

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS E APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: desafios para atuação profissional no Complexo  
Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho –  
NATAL/RN**

**Luana de Medeiros Silva**

**Orientador Prof. Ms. Juliana Maria do Nascimento**

**NATAL – RN**

**2013**

**Luana de Medeiros Silva**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: DESAFIOS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL  
NO COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WALFREDO  
GURGEL/PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO – NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador Prof. Ms. Juliana Maria do Nascimento**

**NATAL – RN**

**2013**

Catálogo da Publicação na Fonte.  
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Silva, Luana de Medeiros.

Serviço social e saúde: desafios para atuação profissional no Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho – Natal/RN/ Luana de Medeiros Silva. - Natal, RN, 2013.

83f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M. Sc. Juliana Maria do Nascimento.

Monografia (Graduação em Serviço social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

1. Assistente Social - Saúde - Monografia. 2. Políticas públicas - Saúde - Monografia. 3. Ofensiva neoliberal - Monografia. I. Nascimento, Juliana Maria do. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.45

Luana de Medeiros Silva

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: DESAFIOS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO  
COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO  
SOCORRO CLÓVIS SARINHO – NATAL/RN

Monografia apresentada ao Departamento  
de Serviço Social da Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Juliana Maria do Nascimento  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Edla Hoffmann  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

Assistente Social: Raída Aparecida de Oliveira Fonseca.

**Dedico aos meus pais por  
todo o amor e dedicação  
que tem por mim.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por todas as minhas lutas e objetivos alcançados, pois é Ele quem me concede forças para continuar seguindo em busca de meus sonhos.

Aos meus pais que ensinaram-me os mais importantes valores da vida: o caráter, a honestidade, e acima de tudo proporcionaram-me a oportunidade de acesso ao estudo e ao conhecimento.

Ao meu irmão simplesmente pelo fato de existir e de se preocupar comigo.

A José Ricardo por toda compreensão, paciência nos meus momentos de ausências e pelo apoio para a conquista dos meus sonhos. Ele que sempre esteve presente nas minhas descobertas profissionais.

Em especial também agradeço a minha querida orientadora Juliana Nascimento, que ao longo desse período tanto contribuiu para minha construção enquanto aluna e profissional através de seu carinho, atenção, amizade, paciência, dedicação, e as nossas trocas de conhecimento. Durante os momentos de orientações construímos juntas uma relação de profissionalismo e admiração que levarei sempre comigo. Aproveito o momento, para pedir desculpas por tantas vezes que solicitei sua orientação e apesar dos inúmeros compromissos sempre fez por onde responder as minhas dúvidas e até mesmo me acalmar nos meus momentos de ansiedade.

À minha orientadora de estágio Raída Oliveira por ter me proporcionado importantes descobertas ao longo de um ano no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

À toda equipe de assistentes sociais do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, pois sem sombra de dúvidas cada uma delas contribuiu para meu aprendizado profissional.

Aos meus colegas de curso por todos os momentos compartilhados: as descobertas, alegrias, as dificuldades. Em especial as minhas amigas Aline Andressa, Carmen Sabrina, Jéssika Lorena, Larissa Mota pelas nossas conversas e nossos trabalhos construídos. Jamais me esquecerei de vocês, pois cada uma possui características especiais que sempre levarei comigo.

Aos professores que passaram por mim ao longo do curso meus sinceros agradecimentos, vocês são responsáveis por boa parte da minha mudança como pessoa e profissional.

Por fim, agradeço a todos os meus familiares e amigos, que são muitos e não daria para citar os nomes aqui, por sempre estarem torcendo, ou colaborando de alguma forma para a finalização deste trabalho.

A todos, muito OBRIGADA!!!

**“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e o mundo, que brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.” PAULO FREIRE.**



## RESUMO

A presente pesquisa consiste em um estudo de análise e reflexão referente à atuação do Assistente Social no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho e seus desafios profissionais decorrentes da atual conjuntura da política de saúde brasileira. Conjuntura marcada pela ofensiva neoliberal que desresponsabiliza o Estado no financiamento e gestão das políticas públicas, em especial à política de saúde, fortalecendo assim a saúde privada e desqualificando os serviços de saúde pública. Partimos de uma perspectiva crítico-dialética compreendendo que a realidade é contraditória e determinada a partir de uma totalidade composta por determinantes políticos, históricos, sociais, econômicos e culturais da sociedade, buscamos apreender os determinantes para atuação profissional do assistente social, identificando como a sociedade capitalista e a ofensiva neoliberal limita e determina o trabalho profissional do assistente social na perspectiva de garantia dos direitos, além disso, refletimos a relação teoria e prática, e a efetivação do projeto ético-político para a defesa intransigente da Reforma Sanitária e do acesso universal aos serviços de saúde pública.

**Palavras-Chaves:** Política de saúde brasileira, ofensiva neoliberal, trabalho profissional do assistente social.

## ABSTRACT

The present search consists in a study of analyze and reflection in the work of Social Worker in hospital Mr. Walfredo Gurgel/Clovis Sarinho and the professionals challenges because of actual situation of Brazilian health political. Situation marked by offensive neoliberal that take the responsibility of State in financing and gestation of public political , in special the health political ,strengthening this way the private health and taking the quality of service public health. Follow of a perspective critical-dialect understanding the reality is opposite and determinate like a totality compound by determine political, historic socials, economics and cultural of society. Want to arrest the determinants to actuation professional of Social Worker, identifying like the society capitalist and the offensive neoliberal limit and determine the professional work of Social Worker in perspective of guarantee of rights , besides, reflect the relation theory and practice , and the effectuation of project ethic-political to the defense wrong of principle of Reform Sanitary and of universal access in the services of public health.

**Key-words:** Brazilian health political, offensive neoliberal, professional work of Social Worker.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde

ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

CRAS – Conselhos Regionais de Assistentes Sociais

CRO – Centro de Recuperação de Operados

DEM – Partido Democratas

HMWG/PSCS – Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho

IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

OAB - Ordem de Advogados do Brasil

PID – Programa de Internação Domiciliar

PT – Partido dos Trabalhadores

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde Familiar

UGV – Unidade de Gerenciamento de Vagas

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E OS PROCESSOS HISTÓRICOS EM MOVIMENTO PELA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS.....	16
2.1	A história da prestação de atendimento à saúde no Brasil: natureza, trajetória e condição política. ....	17
2.2	O movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS: lutas sociais, conquistas, perspectiva de transformação. ....	24
2.3	As implicações da contrarreforma do Estado e do neoliberalismo para a efetivação da política de saúde no Brasil: direitos conquistados e limitados .....	29
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: MEDIAÇÕES PARA A GARANTIA DE DIREITOS .....	36
3.1	O trabalho do Assistente Social na saúde: necessidade socio-técnica e limites profissionais .....	37
3.2	O projeto ético-político e o trabalho do Assistente Social na área da saúde: atribuições, competências profissionais e desafios de intervenção na perspectiva de garantia dos direitos na contemporaneidade. ....	45
4	A REALIDADE DO TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WALFREDO GURGEL. ....	55
4.1	O Serviço Social no HMWG: Surgimento, cotidiano, atribuições, competências e os desafios para sua atuação profissional. ....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
6	REFERENCIAS .....	70
	ANEXOS .....	74

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo o trabalho do assistente social na área da saúde, mais precisamente, identificando os desafios e demandas profissionais no Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel – HMWG, no município de Natal-RN. A escolha do objeto abordado é resultante de inquietações e experiências vividas ao longo da graduação e na disciplina de estágio curricular obrigatório que se desenvolveu no Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho no período de março a dezembro de 2012.

O HMWG/PSCS é configurado como um hospital público, cuja direção única e descentralizada é do governo estadual que deve implementar os recursos destinados ao hospital, 'cabendo ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle do financiamento destinado à saúde' (Constituição Federal de 1988). O Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho é considerado referência no Estado em relação aos atendimentos de urgência e emergência pelo SUS. De modo que as demandas que chegam são de todo o Estado do Rio Grande do Norte.

Apresenta como missão: "Promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário, nas áreas do trauma e emergência". Porém, identifica-se que a plena efetivação desta missão tem enfrentado dificuldades. A insuficiência de recursos destinados ao hospital, carência de materiais básicos para o tratamento dos pacientes, superlotação, e a não contratação de novos profissionais, implicando na sobrecarga de trabalho que afeta diretamente o trabalho profissional, e, portanto, o atendimento aos usuários e a recuperação da saúde dos mesmos, pois a qualidade dos serviços prestados torna-se profundamente precária. Essas condições são consequência da deficiência em investimentos e falta de responsabilidade do Estado brasileiro para com a política de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, conforme prevê a Constituição Federal de 1988 em seu art. 196 "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A precarização da saúde é decorrente da lógica mercadológica que nos últimos tempos tem imprimido sua primazia em todas as esferas da vida e no conjunto das políticas sociais, sob o comando do neoliberalismo que apresenta como uma de suas ações e estratégias de manutenção do sistema capitalista o direcionamento do financiamento das políticas sociais para o pagamento de juros e amortização da dívida pública. (DAVI, et al). São os brasileiros que pagam o financiamento das políticas sociais através de impostos, taxas e contribuições, e que o Estado acaba por deslocar os investimentos para outros setores de interesses econômicos.

Particularmente, o atual Governo do Estado do Rio Grande do Norte, sob o comando do Partido Democrata - DEM tem mostrado na prática que as políticas sociais, as questões de saúde pública, moradia, educação são as últimas a serem dadas algum tipo de importância. Vale ressaltar que esta realidade não se resume ao estado do Rio Grande do Norte, é presenciada em todo o país, das grandes capitais aos mais remotos povoados em consequência de um governo que apresenta uma política direcionada pelos princípios neoliberais<sup>1</sup>.

