto às respostas acima – obedecendo aos critérios de avaliação adotados pelos parâmetros para atuação na saúde – podemos afirmar que essas não são atribuições do(a) profissional na área. Pois, as ações discriminadas nos fragmentos acima possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo (agendar internamento, marcação de consultas, informar alta, cadastrar acompanhante, autorizar visitas e providenciar ambulância) e/ou demandam uma formação técnica específica não contemplada na formação dos(as) assistentes sociais (regular leitos e chamar para internação usuários(as) que estão na fila de espera) (CFESS, 2009, p.27).

Isso não significa que algumas dessas ações, como a comunicação de alta, não possa ser feita pelo(a) assistente social. O problema está em sobrecarregar o(a) profissional com demandas que não lhes dizem respeito a ponto de inviabilizar a

realização de ações próprias de sua profissão, e o não reconhecimento desse(a) enquanto profissional de nível superior, com um potencial a ser desenvolvido, com competências e atribuições definidas no arcabouço jurídico e normativo da profissão.

Quanto à marcação de consultas e exames, esses só deveriam ser colocados como demanda ao(a) profissional quando o direito do(a) usuário(a) estivesse sendo negado. Ou seja, se estivesse havendo demora no atendimento ou se o(a) usuário(a) tivesse com dificuldade em marcá-los, da mesma forma em relação a internação, o tratamento de quimioterapia, a alta e a transferência hospitalar. Tendo em vista, que nesses casos, se tratam de ações socioassistenciais a serem viabilizadas pelo(a) assistente social (CEFESS, 2009, p. 24)

Quanto a “ligar para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios, pra falar com os motoristas que abandonam os pacientes” (Q -09), esta sim, é uma demanda ao Serviço Social, pois, trata-se de uma violação direta aos direitos do(a) usuário(a), inclusive, nesse caso, sendo isso recorrente por um determinado município, o(a) assistente social, pode fazer uma representação junto ao Ministério Público.

Para Q-16 os(as) profissionais nessa instituição são dignos(as) de parabéns tendo em vista que muitas vezes conseguem tirar “leite de pedras”:

Quero parabenizar a equipe do Serviço Social pelo sucesso, não é fácil o dia-dia destes profissionais às vezes eles tiram leites de pedras. Mas, graças a Deus, eles tentam dar conta do recado, pois essa instituição é de grande porte e tem ajudado muitas pessoas e pacientes. (Q -16)

Podemos perceber nesse fragmento que o sentido das ações é a ajuda, e não a viabilização de direitos. Apesar de 27 dos participantes terem marcado como ação do(a) assistente social na saúde “Encaminhar providências e prestar orientação social”, bem como nas respostas a orientação aparecer como prioridade, à perspectiva do direito não é visibilizada na maioria das respostas, a não ser em algumas colocações destoantes como as dos fragmentos abaixo:

Orientar quanto o acesso aos benefícios para os pacientes. Orientar sobre direitos e deveres, cidadania. (Q -25)

tem por objetivo assegurar os direitos sociais da população (Q -19)

Os demais fragmentos, ao falarem de orientação estão se referindo mais às normas do hospital, ou/e marcação de consultas e/ou exames, do que a orientações em sentido mais amplo.

Lembrando que os direitos já são assegurados pela legislação, porém diante de um Estado de negação dos mesmos, profissionais como o(a) assistente social são chamados(as) a fazer com que esses direitos sejam conhecidos e reclamados pela população usuária.

Ressaltando que apenas um(a) dos(as) participantes, mesmo alegando não conhecer as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais, apontou algumas das atividades desenvolvidas pelo(a) profissional no HLA, reconhecendo que estas não são ações de competência do profissional,

A assistente social no HLA na minha opinião desenvolve vários trabalhos que não condiz a sua função como marca consulta, libera alimentação, visita fora de hora. (Q – 22)

Esse(a) participante apresenta uma percepção de acordo com os parâmetros para atuação na saúde, pois não marcou as ações que o(a) profissional desenvolve na instituição que são contrárias ao que define o referido documento.

Dois(duas) participantes, além de escolherem entre as alternativas apresentadas, marcaram a opção outras e acrescentaram:

providenciar ambulância por ocasião de alta (Q -27);

Realizar pesquisa e estudo sobre a realidade social e promover políticas públicas sociais. (Q -3)

Com relação à primeira resposta, ressalte-se que esta ação não é competência nem atribuição do(a) assistente social, nem mesmo uma demanda da instituição, pois, no HLA são os próprios familiares que viabilizam o traslado do paciente. Na segunda, as ações são competências elencadas tanto na Lei 8.662/93 de regulamentação, quanto nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, pois o assistente social, atuando junto à administração pública direta, pode participar na formulação das políticas sociais e, a pesquisa independente do espaço ocupacional que ele esteja inserido, deve ser uma ferramenta utilizada para qualificar suas ações e identificar as demandas específicas dos usuários.

Quanto ao que os profissionais pensam acerca da profissão, todas as alternativas foram marcadas por eles, com exceção do Q – 20 que não marcou nenhuma das alternativas, de forma que as opiniões convergem e divergem ao mesmo tempo entre eles. Contudo, a alternativa que afirmava ser o(a) assistente social **um(a) profissional de nível superior que trabalha com a população pobre, objetivando assegurar direitos sociais** foi a única a ser contestada pelos(as) participantes da pesquisa, alguns(algumas) a fizeram no próprio instrumental da pesquisa (questionário), outros fizeram verbalmente.

Vejam: Q – 19 marcou as alternativas de que seria uma profissão de nível superior muito bonita e a de que seria uma profissão de nível superior que ajuda as pessoas, sem fazer objeções ou comentários, no entanto ao marcar a alternativa acima destacada acrescentou: *“É uma profissão de nível superior, que trabalha com a população objetivando assegurar direitos sociais”* por não considerar que seria apenas com pessoas pobres. Ressaltamos que na alternativa não colocamos que seria “apenas”, com a população pobre, mas sim que “com a população pobre objetivando assegurar direitos”, tendo em vista, que são este segmento da população que em sua maioria desconhecem seus direitos, e, portanto, não os procuram, e quando os conhecem, os tem violado em todo tempo, tendo em vista que os serviços de saúde e educação, por exemplo, destinado a esses são de péssima qualidade.

Q- 20 não marcou as alternativas apresentadas, pois não concordava com elas, a que mais se aproximava, do que o(a) mesmo(a) pensava, segundo ele(a), seria a alternativa *“É uma profissão, de nível superior, que trabalha com a população pobre, objetivando assegurar direitos sociais”*. Porém, ele(a) não concordava que deveria ser “apenas” com a população pobre por isso deu sua própria redação a alternativa: *“profissão que objetiva lançar reflexões a respeito dos direitos sociais, facilitando digo, podendo facilitar mudanças de posturas frente as questões sociais perante a sociedade como um todo.”* O pensamento está correto, porém vale salientar que para além de mudar postura, o Serviço Social atua na intermediação de direitos, e através de encaminhamentos ao Ministério Público, Promotoria do Idoso etc, pode atuar na viabilização dos mesmos, de forma que aquele(a) usuário(a) que estava tendo seus direitos violados possam adquiri-los efetivamente. Para este caso também vale a explicação dada na resposta de Q-19.