O hospital Walfredo Gurgel é responsável pelo atendimento aos casos de alta complexidade, cabendo às demais unidades de saúde como as UBSF, UPAS ou hospitais situados nos bairros e municípios do Rio Grande do Norte o atendimento dos níveis de baixa e média complexidade. O que ocorre, porém, é que a realidade da saúde pública brasileira<sup>2</sup> apresenta como consequência a impossibilidade de atendimento qualificado e universal, e os postos e hospitais não tem conseguido dar conta das demandas que lhe surgem encaminhando para o Complexo Hospitalar Walfredo Gurgel, que por sua vez, também não apresenta as devidas condições de receber tantos pacientes. Os maiores prejudicados diante deste cenário de descaso da saúde pública são os usuários.

Diante deste cenário vivenciado no estágio surgiram as inquietações em relação à situação da saúde pública brasileira e os desafios enfrentados pela categoria profissional na tentativa de garantir os direitos mínimos aos usuários.

---

<sup>1</sup> Segundo Behring e Boschetti (2010) os ideais neoliberais são fortalecidos a partir da crise capitalista de 1969-1973. Mais adiante nos deteremos a explicar o neoliberalismo e suas consequências com maior ênfase.

<sup>2</sup> Há outra forma de atendimento da saúde através de prestações de serviços de hospitais privados ou instituições sem fins lucrativos. O sistema neoliberal mais uma vez colabora para a desresponsabilização do Estado no que se refere às políticas públicas. A partir de 1995 o Estado abre um campo de atuação dos setores privados na geração de lucros nos serviços de média complexidade. [http://www.pstu.org.br/nacional\\_materia.asp?id=11109&ida=0](http://www.pstu.org.br/nacional_materia.asp?id=11109&ida=0)

Pretendemos, portanto, neste trabalho apreender a atual realidade do trabalho do assistente social no HMWG, identificando as determinações e limites da sociedade capitalista para a atuação profissional na área da saúde na perspectiva de garantia dos direitos, abordando a importância da relação teoria e prática para a efetivação do projeto ético-político e abordando os determinantes e o papel da representação social da profissão para a categoria e para a sociedade.

A relevância desta pesquisa expressa a necessidade de contínua reflexão e avaliação da categoria profissional sobre seu trabalho na política de saúde, com vistas a enfrentar os desafios postos na atualidade que decorrem de situações do passado que transitam e interferem na realidade atual.

O cenário da saúde pública no Brasil está relacionado com os determinantes do capitalismo globalizado e com as implicações do projeto neoliberal a partir dos anos 1990. Esses elementos ajudam a explicar uma série de questões e problemáticas que envolvem o conjunto das políticas públicas e, especificamente, a política de saúde. Levando em consideração os fatores acima citados refletiremos o objeto sob uma perspectiva crítico-dialética com a compreensão da realidade a partir do movimento sócio-histórico, no intuito de analisar a realidade em sua totalidade e suas contradições.

Partimos de referenciais bibliográficos, observações vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e utilização de documentos como: dados de atendimentos no hospital encontrado no setor de arquivo do hospital, e materiais utilizados pelo serviço social em seu cotidiano profissional. No que se refere à revisão bibliográfica destacamos autores que contribuíram na reflexão histórica da saúde: Bertolli(2002), Faleiros (2006), Gerschman(1995), Lima (2011), entre outros e autores do serviço social que contribuem para reflexões referentes à própria categoria e ao movimento histórico da sociedade brasileira, como: Bravo (2009), Netto (2009), Behring e Boschetti (2010), Vasconcelos (2007) entre outros. Para análise e apreensão deste estudo utilizamos também os documentos e legislações brasileiras como a Constituição Federal de 1988, a lei nº 8.080/90 e 8.142/90, os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, dentre outros.

A referente pesquisa está organizada em cinco capítulos com o intuito de propiciar ao leitor possibilidades de compreensão e reflexão da temática com suas

particularidades e singularidades. No primeiro capítulo consta a introdução do trabalho.

No segundo capítulo iniciamos as considerações a respeito da prestação de serviços de saúde no Brasil a partir do período da República Velha até o final da década de 1970. Em seguida, tratamos do marco histórico para a conquista de direitos sociais com a Constituição de 1988, e principalmente para a área da saúde brasileira com o movimento de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Logo após, procede-se uma análise da atual realidade da saúde pública brasileira e seus desafios para por em prática o que está previsto nas legislações formuladas no período do Movimento Sanitarista.

No terceiro capítulo abordamos a relação do serviço social com a política de saúde na perspectiva de garantia dos direitos explicitando sua necessidade sócio-técnica, seus limites e desafios profissionais cuja atuação deve ser baseada no projeto ético-político profissional e nas leis que regulamentam a profissão com vistas a especificar suas atribuições e competências profissionais. E, ainda, refletir os desafios para a atuação profissional na política de saúde com vistas à efetivação e garantia dos direitos aos usuários na atualidade.

O quarto capítulo caracteriza o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel apresentando sua realidade, relatando o cotidiano do assistente social com suas atividades, atribuições e competências. Refletindo, portanto, os desafios de atuação profissional e a correlação de forças existente no hospital que por vezes dificulta o trabalho do serviço social.

Por fim tecemos as considerações finais no quinto capítulo que permite ao leitor a compreensão do tema a partir dos argumentos e conclusões defendidos a que alcançamos ao longo da pesquisa.

Portanto, buscamos nesta pesquisa refletir os limites profissionais do assistente social determinados por fatores históricos, econômicos, sociais e culturais. Pois compreendemos que a apreensão desses determinantes contribui para a criação de estratégias da categoria para a efetivação de seu trabalho na perspectiva de garantia dos direitos sociais.



## **2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E OS PROCESSOS HISTÓRICOS EM MOVIMENTO PELA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS**

A atual situação da saúde pública no Brasil revela a necessidade de investimentos e uma atenção maior por parte do Estado em relação a essa política pública cujos maiores prejudicados são os usuários que não tem um atendimento digno, universal e de qualidade. É resultado da tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir os gastos sociais em nome da política neoliberal, que promove o ajuste fiscal e as manobras para a não vinculação de recursos para as políticas sociais (DAVI et al 2011).

Segundo Silva (2010) a sociedade com os moldes neoliberais está caracterizada e marcada pelo:

[...] o desenvolvimento do individualismo; a diminuição do papel do Estado; a progressiva preeminência da mercadoria acima de qualquer outra consideração; o reino do dinheiro; a transformação da cultura em modas sucessivas; a massificação dos modos de vida que andam de mãos dadas com a individualização e a exibição do querer parecer; a limitação da história a uma dependência imediata dos acontecimentos e a uma instantaneidade informativa; o importante lugar ocupado pelas tecnologias muito poderosas e muitas vezes sem controle; o aumento da longevidade e a insaciável procura de boa saúde, a desinstitucionalização das famílias; às múltiplas interrogações quanto à identidade sexual, ou mesmo quanto a uma suposta personalidade animal; a fuga do conflito; a multiplicação da passagem ao ato violento; a progressiva desafeição da política; a transformação do direito numa judicialização e num formalismo jurídico processual; a publicização da esfera privada; e a privatização do domínio público (p. 45-46).

Levando em consideração o atual cenário da sociedade brasileira partimos para um resgate histórico a fim de compreender a questão política e econômica do país e como se reflete na política de saúde pública brasileira, principalmente sob o aspecto acima citado de publicização da esfera privada e privatização do domínio público. Conforme Paim (2007), a história não se resume somente aos fatos que ocorreram no passado, contribui para a compreensão do que os sujeitos sociais fizeram diante das circunstâncias implicando no reconhecimento dos limites estruturais e estrangimentos conjunturais.

## **2.1A história da prestação de atendimento à saúde no Brasil: natureza, trajetória e condição política.**

O período da República Velha no Brasil (1889-1930) foi marcado pela industrialização, expansão das atividades comerciais e aumento da população urbana. A saúde nesse período era vista como o “problema vital brasileiro”. O Serviço Sanitário Paulista tornou-se a mais sofisticada organização de prevenção e combate as enfermidades no país (BERTOLLI, 2002). De modo geral as doenças e epidemias continuavam assolando a população brasileira de forma massiva, isso porque os investimentos localizavam-se nos institutos de pesquisa enquanto que a prestação imediata de saúde e os serviços disponíveis encontravam-se com poucos recursos. O meio rural estava “esquecido”, não havia nenhum tipo de investimento ou planejamento para o tratamento das doenças e epidemias que assolavam a população rural, nas palavras de Bertolli (2002) “o homem rural brasileiro era acima de tudo um personagem doente”. O Estado apresentava “posicionamentos liberais<sup>3</sup> e sociais reconhecendo os direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). Foi determinado que somente os médicos tratassem da saúde da população e os curadores que atendessem os enfermos pobres eram ameaçados de prisão ou sofriam multas. Apesar disso, as doenças e epidemias não deixavam de afetar a população. Para alguns estudiosos da época as doenças eram a causa da pobreza brasileira. Um grupo em particular que utilizava a Eugenia<sup>4</sup> como ciência, que estudava as características raciais, atribuía que os motivos das endemias era a mistura de raças existentes no país.

Pode-se destacar também que as autoridades tratavam a “questão social”<sup>5</sup> como caso polícia para conter a população e impor as decisões tomadas de saneamento. Segundo Nunes (2000) era um período de forte controle social e

---

<sup>3</sup> Segundo estudo de Behring e Boschetti os posicionamentos liberais apresentam características que se assemelha ao darwinismo social cuja inserção social dos indivíduos é definida através da seleção natural, a miséria é compreendida como natural e insolúvel. Em função dessa realidade vista pelos liberais que a questão da saúde não era compreendida como um direito de todos, nem tão pouco era acessível a todos.

<sup>4</sup> “Acreditavam os eugenistas que pouco poderia ser feito pelos doentes e pela saúde pública nacional, a não ser esperar o desaparecimento dos ‘híbridos raciais’ e dos grupos humanos considerados ‘biologicamente inferiores’, entre os quais se incluíam os negros e indígenas (BERTOLLI p. 23).” Os princípios liberais com a concepção de “que sobrevive o mais forte” e os preconceitos ainda existentes em relação às raças especificamente os negros e indígenas, predominava nesse período.

<sup>5</sup> Segundo Iamamoto (2001) nesse período a questão social e a luta de classes eram vistas como ameaça à ordem instituída. Cujas classes subalternas sofriam um processo de criminalização.

institucional sobre as camadas médias e do operariado, apesar disso, a população estava insatisfeita com as imposições, como por exemplo, a obrigatoriedade da vacinação contra varíola instituída pelo então Diretor-geral da Saúde Pública Oswaldo Cruz tentava impor a lei para a população. Como consequência em 1904 ocorreu a Revolta da Vacina. Quando a população demonstrou resistência por não conhecer e não compreender a composição da vacina de modo que não concordava com as ações do Estado em relação às questões sanitárias e, por esse motivo, reagiram em massa nas ruas. Os protestos tiveram como resultado a não obrigatoriedade da vacina tornando-se opcional e marcou um novo momento: o momento de busca do Estado e da medicina por outras formas de relacionamento com a sociedade, para a implementação de ações a respeito da saúde coletiva (BRAVO, 2009).

Esse período foi marcado no Brasil, por uma “assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal” (BRAVO 2009). Quando os operários estavam acidentados ou com a saúde abalada deveriam procurar os hospitais filantrópicos. A exceção foi em 1923 quando, através da aprovação da Lei Elói Chaves<sup>6</sup>, foi sediado em São Paulo o instituto previdenciário dos trabalhadores ferroviários, e marítimos<sup>7</sup>. A criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs<sup>8</sup> através da Lei Elói Chaves foi o momento inicial de responsabilização do Estado pela regulação de concessões de benefícios e serviços (LIMA, et al 2011). Segundo Bravo (2009) as CAPs eram financiadas pela União, empresas e empregados. Organizadas em estabelecimentos que tinham condições de mantê-la consistia em oferecimento de benefícios conforme as contribuições dadas pelos trabalhadores: ‘assistência

---

<sup>6</sup> A Lei Elói Chaves foi publicada em 24 de janeiro de 1923 com a responsabilidade de consolidar a base do sistema previdenciário Brasileiro com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPS, para empregados ferroviários e os institutos de previdência garantindo assistência médica a uma boa parte da população. Porém ofereciam pouca cobertura aos doentes mais graves e o país continuava sendo um dos países com mais enfermos do continente.

<sup>7</sup> Mediante o desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1 % da renda bruta das empresas, ficava assegurado aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido (BERTOLLI p. 33).

<sup>8</sup> Conforme Cohn (1995) as CAPs caracteriza-se como o embrião do sistema previdenciário brasileiro que apresentava um caráter de proteção social meritocrático, contributivo e compulsório. A partir de 1938 os IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões substituiu as CAPs diferenciando por atender a outras classes trabalhadoras. “O financiamento da previdência social através dos CAPs e IAPs tem origem nas contribuições dos empregadores, dos trabalhadores e do próprio Estado tornando-se assim um instrumento de captação de poupança individual dos trabalhadores assalariados urbanos, destinada a investimentos nas atividades fundamentais de implementação do processo de industrialização” (p. 54).

médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral’.

Sobre os direitos trabalhistas e previdenciários através das CAPs para determinadas categorias profissionais, Behring e Boschetti (2010) afirma que estrategicamente esses direitos serviam para conter a classe trabalhadora e manter a acumulação do capitalismo levando em consideração que os ferroviários e marítimos participavam do processo de produção e circulação de mercadorias.

A ausência do Estado até então, apresentava como consequência o agravamento do pauperismo e das condições de trabalho, que encontravam-se precarizadas e sem proteção aos operários. Isso porque o Estado não interferia diretamente e nem oferecia os serviços fundamentais para a população como, por exemplo, a saúde cujo atendimento era ou através de instituições de caridade, ou para quem tinha condições de pagar.

A sociedade passou a exigir posicionamentos do Estado de modo que a partir da década de 1930 a saúde passa a contar com uma intervenção estatal mais efetiva, ou seja, o compromisso do estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população (BERTOLLI, 2002). Este “compromisso” do Estado ainda não ocorreu como compreensão de direitos sociais para todos e, sim devido a outros fatores que se fizeram necessários esse redimensionamento dentre eles o controle da classe trabalhadora para manter a ordem social. Como afirma Bravo (2009):

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (p. 90).

As reivindicações dos trabalhadores ocorreram devido às precárias condições de higiene, saúde, habitação e trabalho. Os mesmos tinham jornadas longas de trabalho sem um mínimo de aparato e direitos por parte do Estado. Em função das pressões sociais e de outros condicionantes acima citados o então Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) implementou uma legislação que possibilitou assistência médica a muitos que estavam desamparados, através da Constituição de 1934 houve a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) em 1943, garantindo assim direitos a classe trabalhadora como assistência médica, indenização aos acidentados, carteira de trabalho assinada, entre outros.

Graças à política de saúde adotada por Vargas, o atendimento aos operários enfermos e seus dependentes expandiu-se. Começou a estruturar-se assim o setor previdenciário que, garantido por uma legislação específica, foi ampliado no decorrer dos anos, tornando-se o principal canal de assistência médica da população brasileira dos centros urbanos (BERTOLLI, p. 34).

Getúlio Vargas adotou posturas centralizadoras no governo para bloquear as reivindicações sociais recorrendo a medidas populistas onde o Estado era o tutor da sociedade, promovendo o que julgava indispensável ao cidadão como a ênfase em campanhas sanitárias e a criação de serviços de combate às endemias<sup>9</sup> (BERTOLLI, 2002), com o intuito de atender os assalariados urbanos como sujeitos importantes no cenário político nacional.

Segundo Bravo (2009) a saúde nesse período era dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública era centralizada na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana enquanto que a população do campo pouco tinha acesso. A medicina previdenciária era prestada através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS<sup>10</sup> que atendiam exclusivamente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada.

De modo geral, no período 1945 à 1964 Bertolli (2002) avalia que o Brasil passava por um período de redemocratização conduzido pelos governos populistas, marcado pelas eleições diretas, pela liberdade de atuação de imprensa, fortalecimento de sindicatos e o pluripartidarismo. Na área da saúde pública e assistência médica, ainda que com limites, estas foram debatidas e decididas pela primeira vez em um ambiente mais democrático (LIMA et al 2011). Apesar da tentativa do presidente Dutra (1946-1951), de priorizar a organização dos serviços públicos, a saúde ainda apresentava poucas verbas para o saneamento e a assistência aos doentes, e “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas

---

<sup>9</sup> Segundo Bertolli (2002) as medidas adotadas pelo Presidente Getúlio Vargas consistia em uma organização centralizadora dos serviços dando prioridade a algumas doenças como a tracoma e a lepra e sem contudo atender outras doenças como a tuberculose e doenças infantis. As decisões referentes a área da saúde eram tomadas pelos políticos e burocratas que pouco conhecia ou entendia os conceitos epidemiológicos e os problemas da saúde.

<sup>10</sup>Bertolli (2002) afirma que as Caixas de Aposentadorias e Pensões e os Institutos de Previdência garantiram assistência médica a uma parcela da população urbana sem gastar verbas da administração federal. Ou seja, seus recursos eram adquiridos através dos contribuintes (os que trabalhavam de carteira assinada) sendo, portanto os únicos a usufruir dos serviços de saúde. Os serviços oferecidos pelas caixas não ofereciam cobertura a doenças mais graves como a tuberculose. A população não coberta pelo sistema previdenciário eram atendidos por hospitais públicos filantrópicos e beneficentes.

e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral” (BRAVO 2009 p. 92). A partir dos anos 1950 houve a intervenção de atendimentos hospitalares de natureza privada<sup>11</sup>, com fins lucrativos; Bravo (2009) explica que:

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (p. 92)

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde<sup>12</sup> que tinha como objetivo organizar a saúde pública, porém, apresentaram dificuldades técnicas e operacionais, forte influência do clientelismo e ineficiência do Plano Salte<sup>13</sup> que tinha a finalidade de melhorar os sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia, mas que não foi posto em prática. Devido a estes fatores “o setor privado da medicina começou a pressionar o governo federal e os governos estaduais a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos” (BERTOLLI, 2002, p. 43).

Apesar da euforia desenvolvimentista dos anos 1950 e 1960 com a tentativa de descentralização, horizontalidade, integração das ações de saúde, ampliação dos serviços e articulação da saúde com as reformas; a saúde no Brasil ainda encontrava-se precarizada: altos índices de mortalidade infantil e a fome assolavam o país. Os poucos avanços na área de saúde foram abortados com a chegada do regime militar.

---

<sup>11</sup> Conforme Ribeiro (1993) as privatizações dos hospitais mostrou que a lógica do Estado era propiciar a acumulação do capital privado, mesmo que para isso fosse necessário a transferência de recursos públicos: por meio da compra de serviços e financiamento a baixos custos e prazos longos. Rapidamente as empresas médicas hospitalares se espalharam pelo Brasil e em menos de dez anos já apresentava a grande maioria de leitos hospitalares privados às custas da proximidade e influência da Previdência Social. Esse cenário iniciou-se na década de 1950 e foi defendido mais fortemente no período de ditadura militar.

<sup>12</sup>Atualmente o Ministério da Saúde é responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas, voltados para prevenção, promoção e assistência à saúde dos brasileiros. Apresenta como missão “Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania”.