O Q – 23 marcou apenas a alternativa em análise, porém salientou que nenhuma das alternativas representava aquela que ele(a) pensava ser o Serviço Social. Porém não quis deixar registrado o que ele(a) pensava sobre a profissão, afirmando que falaria num outro momento da pesquisa. No entanto, apesar de receber convite e ser avisado(a), no dia, acerca da palestra, não participou da mesma em nenhum outro momento. Vale salientar que este(a) demonstrou total conhecimento acerca da profissão, marcando, inclusive, todas as alternativas que estão de acordo com os parâmetros e nenhuma daquelas que o profissional desenvolve no HLA que não estão de acordo com o mesmo. Além de descrever satisfatoriamente as competências e atribuições do Serviço Social, na questão específica.

O Q -25 marcou a alternativa que afirmava ser uma profissão de nível superior que ajuda as pessoas, por achar as questões muito parecidas e não concordar com a alternativa que seria com as pessoas pobres, por achar que todas as pessoas precisam de orientação. Lembrando que a alternativa referida por ele(a) não se tratava de orientação, mas de assegurar direitos a esse segmento.

Destarte, vale ressaltar que apenas 4 pesquisados(as) marcaram, nesta questão – ao ser perguntando sobre o que eles(as) pensavam a respeito do Serviço Social –a alternativa aqui analisada (É uma profissão de nível superior, que trabalha com a população pobre, objetivando assegurar direitos sociais). Por outro lado, como eles(as) tinham outras opções, podendo marcar mais de uma alternativa, 18 dos(as) 28 participantes marcaram, outras alternativas além dessa.

As alternativas dadas a essa questão nos permitiu analisar a percepção dos(as) pesquisados(as) acerca da profissão, no sentido de ser ela de nível superior ou não, ser ajuda, atender necessidades ou garantir direitos, ou seja, as alternativas entre si, a nosso ver, anulam uma as outras. Dessa forma, podemos perceber que eles(as) não conseguem fazer essa reflexão em relação à profissão. Em especial se consideramos que dentre os(as) que marcaram a alternativa que atende a perspectiva de direito, onze marcaram a opção que falava de ajuda e seis as que falavam de atender as necessidades de pessoas pobres. Atender necessidades e ajudar as pessoas pobres não significa, necessariamente, viabilizar direitos, pois isso qualquer pessoa de boa vontade pode fazer.

Destarte, lamamoto (2010) esclarece que,

Quem dispõe dos meios de trabalho – materiais, humanos, financeiros etc. – necessário a efetivação dos programas e projetos de trabalho é a entidade empregadora, seja ela estatal ou privada [...] o assistente social, em função de sua qualificação [superior] dispõe de uma relativa autonomia teórica, técnica e ético-política na condução das suas atividades (IAMAMOTO, 2010, p. 99)

As atividades profissionais precisam ser impressas diante do jogo de interesses que circunscreve as instituições, exigindo do(a) profissional o compromisso com valores e princípios expressos em seu código de ética.

Diante do aqui exposto, consideramos que é necessário investir na divulgação/socialização acerca da profissão na área da saúde e particularmente no HLA, para evitarmos que demandas específicas que poderiam ser atendidas e encaminhadas pelos(as) profissionais passem despercebidas pelos(as) funcionários(as), e demandas que não lhes dizem respeito sejam encaminhadas para o Serviço Social. Deste modo, é importante para o Serviço Social atender os usuários conforme os princípios do SUS (universalidade; integralidade; integridade física e moral e igualdade, conforme expressos na Lei 8.080/93) e do código de ética profissional (como a defesa intransigente dos direitos humanos, defesa do aprofundamento da democracia, compromisso com a qualidade dos serviços, posicionamento a favor da equidade e justiça social), o que implica em eficiência e qualidade dos serviços, não só dos(as) profissionais como da própria instituição. Essa divulgação deve partir da própria instituição, tendo em vista que o(a) assistente social não dispõe de todos os meios e condições para efetivação do seu trabalho, devendo estes ser fornecidos pela entidade empregadora mesmo que a ação seja realizada pelo(a) profissional.

Os aspectos apontados nesta pesquisa nos mostram quão conflituosa é a atuação do(a) assistente social em seus espaços de trabalho. Se por um lado ele(a) tem as requisições do seu projeto profissional, por outro estas não são conhecidas pelos demais membros da equipe que lhes atribuem competências e atribuições diversas ao seu arcabouço legal, mas que estão de acordo com aquelas que as instituições no dia a dia exigem do profissional.

Os parâmetros para atuação na área da saúde elaborados pelas entidades representativas da categoria, baseada na Lei de Regulamentação da Profissão em seus artigos 4º e 5º, vem servir como forma de intermediação nessa difícil tarefa,

clareando as atribuições e competências do(a) assistente social nessa área, como podemos perceber a partir das clarificações no item a seguir.

3.2 O Serviço Social na Saúde: competências e atribuições a partir do arcabouço jurídico e aparato legal³².

Como já ressaltamos, o Projeto Ético Político do Serviço Social construído a partir da década de 1980, consolidado na década de 1990, vem sofrendo os rebatimentos da política econômica adotada a partir destas últimas décadas, tendo em vista a direção que os(as) governantes vêm dando as políticas sociais, entre elas a política de saúde.

O que nos coloca o desafio, como ressalta Yamamoto (2010, p. 141), de “remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade.”

Como em momento de reajuste neoliberal de redução de gastos públicos com as políticas sociais, de valorização do capital financeiro, de precarização do trabalho, insegurança e vulnerabilidade do trabalho atuarmos em defesa dos interesses históricos da classe trabalhadora? Como defendermos a liberdade, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, se estes são cada vez mais alijados dos meios reais de transformação, sendo lançados no desemprego, miséria e exclusão social? Como lutar pela consolidação da cidadania em um país, no qual ser cidadão(ã) é votar e ser votado, no qual participar efetivamente das decisões políticas, econômicas e sociais é ser subversivo e baderneiro? Como lutar pela equidade e justiça social se cada vez mais a riqueza é acumulada por uma minoria e a maioria (classe trabalhadora) é desprovida das condições básicas de sobrevivência, onde o autoritarismo e paternalismo são cultivados culturalmente, onde direito é tido como assistência, ajuda e favor, e as políticas sociais são cada vez mais focalizadas, compensatórias e seletivas?

Certamente que delegarmos essa missão a uma profissão seria cairmos no messianismo por desconsiderarmos as condições objetivas nas quais seus(suas) profissionais estão inseridos(as) e as condições em que suas ações se efetivam,

³² Para desenvolver este subitem tomamos como base o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão e os parâmetros para atuação na saúde.

seria desconsiderar o contexto mundial e a articulação do sistema capitalista neste contexto.

Dessa forma, o Código de Ética Profissional/Resolução CFESS 273/93 reconhece a necessidade de uma atuação pautada em princípios éticos que redimensione a atuação profissional, articulada aos movimentos sociais e luta geral da classe trabalhadora, na construção de uma nova ordem societária sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. Compromissada com a qualidade dos serviços e com a atuação profissional, livre de qualquer autoritarismo e arbítrio, sem discriminar e ser discriminado.