<sup>13</sup>Durante o governo Dutra (1946-1951) foi elaborado um plano econômico denominado de Plano Salte que tinha como objetivo na área da saúde elevar o nível sanitário da população. Com o intuito de diminuir a forte inflação o plano passou a cortar gastos com o intuito de direcionar o dinheiro público para os setores emergências: saúde, transporte, alimentação e energia resultando na diminuição do salário mínimo dos trabalhadores o que não gerou bons resultados e o plano foi fracassado em 1951.

Em 1964, instaura-se no Brasil o período de Ditadura Militar que marcou um período de autoritarismo por parte do Estado para com a sociedade.

“A ditadura passou a estar presente em todos os campos da vida social, instaurando um clima fascista generalizado e a expressar, de forma aberta, as exigências da economia política de representação monopolista.” (BRAVO 2007; p. 39).

Lima (2011) destaca que a curta experiência democrática que ocorria anteriormente foi abortada sob alegação de que precisava-se restaurar a ordem social e política, ameaçada por suposto movimento golpista de sindicalistas, trabalhadores e comunistas, e recolocar a economia nos eixos. Intensificaram-se os problemas econômicos, sociais, políticos, culturais e ideológicos; devastou-se o campo da democracia tornando articulado e dominante a classe burguesa e seu modelo autocrático. Sobre o fortalecimento da classe burguesa Netto (2008) afirma que o golpe militar de 1964 representou o interesse do Estado em manter o padrão de acumulação do capital intensificando a exclusão.

Com a dominação e controle do Estado a saúde sofreu transformações, um dos primeiros efeitos foi à redução de verbas destinadas à saúde pública. Bravo (2009) define a intervenção do Estado nesse período caracterizada como:

[...] o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (p. 93).

Lima (2011) afirma que:

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (p.60).

A postura repressiva por parte do Estado teve como consequência a desarticulação dos partidos, esvaziamento dos sindicatos, ampliação da jornada e ritmo de trabalho, eliminação de direito a greve. Bertolli (2002) afirma que a atuação do Estado resultou em um declínio da saúde pública, não só em decorrência da

redução de verbas destinadas a esse setor, como também pelo espaço que os planos de saúde privados passaram a obter na sociedade. A saúde era entendida como fenômeno individual e não como coletivo, em resumo, o setor da saúde nesse período era definido da seguinte forma: as doenças e epidemias que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do setor público que encontrava-se com poucos investimentos e o atendimento médico individual ficou sob a responsabilidade do setor previdenciário<sup>14</sup>, ressaltando a ausência de um trabalho de prevenção na saúde pública e individual, e a falta de assistência as pessoas que não tinham carteira de trabalho assinada.

A política nacional de saúde enfrentou permanentemente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009 p. 94-95).

Behring e Boschetti (2010) consideram que a ditadura militar abriu espaços para a saúde, previdência e educação privadas de modo que passou a predominar um sistema dual no acesso às políticas sociais: para quem pode e quem não pode pagar. É diante desse cenário e do autoritarismo instalado no país que a sociedade passou a ter enorme rejeição ao regime vigente Bravo (2007) define que:

A crise do 'milagre econômico' brasileiro, que se evidenciou a partir de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado como golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja, que se posicionou em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil como a Ordem de Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos. (p. 46).

Aos poucos, o país foi se tornando palco de inúmeras lutas em que a sociedade civil reivindicava a implementação de um Estado Democrático de Direito e reclamava a necessidade de uma ampla reforma constitucional. Os mais diversos

---

<sup>14</sup>As pessoas que não estavam inseridas no mercado de trabalho formal não contavam com assistência por parte do estado sendo atendidos pelas Santas Casas, de cunho filantrópico.



movimentos sociais ocuparam as ruas reivindicando a questão urbana, o direito de expressão, os direitos das mulheres, melhorias nas condições de saúde, e demais políticas públicas, entre outros. Este período, que se destaca de 1974 a 1979, foi importante para o fortalecimento da sociedade civil em defesa dos direitos mínimos da cidadania. O Estado, por sua vez, “se viu obrigado a alargar as políticas sociais” (BRAVO 2007), decorrente do alto nível de pauperização que a classe trabalhadora se encontrava. No que se refere à saúde, os investimentos na área dos serviços médico-hospitalares eram lucrativos para a classe burguesa enquanto que a grande massa trabalhadora estava longe de alcançar as mensalidades dos planos de saúde. Até a década de 80 a questão da saúde ainda enfrentava dilemas em relação à responsabilidade do Estado que continuava privilegiando os empresários, comprando serviços do setor privado enquanto que a saúde encontrava-se em crise sanitária com altos índices de mortalidade infantil e meningite.

## **2.20 movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS: lutas sociais, conquistas, perspectiva de transformação.**

No início dos anos 1980 o cenário brasileiro era caracterizado pela falência do regime econômico brasileiro que foi provocada pelo aumento do custo de vida, taxa de inflação a 200%, arrocho salarial atingindo grande parte da população, alto índice de desemprego e crise da previdência social; tornando-se necessário recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI) em 1982 (BRAVO, 2007) Segundo a autora esta profunda e prolongada crise perdura até os dias atuais.

Com a promulgação da Lei de Anistia em 1979, que permitiu o retorno dos exilados ao país e a recuperação dos direitos políticos, vários partidos políticos de direita e de esquerda passam a se organizar. Gerschman (1995) afirma que as associações da sociedade civil através de partidos, movimentos e sindicatos, colocaram limites à atuação das Forças Armadas obrigando os mesmos a criarem novas estratégias e efetuarem negociações com as forças da oposição. Nesse período abre-se um processo de democratização no país, extingue-se o bipartidarismo, que até então era predominante, e contou com a participação da sociedade nas decisões e processos políticos.

O movimento sindical consolidou-se e no período de 1980 a 1984, suas lutas se concentraram nas questões da estabilidade no emprego, reajustes salariais de

acordo com a inflação, reconhecimento da representação sindical nas fábricas (KECK, 1988 *apud* BRAVO, 2007 p. 64).

A saúde pública nesse cenário enfrentava uma grande crise os hospitais encontravam-se em precário estado de funcionamento, dificuldades em encontrar atendimento médico; 'o país é assolado por epidemias evitáveis como os surtos de cólera e dengue' (BERTOLLI, 2002). Bravo (2007) explica que esta crise ocorre devido:

[...] as reformas implantadas no governo anterior destacando-se o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS, não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. O Ministério da Previdência e Assistência Social via INAMPS, continuava predominando com as ações curativas, permanecendo a instabilidade do esquema de custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina (p. 66).

Ou seja, a saúde estava focalizada exclusivamente nos setores privados e de previdência social, em outras palavras, havia uma forte tensão entre os interesses capitalistas e os interesses da sociedade. Em decorrência dessa situação de crise a sociedade civil passou a indagar-se e criticar a forma como a saúde estava sendo tratada, a mobilização em defesa de uma nova concepção de saúde contou com a participação dos diversos sujeitos envolvidos no processo: os profissionais da saúde e os movimentos sindicais que levantaram também a bandeira da saúde. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2009). Nesse contexto compreendemos o movimento sanitário como:

[...] um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (Carvalho, 1995:48) (p. 41).

Paim (2007) compreende o significado deste movimento para a democratização da saúde como:

[...] algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, de paradigmas, de técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos (p. 136).

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES<sup>15</sup> tornou-se o veículo de ampliação e difusão do debate em torno da saúde e democracia. O Movimento de Reforma Sanitária através do incentivo às discussões em torno da situação da saúde buscou respostas para os dilemas da política de saúde no país e propôs:

[...] a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde- SUS , visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO 2009, p. 96).

Essas propostas foram apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>16</sup> em 1986 e tornou-se um marco por ultrapassar o debate da saúde apenas sob uma análise setorial, contado com a participação da sociedade civil para fortalecer e defender o movimento de Reforma Sanitária e a implementação do SUS. Segundo Lima (2011) na 8ª CNS evidenciou-se que as modificações na área da saúde deveria ultrapassar o marco da reforma administrativa e financeira, enfatizando a necessidade de uma reformulação profunda na ampliação do conceito de saúde<sup>17</sup> e sua correspondente ação institucional.

---

<sup>15</sup> O CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e surgiu no final da década de 1970 junto com a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva segundo Bertolli (2002) essas duas associações foram o primeiro passo para o desenvolvimento do processo de Reforma Sanitária

<sup>16</sup> Segundo o livro Políticas e Sistema de Saúde no Brasil elaborado pela CEBES as Conferências de Saúde surgiram em 13 de janeiro de 1937 com o objetivo de articular os governos federais com os estaduais para a formulação de políticas e concessão de auxílios e subvenções financeiras.

<sup>17</sup> A ampliação do conceito de saúde no movimento sanitário é também caracterizado pela adoção do termo saúde coletiva compreendida como um campo de saber e prática. Segundo Nunes (1994) é a partir da década de 1950 que passa a se trabalhar e discutir a questão de saúde coletiva, e a partir da década de 1970 que se consolida como um espaço crítico (inclusive com a entrada do pensamento marxista) que une os aspectos biológicos e sociais ao se trabalhar com a saúde. O autor ver “a saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica”. Conforme Paim (2007) o entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológicas, permite novos horizontes de análise e intervenção da realidade, com os seus determinantes sociais e históricos.

Nesse processo de lutas, negociações e arranjos políticos que se promulgou a Constituição Federal de 1988, representando a conquista de afirmação e extensão dos direitos sociais no país que era marcada com enormes índices de desigualdades sociais e rejeição da sociedade sobre a postura do Estado em relação aos direitos. A ‘Constituição Cidadã’ foi o marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública (LIMA 2011), com a adoção da concepção de Seguridade Social<sup>18</sup> composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, a defesa de universalização, e o dever do Estado em atender as demandas das políticas públicas, com vistas a garantir os direitos sociais de todos da sociedade, Bravo (2009) afirma que:

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (p. 97).

Devido à forte politização na área da saúde ocorreram transformações: nas práticas institucionais fortalecendo o setor público, a universalização do atendimento, a redução do papel do setor privado na saúde, entre outros. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS<sup>19</sup> e em 1988 com a Constituição Federal o Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS é regulamentado pela Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. É reconhecido como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. É organizada de forma descentralizada de modo que os três órgãos de governo: federal, estadual e municipal apresenta suas responsabilidades para o devido funcionamento. Essa descentralização tem o intuito de atender a população a nível nacional, estadual e

---

<sup>18</sup>Senna e Monnerat (2010) afirmam que desde o início do séc. XX até os anos 1980, as políticas sociais brasileiras desenvolveram-se sob a combinação de um modelo de seguro social voltado à proteção dos grupos sócio-ocupacionais com base em uma relação de direito contratual e de um modelo assistencial dirigido à população sem vínculos trabalhistas (p.194). O rompimento desta concepção de seguridade social com a Constituição consagra-se como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (EC N°20/98) Art. 194)

<sup>19</sup> A proposta do SUDS tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios, de modo que os recursos federais efetivassem o projeto de movimento sanitário no real acesso à atenção à saúde, pretendia-se garantir que os recursos destinados à saúde não se dispersassem ou fossem apropriados para fins clientelistas, eleitorais ou de capitalização de empresas privadas (LIMA 2011).

municipal de modo que onde houver necessidade de atendimento e prestação de serviços de saúde haverá a implementação e atuação do SUS. A participação dos três níveis de governo reforça a responsabilidade de financiamento por parte do Estado para a garantia do atendimento a todo e qualquer cidadão.

Além dessas características acima citadas o documento '*O SUS pode ser seu melhor amigo*' destaca os princípios norteadores do SUS, são eles:

- *Universalidade*, no atendimento a todo e qualquer cidadão independente de classe, gênero, raça, independentemente de contribuir ou não com a previdência social;

- *Integralidade* com prioridade as atividades de promoção e prevenção, e a compreensão de que a saúde deve ser tratada como um todo em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais;

- *Equidade* procurando reduzir as desigualdades no atendimento;

O SUS também prevê a participação do setor privado de forma complementar por meio de contrato administrativo ou convênio não descaracterizando a natureza pública do serviço prestado. Deve ser eficaz e eficiente com vistas a atender dignamente os usuários e os mesmos tem o direito de participação através de conselhos e conferências de saúde para garantir o caráter democrático, avaliar, criticar com intuito de fortalecer a efetivação do SUS e de seus princípios norteadores.

Em resumo identificamos e compreendemos que a década de 1980 marcou no processo histórico brasileiro a conquista de um Estado democrático de direito para a sociedade: novas concepções no que se refere à política de saúde, mobilização e participação da sociedade através do movimento sanitário que resultou em transformações para os serviços de saúde prestados. Através do SUS a saúde pública é entendida como a melhor forma de atender as demandas de todos os cidadãos. Vale ressaltar que o movimento da sociedade é contraditório, num constante movimento de avanços e retrocessos de modo que a efetivação dos direitos conquistados não ocorreu e ainda não ocorre conforme o que está contido na Constituição de 1988, nem tão pouco o SUS oferece seus serviços de qualidade e universal.

### **2.3 As implicações da contrarreforma do Estado e do neoliberalismo para a efetivação da política de saúde no Brasil: direitos conquistados e limitados**

Apesar das conquistas democráticas trazidas pela Constituição Federal de 1988, os anos de 1980 foram conhecidos como a década perdida do ponto de vista econômico (BEHRING E BOSCHETTI 2010). Diante desse cenário o projeto neoliberal que já se expressava na realidade de outros países capitalistas, passou a ser adotado no Brasil e estruturou-se a partir dos anos 1990 trazendo consequências diretas para a política social e criando estratégias para a superação da crise estrutural na qual o capitalismo estava submetido. Essa reforma do Estado brasileiro é caracterizada por Silva (2010) (*apud* BEHRING; 2003) como:

[...] uma contra reforma do Estado, que implica um profundo retrocesso social, em benefício de poucos. Esta caracterização relaciona-se ao abandono das possibilidades de ruptura com a heteronomia e de uma redemocratização política e econômica inclusiva dos trabalhadores e da maioria da população brasileira nos anos 90 (p. 49).

Diante disso, o neoliberalismo apresenta como estratégia a tentativa de retirar a responsabilidade do Estado em relação às políticas sociais e utilizar o financiamento do Estado para o fortalecimento dos interesses do capital financeiro internacional, ou seja, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (BRAVO, 2009). Na área social Silva (2010) caracteriza que os postulados neoliberais se apresentam da seguinte forma:

[...] a) o bem-estar social<sup>20</sup> pertence à esfera privada da família, da comunidade e dos serviços privados; b) o Estado só deve intervir para aliviar a pobreza extrema e produzir serviços que o setor privado não quer ou não pode fazer; c) os direitos sociais e a obrigação de garanti-los por meio do Estado, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos (p. 115).

---

<sup>20</sup> O Estado de Bem Estar Social não vivenciado no Brasil, é caracterizado por Silva (2010) *apud* Sandroni como um sistema econômico baseado na livre empresa, e com a participação do Estado na promoção de benefícios sociais. De modo que cabe ao estado a aplicação de uma progressiva política fiscal, possibilitando a execução de programas de moradia, saúde e etc. Em outras palavras o Estado tem um papel de modificar a reprodução do trabalho e controlar a população da sociedade capitalista.

Como consequência deste cenário, existem dificuldades de implementar o que está posto em legislação a partir das lutas vivenciadas e conquistadas na década de 1980. Isso porque como afirma Behring e Boschetti (2010) desde o início da história do país há uma distância enorme entre definição dos direitos em lei e sua implementação real.

A lógica neoliberal é responsável por reduzir os direitos sociais e trabalhistas, por intensificar a precarização do trabalho, aumentar o desemprego estrutural, e pelo sucateamento do conjunto das políticas públicas, especificamente a saúde. Estrategicamente a redução da ação estatal nas políticas sociais se caracteriza pelo corte de gastos e redução de benefícios, focalização dos gastos e sua canalização para grupos comprovadamente pobres; privatização da produção de serviços; e descentralização dos serviços para o nível local (SILVA, 2010). O que ocorre com a área da saúde atualmente é a desconstrução dos direitos alcançados com a Reforma Sanitária. Segundo Bravo (2009) a saúde passa a ser articulada com o mercado e a filantropização entra em cena novamente.

A década de 1990 é o momento de implementação do SUS conquistado no decorrer do movimento Sanitário, através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Esta lei que regulamentava o SUS foi vetada pelo presidente da época Fernando Collor, nos tópicos que diziam respeito à participação social, através das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos, à formulação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o pessoal do SUS (GERSCHMAN, 1995). Com isso foi necessária a pressão do movimento sanitário a fim de rever o veto e apresentou então um novo projeto de lei: a lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” Vale ressaltar que dentre os princípios contidos no SUS como universalidade no atendimento, igualdade na assistência à saúde e a integralidade, há também a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa no qual é regulada pela lei nº 8.142 enquanto que as primeiras são

reguladas pela lei nº 8.080. No que diz respeito ao governo Collor<sup>21</sup>, Faleiros (2006) afirma que:

O projeto “Brasil Novo”, de Collor, traz no bojo do neoliberalismo uma proposta de privatização, de corte dos gastos públicos, de desmonte do Estado, consubstanciado numa detalhada reformam econômica e administrativa promulgada através de Medidas Provisórias já no segundo dia do governo (p. 112).

Seus posicionamentos neoliberais se refletem na sociedade e atingem o funcionamento das políticas sociais. Na política da saúde houve uma forte diminuição de gastos públicos para a manutenção do SUS. A proposta do SUS no Brasil tem como significado maior romper com o modelo de saúde brasileiro o qual se consolidou no país:

Se por um lado, o contexto de crise econômica e democratização dos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema: por outro, nos anos 90 a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (Levcovitz, Lima e Machado, 2001 apud Noronha, Lima e Machado; 2008 p. 465).

Os problemas estruturais são relacionados às desigualdades sociais e aos conflitos entre os esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes e os problemas conjunturais referem-se à ordem institucional e organizacional de prestação de serviços que é caracterizado pela centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade (DRAIBE, 1997 *apud* NORONHA, LIMA E MACHADO, 2009).

Destaquemos também que a reforma do Estado brasileiro a partir da década de 1990 significou, segundo Silva (2010), uma desestatização em que a produção estatal de determinados bens e serviços é transferida para agentes do setor privado em nome da eficiência, produtividade e qualidade. Em outras palavras:

---

<sup>21</sup> O governo Collor (1990 à 1992) foi marcado pela redução da presença do Estado nas políticas sociais, além disso o presidente foi responsável por vetar princípios contidos na Lei Orgânica e na própria Constituição Federal de 1988 no que se refere a área da saúde, dificultou a implementação do SUS porém a sociedade não se manteve calada e houve a 9ª Conferência Nacional de Saúde na qual mostrou a necessidade e exigiu a qualidade do SUS. Collor sofreu impeachment em 1992 por está envolvido acompanhado da esposa em esquemas corruptos.



Observa-se uma clara tendência de restringir ou modificar a ação do Estado seja pela redução da aplicação de recursos públicos, seja pela transferência de responsabilidades para instituições privadas, consideradas de interesse público, embora não sejam estatais, mas com aporte de recursos do orçamento público (p.141).

Este cenário que dificulta e prejudica o funcionamento do SUS trás como consequência a precarização dos serviços de saúde de modo que o princípio de universalidade não é cumprido. Além de abrir espaço para constante conflitos entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde privatista.