Destarte, cabe ao(a) profissional contribuir para a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; garantir a plena informação e discussão das ações que os envolverão, bem como os seus riscos e benefícios/ democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis, nos espaços institucionais e na rede de serviços estatais e paraestatais, bem como a forma de acessá-los – mesmo que isso implique, algumas vezes, na judicialização de algumas ações – e contribuir com mecanismos de desburocratização dos serviços de forma a agilizar e melhorar o acesso aos mesmos.

As ações do(a) profissional que trabalha nessa perspectiva não pode se resumir a ações terminais, pontuais e acríticas baseadas na eficiência técnica e na resolução imediata das problemáticas sociais, para não cair nos velhos fantasmas do empirismo³³, pragmatismo³⁴, voluntarismo e conservadorismo, bem como na fragmentação entre teoria e prática.

Segundo Simionato (2009) a este(a) profissional é colocado o desafio de extrapolar a realidade imediata, apreender a dinâmica conjuntural e a correlação de forças manifestas e ocultas, bem como compreender a realidade, a partir de um rigoroso exercício pautado pela razão crítica tanto em sua dimensão particular quanto universal.

Na saúde, superar esses desafios significa permear de intencionalidades às ações profissionais, mediação necessária entre a escolha de como, onde, e para quem fazer, é dar sentido e objetivo a ação, é norteá-las de princípios que primem

³³ Realização de ações baseadas em conhecimentos práticos, rotineiros, baseados em experiências diárias, na observação, sem análise mais profunda dos fenômenos, como se eles não tivessem uma essência.

³⁴ Realização, apenas, de ações burocraticamente estabelecidas, utilitárias, práticas, que não necessitam de uma reflexão, visando apenas os resultados que a instituição espera do profissional, por exemplo. Para aprofundar ver lamamoto (2009).

por um conjunto de valores humanos genéricos de superação dos desmandos do capital, onde o lucro se sobrepõe aos interesses da coletividade, mesmo que, por vezes, disfarçados de filantropia.

Significa ainda enxergar e atuar para além dessa racionalidade numa perspectiva de mobilização social dos(as) usuários(as) e seus familiares, dos trabalhadores de saúde e movimentos sociais para participar ativamente dos conselhos gestores da unidade, dos Conselhos, fóruns e Conferências de Saúde como espaço de proposição de políticas, projetos, programas, e serviços e controle e fiscalização dos serviços oferecidos. Lembrando, como ressalta Iamamoto (2009, p.1) que

a luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de desenvolvimento social, que possa vir a contemplar o desenvolvimento de cada um e de todos os indivíduos sociais.

Significa, portanto, suplantar as demandas institucionais, procurando sensibilizar os(as) gestores(as) para a relevância das ações de planejamento, gestão e investigação, meios necessários à criação de serviços, programas e projetos, bem como para o angariamento de fundos para sua realização juntos aos órgãos estatais e paraestatais. Significa identificar as demandas dos(as) usuários(as) e analisar, planejar os meios necessários a sua viabilização, tendo em vista ser de sua competência orientar indivíduos e grupos a identificar recursos e a fazer uso dos mesmos (Lei 8.662/93, art. 4º, inciso V).

Denota coordenar os serviços na área do Serviço Social, sua execução, supervisão e avaliação, de forma que esses atendam as necessidades da população usuária. Denota ainda, fazer conhecida a política de saúde enquanto um direito do cidadão, devendo a mesma e os serviços delas advindos, ser assegurados pelo Estado (dever), evitando assim a transferência dos mesmos ao setor privado, o que implica na ruptura da universalidade, integralidade e igualdade da assistência à saúde.

Isso não implica atuar contra a instituição empregadora, pelo contrário, significa responsabilizar o Estado pelas ações que não estão sendo ofertadas ou que estão sendo ofertadas com baixa qualidade, ou em quantidade insuficiente, e dar ao(a) usuário(a) a possibilidade de reivindicar e/ou buscar os meios legais para

obter o serviço demandado com a continuidade e frequência necessária, sem que se configure em assistencialismo ou favor.

A participação popular precisa ser estimulada, a população deve conhecer o Sistema Nacional de Saúde, seus avanços e retrocessos, o papel de cada ente federativo, de forma a avançarmos na construção do SUS brasileiro, criando uma correlação de forças favorável no embate com o Estado, que vem restringindo suas ações, com sua política de estado mínimo para o social.

A aprovação da NOB/SUS 01/96, apesar de representar um avanço na implementação do sistema de saúde, tem resultado numa série de implicações diante da dependência dos entes federativos, do setor privado, tendo em vista à falta de estrutura física e recursos humanos estatais na oferta de serviços e desenvolvimentos de ações voltadas a saúde da população. E na concepção de saúde de muitos municípios, que vem se restringindo ao atendimento ambulatorial de péssima qualidade. Os atendimentos de média e alta complexidade são obtidos junto ao setor privado, significando numa transferência significativa de recursos a esse segmento, principalmente, devido ao alto custo desses serviços.

Utilizando-se da *descentralização político-administrativa* – uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, expressa na Lei 8.080/93 – o governo vem restringindo sua atuação nos níveis básicos de saúde que são repassadas aos municípios, muitos deles sem condição de mantê-los financeiramente, e de desenvolver ações de promoção e proteção. Por outro lado, as ações e serviços de recuperação são transferidos para os estados que, em muitos casos, não conseguem atender a demanda da população dos municípios resultando em demora no atendimento. Em outras situações a oferta desses serviços é desconhecida pela mesma que ficam a mercê do favor dos políticos na intermediação do acesso, por não saberem a quem recorrer.

Assim, os resultados positivos da descentralização do SUS, como o aumento dos serviços e ações de saúde, são impactados pelas políticas neoliberais, principalmente com a insuficiência dos recursos repassados aos municípios, e a burocratização crescente para a realização das pactuações entre estados e municípios, assim como pelo desvio do dinheiro público, através da corrupção envolvendo empresas privadas e gestores e funcionários públicos.

O perfil profissional requisitado para atuar na realidade contraditória das instituições e das políticas públicas, entre elas a de saúde é respaldado pelo

arcabouço jurídico legal e as possibilidades de intervenção estão postas na realidade institucional e na legislação vigente em nosso país.

Assim, concluímos que são muitos os desafios a serem superados, porém a realidade nos oferece outras tantas mediações que se utilizadas, conscientemente, contribuirá para desvelar uma nova realidade. Uma educação em saúde que contribua para desvelar a ideologia dominante redundará no tencionamento à ordem estabelecida, e é no tencionamento das classes, nesta racionalidade, que se consegue conquistar e garantir direitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social que emerge no país, na década de 1930, atrelado à emergência da atuação do Estado nas políticas públicas, passou por transformações, tendo em vista mudanças estruturais e conjunturais operadas na sociedade brasileira, e o posicionamento democrático assumido pelos sujeitos que a conformam, nos diversos espaços sócio-ocupacionais, onde atuam os(as) assistentes sociais.