O projeto de Reforma Sanitária defende 'que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde' (BRAVO, 2009), no que se refere ao projeto privatista é pautado em uma política de ajuste desresponsabilizando o Estado em relação às políticas sociais e de saúde para toda a sociedade e resumindo a prestação de serviços oferecidos somente aos que não tem condições de pagar por um atendimento a saúde nos setores privados.

Silva (2010) aponta alguns aspectos sobre o projeto privatista cujo governo transfere hospitais recém-construídos para instituições privadas sem fins lucrativos recebendo recursos financeiros pela prestação de serviços ao SUS. Os fundos públicos cobrem os outros déficits. Compreende ainda que:

As organizações sociais constituem estratégia de privatização, pelo repasse de recursos públicos a instituições privadas, pela possibilidade de contratação de servidores sem concurso público e pela desobrigação de cumprimento da Lei de Licitações, aplicável aos órgãos públicos (p.143).

E conclui que:

A saúde é área da política social em que se vislumbra, com maior clareza, a tendência privatizante, na prática mais do que no próprio discurso. Em outros termos, o que se passa na área da saúde é emblemático da forma pela qual a sociedade brasileira, por meio das elites dominantes e dirigentes, vem concebendo a gestão social (p. 145).

Conforme Marques e Ugá (2011) este modelo de reforma no âmbito da proteção social e da saúde está ligado às políticas de ajustes proposta pelo sistema neoliberal que é conduzido pela busca de um:

[...] equilíbrio macroeconômico e eliminação do déficit fiscal, a redução do papel do Estado nas políticas sociais (via privatização) e a diminuição substancial do gasto público na provisão de serviços relacionados a essas políticas (via os mecanismos de contenção da demanda e de seletividade da oferta, ou seja, a reforma nos moldes neoliberais) passando a ocupar um lugar estratégico no desenvolvimento das próprias políticas de ajuste econômico (p. 199 e 200).

O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi principal propulsor da política neoliberal no Brasil donde o Estado passa a assumir o suporte nas condições do mercado globalizado substituindo o seu papel de promotor do desenvolvimento interno. Faleiros (2006) caracteriza esse cenário da seguinte maneira:

[...] a abertura comercial aos investimentos estrangeiros, a privatização, a terceirização, a implementação de parcerias com organismos da sociedade, a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado fazem parte de um pacote de ações que foram sendo implementadas como padrão pelo Fundo Monetário Internacional (p. 158).

Conforme Antunes (2004) após a forte ‘desertificação econômica e social’ na qual Collor e FHC impulsionaram; o cenário político brasileiro era favorável a uma vitória das esquerdas no Brasil: em 2003 a eleição de Lula<sup>22</sup> como o presidente do país marcou um importante momento na história da política brasileira com a primeira vez que um candidato de origem operária é eleito. Via-se, portanto que sua eleição foi uma resposta da sociedade ao sistema neoliberal vigente (BRAVO, 2010). O governo Lula é caracterizado por Antunes (2004) como responsável pela manutenção:

[...] de uma política econômica que aprofunda a sujeição, amplia o desemprego e a informalidade do trabalho, além de estancar a

---

<sup>22</sup> A gestão do Governo Lula ganhou o apoio das classes populares devido a criação do Programa de transferência de Renda: O Bolsa família que não se constitui como um direito por se tratar de uma política de governo que pode ser retirada a qualquer momento.

produção em benefício dos capitais financeiros. Sua postura em relação aos transgênicos curvou-se e cedeu às transnacionais e sua ação contra a previdência pública foi a visceral e completa negação de todo o seu passado, gerando frenesi e catarse junto aos novos operadores e 'analistas simbólicos' dos fundos de previdência que vislumbram, sob a batuta do PT, a feliz confluência do mundo financeiro com o sindicalismo de negócios (p. 166).

O autor ainda conclui que o partido do PT que surgiu na 'luta de classes' se converteu no partido que incentiva a 'luta intraclasse' o que significa a fragilização da classe trabalhadora que atualmente se subdivide em trabalhadores privados e trabalhadores públicos: uma mesma classe que não se enxerga como tal impedindo assim a união, e militância para obtenção de interesses comuns no que se refere aos direitos.

Na área da saúde, o que se percebe é que o governo continuou mantendo a relação de disputa entre os dois projetos: privatista e reforma sanitária. Além disso, no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos (BEHRING, 2004 *apud* BRAVO, 2011) significando a focalização das políticas sociais (SOARES, 2004 *apud* BRAVO, 2011). Bravo (2011) declara que na gestão de Lula "há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital".

Sobre a política de saúde Bravo (2011) afirma que o governo ora fortalece a Reforma Sanitária (com a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o ministério, a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde) e ora fortalece o projeto privatista dando ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Apesar do governo Lula não ter defendido princípios centrais da Reforma Sanitária (como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador) houve importantes debates sobre a legalização do aborto como questão de saúde pública, necessidade de fiscalizar farmácias e restringir a propaganda de bebidas alcoólicas, além disso durante seu governo houve discussões para a implementação da Emenda Constitucional nº29 que apresenta o intuito de assegurar os recursos mínimos para o

financiamentos das ações e serviços públicos de saúde. Porém a seguinte Emenda Constitucional foi vetada no governo Dilma.

Ao ser eleita a atual presidente Dilma Rousseff <sup>23</sup> afirmou que uma de suas prioridades seria a consolidação do SUS, a qualidade e garantia da prestação de serviços aos usuários e ressaltou a necessidade de parcerias com os setores públicos da saúde que como já foi debatido desfaz a construção e defesa do SUS pensado e formulado durante a década de 80 (BRAVO; 2011).

O atual governo tem estudado a ideia junto ao FMI de desvinculação de recursos para a saúde e educação retirando assim a responsabilidade da União, Estado e Municípios de gastarem o dinheiro arrecadado para esses setores (BRAVO; 2011). Bravo (2009) afirma que “as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos”.

É diante da política de ajuste e desresponsabilização do Estado na política da saúde implementados no Governo Collor, Fernando Henrique, Lula e atualmente o governo Dilma que o financiamento e recursos para a área da saúde estão muito aquém do necessário, prejudicando a implementação do SUS conforme previsto em lei. Os maiores prejudicados no atendimento à saúde são os usuários que não apresentam condições de pagar por um plano de saúde, são obrigados a serem atendidos quando precisam em condições subumanas por falta de investimento do Estado nos hospitais públicos.

---

<sup>23</sup> Primeira mulher presidente eleita no Brasil em 2010 obtendo forte apoio do Presidente Lula.

### **3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: MEDIAÇÕES PARA A GARANTIA DE DIREITOS**

Diante do atual cenário da política de saúde no Brasil caracterizado pela precarização do atendimento e da prestação dos serviços de saúde, cujo Estado ao defender os interesses do capital e da ofensiva neoliberal contribui para a violação dos direitos; é indispensável a atuação do Assistente Social como mediador nas relações entre políticas públicas e usuários. Apresentando um projeto profissional crítico com a perspectiva de garantia dos direitos aos usuários, o profissional se depara com limites e possibilidades de atuação frente aos desafios posto cotidianamente decorrente da atual conjuntura da sociedade brasileira e da política de saúde. A respeito da inserção do assistente social na área da saúde Dalva Costa (2009) em sua dissertação de mestrado afirma que:

[...] nos serviços da saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob os quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (p. 310).

Portanto, é a partir da dinâmica histórica da sociedade brasileira que o serviço social vai se constituindo com modificações nas condições do exercício profissional, na incorporação de novos referenciais teórico-culturais e ideológicos (BRAVO 2007).

A década de 1990 constitui para a profissão do Serviço Social um amadurecimento teórico que se apresenta repleto de contradições como, por exemplo, na área da saúde cujo profissional passa a ser requisitado por dois projetos políticos em disputa. Hegemonicamente na categoria há uma defesa intransigente ao projeto de Reforma Sanitária contido na Constituição de 1988, no projeto profissional, e nos Parâmetros de atuação do assistente social na saúde (CFESS, 2009). Porém, requisita-se do profissional a atuação com vistas ao fortalecimento do projeto privatista. Conforme Francis Sotré (2010) a saúde pública tem-se expressado uma espécie de “saúde-fábrica”, os próprios assistentes sociais se vêm “obrigados” a reproduzirem as normas institucionais tornando o seu trabalho mecanizado, isto se explica por diversos fatores: a relação de contrato entre a

instituição e o assistente social, dos profissionais com muitas demandas a serem atendidas em pouco espaço de tempo, as dificuldades de compreensão da própria sociedade (instituição, funcionários, assistentes sociais e usuários) sobre as devidas atribuições e competências profissionais. Gera-se dessa forma a dificuldade de manter a compreensão da saúde como um processo mais amplo e que precisa de uma articulação e trabalho interdisciplinar de todos os profissionais da área.

### **3.10 trabalho do Assistente Social na saúde: necessidade socio-técnica e limites profissionais**

A partir da década de 1940 o Serviço Social<sup>24</sup> buscou afirmar-se historicamente como uma prática de cunho humanitária, através da legitimação do Estado e da proteção da Igreja (Omena, 2010). O Assistente Social passa a ser considerado necessidade nas diversas áreas e exige-se uma especialização técnica, ou seja, o perfil do assistente social não seria apenas de moças boas que tinham interesse em ajudar nos trabalhos da Igreja em prol dos pobres; era necessário especializar-se estamos falando de um período que data a partir de 1942. O período a partir de 1945 é compreendido por Bravo (2009) como o momento de expansão do Serviço Social no Brasil decorrente do aprofundamento do capitalismo e o fim da 2ª Guerra Mundial. A atuação na área da saúde adquire viés burocrático e concentra-se nos ambientes hospitalares, neste período lamamoto (2009) afirma que:

No campo do Serviço Social médico, as iniciativas são ainda extremamente embrionárias. Estarão ligadas inicialmente à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do

---

<sup>24</sup> Cabe situar brevemente que o Serviço Social surge no Brasil em um período histórico (década de 20 e 30) quando a Igreja Católica e o Estado eram aliados e tinham como interesse comum manter o controle e a ordem social. lamamoto (2009) afirma que a implementação do Serviço Social: “Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica (p. 127).” Desse modo as características de atuação profissional eram a caridade e a repressão visto que seguia os princípios e ideologia cristã. Com isso a participação da Igreja Católica na vida social das pessoas era intermediada pelos assistentes sociais, prestando assistências aos pobres e ditando valores para as famílias segundo o que a Igreja pregava e inclusive interferindo na vida dessas famílias em prol da manutenção dos trabalhadores em seus trabalhos precarizados.

tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança” (p. 196).

O caráter de atuação profissional era caracterizado segundo Iamamoto (2009) por resoluções burocráticas das instituições, assistencialismo, e um trabalho voltado para as famílias dos operários com o intuito de adaptar os indivíduos ao meio, pois acreditavam que assim acabaria com a fome, miséria e doenças. Conforme a autora o assistente social era o profissional “adequado” para restabelecer a ordem social baseada na justiça e caridade utilizando-se da ciência e técnica para ajustar os indivíduos na sociedade.

A década de 1950 no Brasil marcou o período de desenvolvimentismo, e urbanismo no país na área da saúde fortalece-se a saúde privatista e a medicina previdenciária continuava sendo oferecida pelos institutos somente para quem contribuía. No que se refere ao trabalho do assistente social, requisitava-se uma ação profissional de abordagem individual, grupal e de comunidade; com a perspectiva de “ajustar” as pessoas às normas e valores vigentes o assistente social utilizava-se de técnicas psicológicas psicanalistas e terapêuticas para a realização de trabalho em grupos ou seja, uma prática restrita a atendimentos individuais e grupais centrados na promoção da tríade “ordem, moral e higiene”. Com o desenvolvimento de comunidade a profissão volta-se também para o desenvolvimento de práticas cujo objetivo se expande para a promoção da harmonia social na relação Estado/Sociedade, através de uma abordagem mais coletiva (TRINDADE; 2001). Este período vai gerar transformação na categoria profissional que permitem os mesmos identificarem a necessidade de acompanhar as modificações da sociedade brasileira deixando de ser “apóstolos” (com ações voltadas aos pensamentos morais e cristãs) para investirem na condição de “agente de mudança” (com a incorporação de correntes teóricas e metodológicas) (OMENA; 2010 *apud* Netto; 2005).

Em início dos anos 1960 as ações do assistente social na área da saúde eram voltadas para o controle sobre o comportamento do trabalhador, responsabilizando-o pelo seu estado de saúde (RIBEIRO; 2008). Porém esta mesma década torna-se palco de discussões e debates na categoria referentes ao seu conservadorismo predominante, ocorrendo três projetos em debate *a modernização conservadora*,

*reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura*, este último surgiu em decorrência do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina. O movimento contribuiu para a compreensão do compromisso da profissão com a classe trabalhadora e adota a vertente teórica marxista na crítica ao positivismo e funcionalismo que até então orientava a atuação profissional. Omena (2010) considera que:

O Movimento de Reconceituação trouxe para os assistentes sociais a identificação político-ideológica da existência de lados antagônicos – duas classes sociais antagônicas – dominantes e dominados, negando, portanto a neutralidade profissional, que historicamente tinha orientado a profissão. Esta revelação abriu na categoria a possibilidade de articulação profissional com o projeto de uma das classes, dando início ao debate coletivo sobre a dimensão política da profissão (p.6).

Portanto este Movimento de Reconceituação marca no Serviço Social a expressão de ruptura da profissão tradicional e conservadora para a construção de uma proposta concreta de intervenção definindo objeto e objetivos do Serviço Social para além do conservadorismo, através da aproximação com o marxismo (Omena; 2010). Entretanto, esta intenção de ruptura foi abortada ao se instaurar no país a ditadura militar.

O pós 64 foi palco de transformações na prática profissional do serviço social especialmente na saúde, devido às novas exigências advindas da área da saúde e da reorganização institucional, dos movimentos sociais e da própria conjuntura em questão (BRAVO 2007). A saúde passa a contar com poucas verbas por parte do Estado abrindo espaço para o fortalecimento da saúde privada. Bravo (2007) caracteriza a saúde nesse período da seguinte forma:

[...] as deficiências da saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde enquanto o atendimento médico individual ficou sob a responsabilidade do setor previdenciário... O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior (p. 42).



A prática profissional do assistente social nesse período de ditadura militar, com a influência da *modernização conservadora* na categoria é definida por Netto (2008) como:

A racionalidade burocrático-administrativa com que a “modernização conservadora” rebateu nos espaços institucionais do exercício profissional passou a requisitar do assistente social uma postura ela mesma “moderna”, no sentido da compatibilização do seu desempenho com as normas, fluxos, rotinas e finalidades dimanantes daquela racionalidade. A prática dos profissionais teve de revestir-se de características – formais e processuais – capazes de possibilitar, de uma parte, o seu controle e a sua verificação segundo critérios burocrático-administrativos das instâncias hierárquicas e, doutra, a sua crescente intersecção com outros profissionais (p. 123).

Essa perspectiva de modernização conservadora<sup>25</sup> definida por Netto consiste em adaptação do Serviço Social ao regime do estado autoritário. A conjuntura da ditadura militar interfere na prática e formação profissional cujas mudanças na profissão eram referentes à especialização no manejo da burocracia propostas pelas instituições que atuavam de modo que o Serviço Social continuava baseando-se em uma forma conservadora, porém se adequando estrategicamente as novas demandas existentes que consistia na manutenção do sistema vigente sob o comando do capitalismo. As ações previstas para a atuação do assistente social nos órgãos de assistência médica são:

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para a mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica (BRAVO 2007, p. 102).

---

<sup>25</sup> A modernização conservadora é caracterizada segundo Netto (2009) pelo momento em que o Serviço Social passa a expandir-se no âmbito universitário, com o intuito de atender a conjuntura do regime ditatorial substitui a tradicional forma de atuar baseada no “confessionalismo”, “paroquialismo” e “provincianismo” e adota o racionalismo. Em resumo a modernização conservadora “redefine a base da legitimidade profissional ao se redefinirem as exigências do mercado de trabalho e o quadro de formação para ele” (p.127).

Diante do contexto e das novas exigências houve uma ampliação no mercado de trabalho para o assistente social na saúde individual especificamente na previdência social.

Na década de 1970 o Serviço Social inicia um processo de rompimento com o conservadorismo ao se aproximar de teorias marxistas ainda que de forma enviesada (não havia a busca diretamente as fontes) que só vai se consolidar na profissão a partir de 1980. Este momento é definido por Netto (2009) como intenção de ruptura<sup>26</sup>, enquanto que o cenário da sociedade brasileira também procurava romper com o regime autoritário e conservador.

Em 1972 com a aprovação do Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência na assistência a saúde ficou definida as seguintes ações:

[...] recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 2007 p. 103).

Portanto, exigia-se do assistente social a adoção de formas de análise e atuação profissional com vistas ao setor previdenciário. Conforme caracterizado por lamamoto (1982) (*apud* BRAVO, 2007), o Assistente Social era o “profissional da assistência” responsável pela distribuição, controle e uso dos benefícios pela “população cliente”. Destaca-se que a partir desse período a área da saúde (dos serviços oferecidos pelas instituições filantrópicas, ou a assistência médica prestada aos trabalhadores através da previdência social) passou a ser um dos maiores espaços de atuação profissional, não havia ênfase em ações na saúde pública.

Entre 1974 e 1979 a “*perspectiva modernizadora*” é posta em questão e outras duas vertentes no Serviço Social passam a fazer parte da profissão: partes da

---

<sup>26</sup> A Intenção de ruptura consiste em mais o momento por qual a renovação do serviço social passou ao longo de sua formação sócio-histórica. Segundo Netto (2009) este “projeto de ruptura evidenciou-se e explicitou-se primeira e especialmente como produto universitário sob o ciclo autocrático-burguês” de modo que não houveram grandes difusões no espaços ocupacionais. Em resumo o projeto de intenção de ruptura aproximou o serviço social à perspectivas crítica, e fortaleceu-se a partir da década de 1980.

categoria baseavam-se na “*reatualização do conservadorismo*”<sup>27</sup> que consiste na volta ao passado ao dimensionar sua prática a partir de pensamentos da Igreja Católica e outras na “*intenção de ruptura*” na tentativa de romper com o conservadorismo até então predominante na profissão. Essas vertentes entraram em conflito. Apesar da perspectiva de ruptura aliar-se ao movimento sindical e apresentar importantes discussões para a categoria não conseguiu adentrar sobre os espaços institucionais dos profissionais de modo que no campo da saúde os assistentes sociais aderiram às atividades liberais, abrindo consultórios com outros profissionais para ações em terapia familiar. O Serviço Social não se inseriu nas ações de saúde comunitária ficando sob a responsabilidade de outros profissionais (NETTO, 2009).

Bravo (2007) afirma que a atuação do assistente social na saúde comunitária permitiria uma ação global nas discussões sobre as condições de saúde e abriria à comunidade a instituição, de modo a viabilizar a participação da comunidade nas instituições públicas. Segundo a autora essa característica ainda se reflete atualmente na profissão, pois a saúde coletiva continua não sendo reconhecida pelas instituições e pela própria categoria como um espaço de intervenção profissional. No que se refere à participação do assistente social nos primeiros momentos e discussões do movimento sanitário a autora assinala que:

[...] o Serviço Social continuou sua orientação norteadora na perspectiva ‘modernizadora’, com uma ação predominantemente rotineira, burocratizada, empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade. As condições de vida e trabalho como fundamentais para a saúde não foram valorizadas, bem como a participação popular (p.118).