Esse posicionamento democrático, assumido na defesa dos direitos humanos e sociais sofre os rebatimentos do direcionamento do Estado brasileiro, ao reduzir e/ou negar direitos à classe trabalhadora em prol do capital.

Assim, o(a) assistente social, mais não só, vem sofrendo os rebatimentos do direcionamento que o Estado – mínimo para o social – vem dando as políticas sociais. O(a) profissional, nessa conjuntura, se vê em uma zona de conflito, pois ao mesmo tempo em que precisa atender as demandas do seu público alvo se depara com a obrigatoriedade da seletividade e a racionalização dos serviços. Se por um lado, enquanto trabalhadores(as) devem atender as exigências institucionais, por outro, e ao mesmo tempo, devem direcionar suas ações a partir dos princípios éticos e políticos do seu projeto profissional, que estabelece a defesa intransigente dos Direitos Humanos e Sociais; o posicionamento em favor da justiça e equidade social; a democratização do acesso aos bens e serviços, relativos às políticas públicas e sociais e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população.

Por isso, é importante a reflexão acerca das transformações sociais, políticas e econômicas porque passam a sociedade contemporânea, suas instituições e, conseqüentemente, as categorias profissionais.

Refletir acerca dessas transformações, conhecer e analisar suas implicações e a estrutura na qual estamos inseridos, possibilita-nos a construção de uma determinada postura profissional, frente às demandas do(a) usuário(a) e as institucionais. Ainda, nos permite perceber a correlação de forças que conformam a realidade contraditória, na qual estamos inseridos(as), e a criação de mediações necessárias à intervenção, nos afastando, dessa forma, do fatalismo e do messianismo³⁵. E, para isso, a discussão teórica e a atuação sob a direção crítica

³⁵ A este respeito, ver especialmente lamamoto (2010) e Guerra (2007).

são de fundamental importância, pois possibilita-nos essas reflexões quando passamos a confrontá-las com a realidade que se apresenta nos espaços institucionais, além de nos permitir visualizar possibilidades de intervenção que sejam coerentes com o que determina os parâmetros para a atuação, na área em que estejamos inseridos(as) e com o código de ética profissional e o projeto ético político profissional.

Assim como o Serviço Social, a área da saúde, enquanto campo de atuação profissional, tem passado por transformações, em especial a partir da década de 1980, com a promulgação da Constituição de 1988, quando a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, devendo ser ofertada, considerando os princípios da universalidade, integralidade, autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral e da igualdade da assistência a saúde (Lei 8.080, art. 7º, incisos I-IV).

Contudo, os pressupostos da reforma sanitária – democratização do acesso, universalidade das ações e a descentralização – expressos na referida constituição, não significou a extinção das aspirações do setor privatista, movimento oposto à reforma sanitária, em prol da privatização da saúde.

O privilegiamento dado pelo Estado ao segmento privado, em especial ao setor filantrópico foi fortalecido a partir da década de 1990, com a política econômica neoliberal e vem transformando o Sistema Único de Saúde (SUS) criado com a constituição de 1988, em um sistema de saúde pública gerido pelo Estado “parceiro” do setor privado (SODRÉ, 2010).

Esse privilegiamento e parceria tem se configurado através da redução dos gastos e dos investimentos em saúde; da Privatização e introdução de mecanismos de mercado no setor público (BRAVO, 2009), a exemplo da transferência da gestão da saúde as fundações estatais de direito privado e da Refilantropização (Yasbek, 2009), e/ou da “nova filantropia” como destacou Netto, no 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2013), através de investimentos diretos e indiretos, no setor filantrópico.

Assim, se a precariedade da política de saúde é um desafio aos(as) profissionais que atuam na perspectiva do direito integral a saúde, no setor filantrópico, esses desafios assumem proporções extremas, que precisam ser consideradas e discutidas pelas categorias profissionais e suas entidades representativas. E para isso, a articulação dos segmentos profissionais, a divulgação

e esclarecimentos acerca das atribuições e competências dos(as) profissionais, inserido(as) nos espaços institucionais se fazem necessário. Principalmente, no caso específico dos(as) assistentes sociais, pois, apesar dos avanços que temos alcançados no arcabouço jurídico e normativo, e do novo direcionamento dado a profissão, há aproximadamente quarenta décadas, necessitamos, nos espaços institucionais, tornar conhecido o nosso fazer profissional, sobretudo, para qualificar, e imprimir um novo sentido as ações desenvolvidas ou a desenvolver nesses espaços, já que os mesmos estão perpassados pela cultura da caridade e do favor, voltada às necessidades imediatas dos sujeitos.

A pesquisa realizada no Hospital Luiz Antonio (HLA) demonstrou que precisamos ressignificar as nossas ações nos espaços institucionais, pois a identidade profissional é formada, entre outros elementos, a partir da importância e papel que desenvolvemos. No HLA, o Serviço Social é percebido como uma profissão de nível superior, porém para a equipe multiprofissional e demais trabalhadores(as) que participaram da pesquisa ela é uma profissão que ajuda as pessoas, e entre eles(as) apareceu também os que pensam que ela pode ser desenvolvida por qualquer pessoal de boa vontade.

Essa percepção se apresenta tendo em vista o desconhecimento que esses(as) profissionais demonstraram acerca da profissão. Para eles(as), as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais são, basicamente, marcar consultas e exames, liberar refeição para acompanhante, levar palavras de consolo, emitir declaração àqueles que utilizam os serviços na unidade, liberar visitas fora do horário, comunicar óbito e providenciar o traslado dos usuários.

Ao comparar essa realidade com a Lei de regulamentação da profissão - a Lei 8.662/93 - podemos constatar em seu artigo 2º, inciso I e II, que somente poderão exercer a profissão de assistente social, diplomados em curso de graduação em Serviço Social em instituição de nível superior reconhecida pelo Ministério da Educação. Sendo que o exercício da profissão de assistente social está condicionado ao registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado (*ibidem*, parágrafo único).

Quanto às competências e atribuições elencadas nos art. 3º e 4º, respectivamente, na Lei 8.662/93 (ver quadro IV) elas são praticamente desconhecidas, aparecendo de forma destoante nas descrições de alguns dos participantes. Para desenvolver suas ações o(a) assistente social necessita de uma

formação específica que o(a) possibilite apreender de forma crítica os processos sociais que perpassam as relações sociais e que chegam a eles(as) em forma de demandas, entendê-las como resultado de um processo histórico da sociedade, e por outro lado, que os(as) permita perceber suas particularidades regionais e/ou nacionais, dentro do contexto capitalista desenvolvido, para assim identificar e dar respostas a essas demandas, de forma a enfrentar as mais variadas expressões da questão social diante da conjuntura adversa em que estão inseridos(as).

É importante ressaltar, no que se refere à saúde, que apesar de ser uma das áreas que mais emprega assistentes sociais na contemporaneidade e ser um campo de atuação já consolidado, contando inclusive com parâmetros para atuação na área, que especificam quais devam ser as ações a desenvolver, essas são praticamente desconhecidas em sua totalidade, pela equipe multiprofissional em saúde e demais trabalhadores(as) da área.

As ações propostas pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, não são perceptíveis aos(as) demais trabalhadores(as) em saúde, no Hospital Luiz Antonio porque elas não são desenvolvidas, tendo em vista as demandas técnicas-administrativas atribuídas pela instituição a esses(as) profissionais, comprometendo o próprio atendimento diretos aos(as) usuários(as), diante da ausência de ações socioassistenciais e socioeducativas articuladas com a equipe de saúde que fuja a mera informação sobre rotinas hospitalares e cuidados pessoais.

Estes fatores aliados as transformações no mundo do trabalho, flexibilizam as relações trabalhistas e tencionam o fazer profissional dos(as) assistentes sociais, com sérias consequências ao que diz respeito a sua identidade profissional. Pois, os desafios postos aos(as) profissionais nesse espaço, muitas vezes, os(as) leva a resignação, a uma atuação voltada exclusivamente ao atendimento das demandas institucionais em dissonância com o seu código de ética e projeto profissional.

A atuação no HLA não é uma exceção, o(a) assistente social na saúde tem esbarrado nas demandas técnico-administrativas impostas pelas instituições, dificultando o fazer profissional e a criatividade do(a) mesmo(a) através da burocratização dos serviços, do foco na assistência médica curativa, na limitação de recursos, seletividade e precarização dos serviços, impedindo a realização de ações socioeducativas, mobilização, participação e controle social em defesa da saúde; a investigação, planejamento e gestão de forma a desenvolver ações condizentes com

a necessidade dos(as) usuários(as) e trabalhadores(as) na saúde e com a consciência sanitária.

Assim, para desmistificar a percepção que os(as) trabalhadores(as) tinham acerca da profissão procuramos apresentar as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais conforme a Lei 8.662/93, tanto nas palestras como nas cartilhas que distribuimos entre esses(as). Também debatemos e explicamos os eixos de atuação elencados nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, comentando algumas das principais ações de cada um desses eixos, sua importância e necessidade, deixando claro quais demandas deveriam ser encaminhadas ao Serviço Social. Tratamos de situações comuns enviadas ao Serviço Social, esclarecendo para onde deveriam ser encaminhadas e da importância da identificação das situações sociais e econômicas dos(as) usuários(as) e seus encaminhamentos ao Serviço Social.

Podemos perceber em nossa experiência de estágio, e com o desenvolvimento da pesquisa apresentada que não está entre os interesses institucionais transformar o Serviço Social em referência, porém compreendemos que, para se tornar uma instituição de referência faz-se necessário, primeiro, o tê-lo internamente e na área de cobertura dos seus atendimentos e nessa perspectiva o Serviço Social está incluído como um departamento que está diretamente ligado à população usuária demandante dos serviços oferecidos pela instituição.

Faz-se necessário repensar a missão do Serviço Social na Instituição, pois o distanciamento entre o Departamento Social da instituição e o Serviço Social acaba por dar destaque àquele em detrimento desse último, que se coloca apenas como o solucionador dos problemas burocráticos e como o viabilizador de atividades técnico-administrativas que poderiam ser delegadas a uma secretária. Sem desqualificar essa última, o(a) assistente social hoje é um(a) profissional de nível superior chamado(a) a atuar diretamente com as expressões da questão social, viabilizando direitos, esclarecendo, informando e formando cidadãos(ãs) livres e autônomos(as), que possam exercer a sua cidadania, livres da cultura do favor. Em vez de ações psicossociais, seria interessante pensar em ações de educação em saúde, que visem democratizar as informações quanto aos determinantes sociais do processo saúde/doença, fortalecer vínculos familiares na perspectiva de incentivar e inserir os(as) usuários(as) e familiares no processo de promoção, proteção,

prevenção, recuperação e reabilitação em saúde (sentido integral), entre outros. Permitindo que esses(as) sejam sujeitos na construção de estratégias coletivas.

De outra forma, a atuação do(a) assistente social na instituição pesquisada continuará um desafio, especialmente pela correlação de forças presentes, o que requer uma luta constante pela conquista de espaço institucional (e aqui não nos referimos ao espaço físico, que também é precário) que possibilite o real desenvolvimento de ações em matéria e área de Serviço Social.

Entre elas poderíamos destacar a entrevista social; a implementação, junto a equipe de saúde, de propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo; o desenvolvimento de atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas; elaboração e/ou divulgação de materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços oferecidos e aos direitos sociais em geral.

Contudo, entendemos que desenvolver alguma atividade neste sentido tornou-se inviável, tendo em vista a demanda espontânea e a encaminhada pela instituição à responsabilidade desses(as) profissionais, além de outros encaminhamentos que não deveriam passar pelo Serviço Social, e que podem ser facilmente executados pelos(as) funcionários(as) de apoio.

Para evitar os encaminhamentos desnecessários, é preciso o treinamento do pessoal de apoio. Estes precisam saber quais demandas deva ser encaminhadas a cada profissional, em suas repartições específicas, o que contribuirá para o bom andamento dos serviços e satisfação dos(as) usuários(as). Tentamos com as palestras realizadas, através da pesquisa-ação, desenvolvida no Hospital Luiz Antonio sanar alguns desses problemas, porém tendo em vista a baixa colaboração/participação propomos que essa convocação parta da administração da instituição. Pois, ficou claro que o pessoal de apoio desconhece quais são as demandas, não só do Serviço Social, mas para onde encaminhar usuários com determinadas demandas, como era o caso, por exemplo, dos que vinham requisitar as lâminas para realizar exames imunohistoquímicos. Todos eram encaminhados ao Serviço Social, pois não sabiam que deveriam ser encaminhados ao laboratório.

Junto à equipe multiprofissional, também se fazem necessários maiores esclarecimentos acerca das atividades profissionais para que demandas dos(as) usuários(as) que poderiam ser encaminhadas a esse(a) profissional não passem

despercebidas, e evitar os encaminhamentos desnecessários dos(as) usuários(as) a esse(a) profissional. A emissão de declaração de comparecimento, por exemplo, não precisa ser encaminhada ao Serviço Social, o próprio médico ou outro(a) profissional pode dá-la ao(a) usuário(a), no momento do atendimento. Há que se levar em conta que o(a) usuário(a) além de enfrentar a fila para ser atendido(a) pelo(a) profissional, para o(a) qual veio buscar atendimento ou procedimento médico-hospitalar na instituição, ainda precisa enfrentar outra para obter tal documento com o(a) assistente social. Por fim, observa-se que tendo em vista que essa não é uma prerrogativa única do(a) assistente social, quando esse atendimento for realizado pelo(a) mesmo(a) e não por outro profissional, ele(a) mesmo(a) deve emitir tal documento.

Quanto à marcação de consulta e exames, se remanejadas as secretária, os atendimentos poderiam ser agilizados, além de evitar o deslocamento e enfrentamento de varias filas, para realizar um procedimento que poderia ser realizado pela própria secretária do(a) médico(a), quando o(a) usuário(a) saísse do atendimento.

Quanto à regulação de leitos, esses deveriam ficar sob a competência da equipe de enfermagem, tendo em vista a formação desses(as) profissionais e o contato direto com os(as) médicos(as). Essa equipe poderá avaliar as condições de saúde e indicar a prioridade no atendimento, não que essa seja a melhor forma, já que o direito a saúde é garantido por lei, e especialmente no caso no câncer – por ser uma doença agressiva, que evolui rapidamente – o atendimento deveria ser imediato, sem a necessidade de filas de espera.

Por outro lado, os reencaminhamentos dessas demandas, possibilitaria ao Serviço Social realizar visitas e entrevista social com os(as) usuários(as) clínicos(as) internados(as), identificando suas principais demandas e fazer os devidos encaminhamentos.

Permitiria, ainda, ao(a) profissional realizar/qualificar suas ações nos atendimentos ambulatoriais, tendo em vista que devido à demanda, muitas vezes, o(a) profissional não pode “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentada [...]” (CFESS, CE/93, art. 5º, alínea b). Os atendimentos são rápidos não permitindo a democratização das informações e o acesso aos programas disponíveis, tanto no espaço institucional quanto nos espaços públicos.

A instituição, porém, seguindo a lógica de redução dos custos, não vê que há a necessidade da contratação de outro(a) profissional para atender a demanda espontânea e as encaminhadas pela instituição, negando um direito desse(a) profissional a “dispor de condições de trabalho condignas [...] de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (CEFESS, CE/93, art. 7º, alínea a).

Durante o período do estágio, percebemos que os municípios encaminham usuários(as), com frequência, para passar na triagem, ou marcar consulta como se viessem realizar a consulta ou procedimento médico. Seria interessante a articulação com esses municípios/secretarias de saúde e/ou responsáveis pelos encaminhamentos nos municípios sobre esses encaminhamentos para evitar que usuários(as), debilitados pela doença, se desloquem de seus interiores desnecessariamente.

Os(as) gestores(as) precisam ser sensibilizados(as) da importância de um Serviço Social, no qual seus(suas) profissionais atuem na perspectiva de viabilização de direitos dos(as) usuários(as), o que refletirá na melhor imagem da instituição pelo seu papel na sociedade, no sentido de atender seus(suas) usuários(as) em sentido integral, para além do aspecto paliativo e curativo. Por outro lado, entendemos que esse posicionamento só seria possível mediante uma mudança de paradigma ético-político e econômico da própria instituição, deixando de ser apenas executora terminal da política de saúde para ser uma instituição voltada para as discussões e conquistas por direitos. Porém, como tudo na sociedade capitalista está perpassado por interesses políticos e econômicos, se os(as) gestores(as) fossem levados(as) a perceber o retorno político e econômico que a atuação profissional, na perspectiva que defendemos, daria a instituição esses, com certeza, não hesitariam em implantá-lo rapidamente, principalmente no que se refere a identificação de recursos e elaboração de projetos para sua captação.

Por fim, concluímos que as principais consequências, do atendimento e serviços oferecidos, recaem sobre a qualidade desses, pois a alta demanda não possibilita um atendimento de qualidade, levando o(a) profissional a atuar em confronto com o que determina os parâmetros para atuação na saúde; sobre as ações próprias do Serviço Social, que deixam de ser realizadas; sobre os direitos dos(as) usuários(as), que muitas vezes, deixam de ser repassados devido o atendimento aligeirado; sobre os encaminhamentos, que deixam de ser feitos, muitas vezes, porque as demandas dos(as) usuários(as) passam despercebidas;

além de levar os(as) usuários(as) e profissionais da saúde a desconhecer as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais, nesse espaço institucional.

Apontamos, ainda, que os limites e requisições institucionais, bem como o sistema social vigente tencionam o fazer profissional e o fortalecimento de uma identidade profissional, conforme preconizada pelo arcabouço jurídico e normativo dos(as) assistentes sociais, construídos nas últimas décadas, porém não inviabilizam o fazer profissional e a ressignificação desse fazer no fortalecimento e/ou construção de um perfil profissional condizente com o direcionamento político adotado pela categoria. Precisamos compreender que “só é possível realizar a libertação real no mundo real e por meio de meios reais” (MARX e ENGELS, 2009, p. 73) e esses meios reais estão postos na realidade cotidiana, porém não poderão ser vislumbrados se não adotarmos um projeto que para além de ser um projeto profissional seja um projeto de sociedade voltado à emancipação social, econômica e política dos sujeitos sociais.

Quanto ao Sistema Único de Saúde, concluímos que, apesar dos entraves quanto a sua efetivação, ele representou um avanço e uma conquista que precisa ser preservada, milhões de brasileiros excluídos, durante séculos do sistema de saúde podem contar com atendimento gratuito seja nos atendimentos ambulatoriais básicos, consultas, internações e pequenas cirurgias, seja na realização de procedimentos cirúrgicos complexos como as cirurgias cardíacas, procedimentos de terapias renais e transplantes de órgãos, bem como o acesso a medicamentos de alto custo, entre outros.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sérgio Henrique. **Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre**. 2. Ed. – Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
- AGUIAR, Antonio Geraldo de. **Serviço Social e Filosofia: das origens à Araxá**. 5ª. ed. Cortez; Piracicaba, SP: Universidade Metodista de Piracicaba, 1982.
- ARAÚJO, Odília Souza de. **A Reforma da previdência social brasileira no contexto das reformas do Estado: 1988 a 1998**. Natal/RN, EDUFRN, 2004.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**. 4.ed. – São Paulo, Cortez, 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7. Ed., São Paulo, Cortez, 2010 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2)
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo, Cortez, 2003.
- BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. **As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. RAP, Rio de Janeiro 41(2), 187-209, mar/abr. 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal.
- _____ **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Disponível em: <
bvsm.s.saude.gov.br/brs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>
acesso em: 02 out. de 2012.
- _____ **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.
- _____ **RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998**.
- BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- BOSCHETTI, Ivanete. O desenho das diretrizes curriculares e as dificuldades na sua implementação. **Temporalis**. Porto Alegre, v 8, p. 17-30, 2004.
- BRAVO, Maria Ines Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In.: Bravo, Maria Inês Souza, ... et. al. (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. 5.ed., Rio de Janeiro, UERJ, Cortez, 2012.
- BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed, São Paulo, Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil . In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed, São Paulo, Cortez, 2009.

BRAZ, Marcelo. A hegemonia em xeque. Projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos. **Inscrita** n. 10, ano VII, CFESS, Brasília, 2007.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. **Ideologia do Desenvolvimento – Brasil**: JK-JQ. 2.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978. 459 p. (estudos brasileiros, v. 14).

CARVALHO, Rafael Nicolau et. al. **Política de Saúde e Serviço Social**: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. São Luiz do Maranhão, UFA, 2007.

CASTRO, Manoel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 6.ed. São Paulo, Cortez, 2003.

CBCISS. **Documento de Araxá: Teorização do Serviço Social**. 2.ed. Rio de Janeiro. Agir, 1986.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão** – 9.ed. rev. e atual. – Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2011 (versão compacta).

CFESS. **Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009.

CFESS. Resolução CFESS nº 383/99, disponível em: <
http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acesso em: 13 de janeiro de 2014.

COIMBRA, M. A. “**Será que o marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais?**” In: ABRANCHE, S. et. Al. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro, Zahar, 1987.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez, 1996.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2.ed. – São Paulo, Cortez, 2006.

CORTEZ, L.S. O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão, Natal, UFRN, 2012 (relatório de pesquisa).

DRAIBE, Sônia. **Rumos e metamorfose**: Um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2004.

DRAIBE, Sônia M.. As políticas sociais e o neoliberalismo - Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, Brasil, n. 17, p. 86-101, mai. 1993. ISSN 2316-9036. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959/27690>>. Acesso em: 07 Jan. 2014. doi:10.11606/issn.2316-9036.v0i17p86-101.

FRAGA, Crisstina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº 101. jan/mar, 2010, p. 40-60.

GUERRA, Yolanda. O Projeto Profissional Crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, n. 91, São Paulo, Cortez, 2007, p. 5-33.

GUERRA, Yolanda. As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas. **Libertas**. v. 3, n. 1 e 2. Juiz de Fora, 2003, p. 9-21

GIRARDI, Sabado Nicolau; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ARAUJO, Fackson Freire. **Formas Institucionais de Terceirização de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica**. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5B2001%5Dformas_institucionais_terceirizacao_servicos_saude.pdf>. Acesso em: 19 set.2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 29. ed., São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELTAS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19.ed., São Paulo, Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In.: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Ana Elizabete Mota...[et al], (og.). 4.ed. São Paulo: OPS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na sena contemporânea**. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade** In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A condição de trabalhador assalariado**. In: Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed., São Paulo, Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão**. Brasília, DF: CESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, ano 2, n.3, Brasília, ABEPSS, Graflin, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. Ensaios críticos. São Paulo, Cortez, 1992.

LIGA. **Informativo das Rosas**. Rede Feminina Contra o Câncer, ano 2012 – nº 03 – 09/10.

LIMA, Rita de Lourdes de. **Os Assistentes Sociais e a questão da subalternidade profissional**: reflexões acerca das representações sociais do “ser mulher” e do Serviço Social. Tese de Doutorado, Recife, PE, 2005.

MACHADO, Graziela Scheffer. O Serviço Social nas ONG’s no campo da saúde: projetos societários em disputa. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, 2010, p.69-88.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**: Feuerbach – A Contraposição entre as Cosmovisões Materialista e Idealista. Tradução Frank Müller, 3.ed., ABDR, 2009

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218/97. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=193> Acesso em: 13 de janeiro de 2014

MOTA, Ana Elizabete Mota et. al. (organizadoras). **Serviço social e saúde**. 4. ed., São Paulo, Brasília/DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. As dimensões da prática profissional. **Presença Ética**. Nº 03 – BEPE: Pós-graduação em Serviço Social. Recife, 2003, p.09-14.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 15.ed., São Paulo, Cortez, 2010

NETTO, José Paulo. III CBAS: algumas referências para a sua contextualização. **Serviço Social e Sociedade**. n. 100, São Paulo, Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, ano 2, n.3, Brasília, ABEPSS, Graflin, 2001 .

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo, Cortez , 2005.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania. **Temporalis**, ano 2, n.3, Brasília, ABEPSS, Graflin, 2001 .

PEREIRA, Luiz. **Ensaio de Sociologia do Desenvolvimento**. São Paulo, pioneira, 1970.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil uma pequena revisão**. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-03112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-03112-SES-MT].pdf)>. Acesso em 13 out. 2012.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra?:** Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. 3.ed., Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2013.

SANTOS, Josiane Soares et. al. Fiscalização do exercício profissional e projeto ético-político. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 146-176, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n101/08.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

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

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alícia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. **O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de Serviços de saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2007.

SIMIONATO, Ivete. **As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade.** In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009. (p.14 – 19)

SIMÕES, Carlos. Na ilha de Robinson: a autonomia e a ética profissional no neoliberalismo. **Serviço Social e Sociedade**, n. 99, jul/set., São Paulo: Cortez, 2009, p.45-424.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social.** 4.ed., São Paulo, Cortez, 2010.

SODRÉ, Fracis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, nº 103, jul/set., São Paulo, Cortez 2010, p. 453-475.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Os custos sociais dos ajustes neoliberais no brasil. In: *El ajuste estructural en America Latina. Costos sociales y alternativas*, Buenos Aires, Clacso, 2001, Disponível em, <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/qt/20101003020857/9cap08.pdf> >, acesso em 07 de janeiro de 2014.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação:** uma introdução metodológica. Tradução de OLIVEIRA, Lólio Lourenço de. *Revista Educação e Pesquisa*, v. 31, n.3, p. 443-466.,2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>> Acesso em 11 dez. 2012.

YASBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 2.ed., São Paulo, Hucitec, 1991.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Serviço Social e positivismo. **Serviço social e sociedade**, nº 25, São Paulo, Cortez, agosto de 1987(p.71-81).

VIEIRA, E. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. 4.ed. São Paulo, Cortez, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão**, que tem como pesquisador responsável Lilian da Silva Cortez.

Esta pesquisa pretende Conhecer e analisar a percepção dos profissionais do Hospital Luiz Antonio em relação ao Serviço Social e se processará em três etapas distintas.

Caso você decida participar, você deverá responder a um questionário, contendo oito questões objetivas e subjetivas, objetivando analisar a sua percepção acerca do Serviço Social e as atribuições do assistente social inserido na área da saúde. O tempo para resposta pode variar entre dez e quinze minutos. As suas respostas serão utilizadas no relatório final da pesquisa e no nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), mas os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação, em nenhum momento, de nenhum dado que possa lhe identificar.

Você será convidado, posteriormente, a participar de uma palestra de, no máximo 30 minutos, na qual abordaremos os pontos fracos identificados com a coleta de dados do instrumental aplicado. Ela possibilitará maiores esclarecimentos acerca da profissão e a atuação do assistente social no HLA. Ao término na palestra realizaremos uma dinâmica de perguntas e resposta sobre o tema abordado na palestra, você poderá ser um dos que responderá a pergunta caso seja sorteado, antes do início da palestra. Contudo, você poderá se recusar a participar desta palestra e/ou da dinâmica final, caso não deseje.

A última etapa consistirá na apresentação do relatório para a qual você também será convidado a participar e dá suas contribuições.

Durante a realização não haverá previsão de riscos a integridade física aos voluntários, porém poderão ocorrer riscos mínimos de natureza psicológica. Tendo

em vista a possibilidade de exposição dos voluntários diante dos seus pares, nos momentos de realização das palestras.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Lilian da Silva Cortez, celular (84) 9155-8210.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, Fone: (84) 4009-5494; (84) 4009-5480.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Rita de Lourdes de Lima.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado divulgado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável



Impressão
datiloscópica do
participante

APÊNDICE II
INSTRUMENTAL DA PESQUISA - QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO
PROJETO DE PESQUISA

O Serviço Social apesar de não ser uma profissão recente, muitas vezes, não é reconhecido enquanto profissão de nível superior que dispõe de um Código de Ética e Lei de Regulamentação da profissão, os quais balizam a inserção do Assistente Social nas organizações e instituições nas mais variadas áreas, nas quais o profissional desenvolve as suas ações voltadas a efetivação das políticas públicas e sociais, entre elas a política de saúde. Mediante isso, gostaríamos de saber o que os funcionários do Hospital Luiz Antonio (HLA) pensam sobre o Serviço Social e se conhecem as atribuições e competências do Assistente Social.

Por isso, solicitamos a sua contribuição respondendo a este questionário. Desde já agradecemos.

1. Há quanto tempo você trabalha nesta Instituição?

2. Qual a sua função?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recepcionista | <input type="checkbox"/> Porteiro | <input type="checkbox"/> Administrador (a) |
| <input type="checkbox"/> Secretário | <input type="checkbox"/> Fonoaudióloga | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Nutricionista | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Enfermeira (o) |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Técnicos de enfermagem. | |

3. Você conhece as atribuições e competências do Serviço Social?

- Sim Não

4. Se a resposta for positiva relacione alguma delas

5. Quais dentre as ações abaixo você identificaria como sendo ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social na área da saúde?
(pode assinalar mais de uma alternativa)

- () Fazer entrega de cestas básicas;
- () Prestar assistência psicológica aos usuários/paciente;
- () Encaminhar providencias e prestar orientação social;
- () Marcar consultas e exames bem como solicitar autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- () Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamento quanto aos direitos sociais da população usuária;
- () Convocar familiares para notificar sobre alta ou óbito;
- () Realizar atividades educativas nas campanhas preventivas;
- () Construir o perfil socioeconômico dos usuários de forma a evidenciar os fatores determinantes e condicionantes da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- () providenciar ambulâncias/transporte por ocasião da alta hospitalar do paciente
- () Emitir declaração de comparecimento na unidade, quando o atendimento for realizado por outro profissional e não o Assistente Social;
- () Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio de registro em prontuário único objetivando o sigilo profissional.
- () Liberação para refeição dos acompanhantes.
- () Visita e controle dos leitos.
- () Autorização para visitas e troca de acompanhantes fora dos horários estipulados.
- () Outros.

6. Você conhece as atividades/atendimentos que o Assistente Social do HLA desenvolve/realiza nessa instituição?

- () Sim () Não

7. Se a resposta for afirmativa relacione algumas delas.

8. O que você pensa a respeito da profissão do Assistente Social? (pode assinalar mais de uma alternativa)

É uma profissão de nível superior muito bonita;

É uma profissão de nível superior que ajuda as pessoas:

É uma profissão dedicada a atender as necessidades das pessoas pobres.

É uma profissão, de nível superior, dedicada a atender as necessidades das pessoas pobres.

É uma profissão, de nível superior, que trabalha com a população pobre, objetivando assegurar direitos sociais;

É uma profissão que pode ser exercida por qualquer pessoa de boa vontade.

APENDICE III
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
 CONTRA O CÂNCER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SERVIÇO SOCIAL NO HLA: a percepção dos profissionais acerca da profissão.

Pesquisador: Lilian da Silva Cortez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11600112.0.0000.5293

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 216.257

Data da Relatoria: 05/03/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto foi reencaminhado para reavaliação e considerações que foram solicitadas por este CEP, conforme enumeradas abaixo:

- a) Acrescentamos no TCLE o risco de exposição dos voluntários diante dos seus pares e reforçamos que, a qualquer momento, os voluntários podem se recusar a participar das atividades que serão desenvolvidas;
- b) Excluimos a informação no TCLE que as pessoas são enviadas ao Serviço Social, quando deveriam ser encaminhadas a outros setores, o que, de fato, poderia influenciar no resultado da pesquisa;
- c) Acrescentamos na metodologia o detalhamento sobre a segunda etapa (p 15) e os critérios de exclusão (p14) e o tipo de amostragem (p 13);
- d) Excluimos o assistente social da amostra, pois não teremos tempo hábil para uma coleta de dados a parte com este profissional (p 14 e 15);
- e) Corrigimos o sumário;
- f) Corrigimos na folha de rosto e na proposta do projeto a atribuição da Liga como instituição proponente e modificamos o termo responsável pelo bazar, por responsável pelo setor de humanização (p.7).

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa já havia sido analisando anteriormente e ficou claro e objetivo

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já havia sido avaliado anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No TCLE foi acrescentada a informação de que, durante a realização não haverá previsão de riscos a integridade física e psicológica dos voluntários. Contudo, haverá a possibilidade de exposição dos voluntários diante dos seus pares, nos momentos de realização das palestras. A segunda frase contradiz a primeira, uma vez que aquela reconhece que, mesmo sendo mínimo, o estudo oferece risco aos participantes. Sendo assim, sugere-se que o TCLE informe ao pesquisado que a sua participação no estudo oferece riscos mínimos (de caráter psicológico). Esta informação deve ser acrescentada, também, ao projeto de pesquisa; As modificações feitas no TCLE permitem que os pesquisados sejam esclarecidos quanto às demais etapas do projeto em que necessitam de suas participações, porém, as informações sobre a dinâmica que será aplicada no segundo momento, divergem daquelas contidas no projeto de pesquisa: no TCLE diz que o pesquisado poderá ser escolhido para participar da dinâmica de perguntas e respostas projeto de pesquisa diz que a dinâmica se dará da seguinte forma: as perguntas serão distribuídas aleatoriamente nas cadeiras dos participantes e os mesmos serão solicitados a ler em voz alta a pergunta e, em seguida, respondê-la. Com o objetivo de preservar os preceitos éticos, pede-se que a dinâmica seja realizada conforme está descrita no TCLE, acrescentando as mesmas informações ao projeto de pesquisa; Observando as recomendações anteriores do CEP (aplicação de um questionário ao profissional de Serviço Social diferente do que será aplicando aos demais profissionais), a pesquisadora decidiu excluir a assistente social da amostra, tendo em vista o curto tempo para uma coleta de dados a parte. Contudo, esta informação não foi alterada na proposta do projeto (item Desenho de Estudo) e no questionário 1 (pergunta nº2); Anteriormente, a proposta do projeto e a folha de rosto informavam que a instituição proponente era a própria Liga. Com as modificações, a instituição proponente passou a ser a Pós-Graduação em Serviço Social. Além da resposta ser vaga (pós graduação de qual instituição?), sabe-se que o projeto apresentado ao CEP é da graduação; No TCLE diz que em caso de dúvidas sobre os procedimentos éticos da pesquisa, o participante deverá ligar para o CEP da UFRN. Embora, esta informação não seja motivo para a não aprovação do estudo, pede-se que seja colocado o contato do CEP da Liga, haja vista que é este quem está avaliando o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Correções entregue corretamente

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



Recomendações:

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa e resolução 196/96 do CNS o pesquisador responsável deverá:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e TCLE, na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 e CNS);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado (Res. 196/96 e CNS);
3. Apresentar ao CEP/LNRCC eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/LNRCC relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As demais alterações sugeridas, anteriormente, pelo CEP foram observadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 11 de Março de 2013

Assinador por:
Carla Afonso Lira

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br