Conforme Bravo (2007) entre 1979 e 1984 as três vertentes de renovação do Serviço Social continuam atuando: a vertente “*modernizadora*” que estabelece conexões com a perspectiva de “*reatualização do conservadorismo*” e a “*intenção de ruptura*” que criticava a perspectiva modernizadora por ser conivente com o regime militar. Este período, que se caracteriza pela abertura política no país com a

---

<sup>27</sup> Segundo Netto (2009) nesta perspectiva valoriza-se a elaboração teórica, houve críticas ao pensamento positivista que imperou no Serviço Social durante um período, porém adotaram a fenomenologia para dar suporte teórico e como verdade absoluta, esta vertente recupera os valores tradicionais que marcaram o início do Serviço Social e trata a questão social como problemas dos indivíduos em particular.

ampliação da liberdade democrática colabora para o desenvolvimento da “intenção de ruptura” no Serviço Social. Amplia-se a concepção de instituição e da política sob os fundamentos de Gramsci. Houve também a divulgação de produções e conhecimentos no Serviço Social por meio da Revista Serviço Social e Sociedade e livros.

Os assistentes sociais no âmbito da política de saúde continuavam distantes da reflexão e aprofundamento teórico que ocorria no Serviço Social, devido as suas condições de subalternidade, pois o principal profissional era o médico<sup>28</sup>. Alguns poucos assistentes sociais da área da saúde visualizavam a saúde coletiva e a importância de atuar em centros de saúde e ambulatórios, enfocando os determinantes sociais da questão (BRAVO 2009, p. 124-125).

Entre 1985-1990 a perspectiva de “*intenção de ruptura*” consolida-se academicamente. Conforme Netto (1989) *apud* Bravo (2007, p.129) essa direção adquire sua plena cidadania no cenário do Serviço Social no Brasil atingindo não só as universidades como também as organizações representativas da categoria (ANAS, ABESS e CFAS). Vale salientar que apesar das vertentes “*modernizadora*” e “*reatualização do conservadorismo*” não elaborarem grandes produções nesse período continuou influenciando nas áreas de ação dos assistentes sociais. Sobre o Serviço Social na saúde neste período Bravo (2007) afirma que:

O Serviço Social na saúde continuou na execução terminal das políticas sociais, através de sua ação nas instituições e, em alguns estados brasileiros, houve tentativas de operacionalizar as propostas emergentes na política de saúde como, por exemplo, Bahia, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro (p.134).

Nesses estados houve ações dos assistentes sociais na perspectiva de garantir a participação da população para que os mesmos pudessem avaliar e propor melhorias nas ações integradas da saúde. Conforme Teixeira (1989) *apud* (Bravo 2007) a política de saúde na década de 1980 apresenta três aspectos centrais:

[...] a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Os profissionais

---

<sup>28</sup> Trataremos mais adiante sobre as relações e correlações de forças existente na área da saúde e especificamente no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

de Serviço Social deram uma contribuição, embora pequena, à politização da saúde nos seus fóruns de discussão e nos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares (p.140).

A década de 1980 representou um marco na história brasileira no que se refere à concepção de direitos sociais, democracia e particularmente na área da saúde com uma nova forma de compreender e tratar a questão de saúde sendo fruto das discussões e mobilização do movimento de Reforma Sanitária Brasileiro. O Serviço Social nesse período sofreu transformações que tinham sido abortadas anteriormente trazendo a tona debates em relação a seu trabalho e atuação profissional sob uma perspectiva crítica que resultará na década de 1990 na consolidação hegemônica na categoria profissional. É, portanto, na década de 1990 quando o Serviço Social adquire uma maturidade profissional e se posiciona a respeito dos direitos, e especificamente na área da saúde se posiciona e defende a reforma sanitária, que se instaura no país a política neoliberal contribuindo para a regressão dos direitos sociais adquiridos na década anterior. Sodré (2010) define que o cenário dos anos 1990 no Brasil é marcado pela:

[...] “naturalização” da mercantilização da vida no capitalismo avançado, transformando os cidadãos sujeitos de direito em um “cidadão consumidor”, o desempregado em um “empreendedor” ou um mero cliente das políticas de assistência social focalizadas (p.461).

A política neoliberal repercute na classe trabalhadora e por sua vez na atuação do assistente social no processo de precarização do trabalho, condições inadequados de espaço físico para se trabalhar, fragilização dos vínculos empregatícios de modo que desqualifica a prestação dos serviços de qualidade, influencia na organização da categoria profissional e minimiza a sua autonomia limitando a efetivação de seu projeto ético político com base em uma perspectiva crítica.

Sodré (2010) avalia que diante deste cenário e principalmente da chegada do neoliberalismo os rebatimentos sob a política de saúde consiste na disputa constante entre dois projetos: o projeto privatista e o de reforma sanitária. Obviamente esses projetos vão refletir no Serviço Social de modo que o projeto privatista requisita do assistente social posturas como: seleção socioeconômica dos

usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Já o projeto de Reforma Sanitária apresenta como demandas para o Serviço Social: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRAVO, 2007).

Partindo da perspectiva de intenção de ruptura que atualmente é hegemônica na categoria, o Serviço Social deve defender o projeto de Reforma Sanitária. Esta possibilidade, de defesa intransigente dos direitos e da participação da sociedade na política de saúde e até mesmo em outras políticas sociais é possível a partir da adoção e compreensão do projeto ético político profissional que proporciona ao profissional a compreensão de seu compromisso com a construção de uma sociedade humana, digna e justa. Mais do que isso o projeto profissional possibilita ao trabalho profissional o entendimento das expressões da questão social a partir da tríade singularidade, universalidade e particularidade, entendendo o espaço de intervenção como um campo de mediações<sup>29</sup> que se estrutura sobre determinações histórico-sociais constitutivas dos complexos sociais (MARTINELLI E MORAES, 2011, p. 6).

### **3.2 O projeto ético-político e o trabalho do Assistente Social na área da saúde: atribuições, competências profissionais e desafios de intervenção na perspectiva de garantia dos direitos na contemporaneidade.**

O Serviço Social reconhecido enquanto profissão apresenta um projeto profissional que iniciou seu debate e construção no final da década de 1970 e consolidou-se entre as décadas de 1980 e 1990. Até a década de 1960 o Serviço Social apresentava predominantemente um conservadorismo<sup>30</sup> profissional, a

---

<sup>29</sup> Retornaremos o debate desta categoria no Terceiro Capítulo deste trabalho.

<sup>30</sup> Segundo Yamamoto e Carvalho (2009) o conservadorismo profissional se caracteriza como uma forma de intervenção ideológica que se baseia no assistencialismo como suporte de uma atuação cujos efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento das populações pobres e carentes, o que engloba o conjunto das classes exploradas. Não pode também ser desligado do contexto mais amplo em que se situa a posição política assumida e desenvolvida pelo conjunto do bloco católico: a estreita aliança com o 'fascismo nacional', o constituir-se num polarizador da opinião de direita através da defesa de um programa profundamente conservador, a luta constante e encarniçada contra o socialismo, a defesa intransigente das relações sociais vigentes (p.221 -222).

consolidação de um projeto ético político profissional é marcada pela construção do Código de Ética de 1993 que só foi possível devido a:

[...] organização política da categoria profissional, no amadurecimento de uma vertente teórica histórico-crítica e no posicionamento ético das entidades representativas da categoria nos encontros, deliberações e intervenções consubstanciadas, em especial, nos Congressos Brasileiros a partir de 1979, na Reforma Curricular de 1982 e 1996, nos Códigos de Ética de 1986 e 1993 (BARROCO, 2000; p. 130).

Essas mudanças ocorridas na categoria profissional é proveniente da conjuntura histórico-político brasileira marcada pela ditadura militar e um conservadorismo exacerbado que a partir da década de 1970 passa a ser questionado pela sociedade dando-se início a crise da ditadura brasileira. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social<sup>31</sup> marcou o momento de análises, debates e discussões a respeito do conservadorismo não só na categoria como na própria sociedade brasileira. A década de 1980 que marca no país o momento de grandes conquistas como as ações democráticas, as conquistas de direitos sociais com a Constituição de 1988; também requisitou à profissão do Serviço Social profundas transformações políticas e sociais. Sobre este cenário Netto (2009) afirma que:

A luta pela democracia na sociedade brasileira, encontrando eco no corpo profissional, criou o quadro necessário para romper com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social: no processo da derrota da ditadura militar se inscreveu a primeira condição – a condição política – para a constituição de um novo projeto profissional (p. 150).

É, portanto nesta década de 1980 que no Serviço Social ocorre grandes produções teóricas sob uma perspectiva crítica que levaria a configuração e consolidação do projeto ético político profissional. Os projetos profissionais existentes no Serviço Social baseavam-se nos Códigos de ética<sup>32</sup> que por sua vez

---

<sup>31</sup> Consiste em um movimento no serviço social de crítica ao positivismo e funcionalismo, fundamentando a vertente marxista na profissão.

<sup>32</sup> Houve os Códigos de Ética de 1947, 1965, 1975 sob forte influência de perspectivas conservadoras. O código de Ética 1986 dá início à perspectiva marxista. O código de Ética de 1993 fortalece ainda mais o marxismo na categoria profissional.

eram construídos com bases em correntes teóricas que influenciavam a atuação profissional como: o neotomismo<sup>33</sup>, o positivismo<sup>34</sup>, funcionalismo e a fenomenologia. Somente quando a profissão adota a vertente marxista cujos debates iniciam-se na década de 1970 é que o projeto profissional passar a ser compreendido de maneira ampla. O grande marco para a construção de um projeto profissional crítico foi o Congresso da “Virada” de 1979. Conforme Ramos (2009) este momento simbolizou a insatisfação com a realidade da sociedade e da profissão, em outras palavras “nas contradições de um período nefasto, como a ditadura, encontramos o solo para descobrir, elaborar e aglutinar anseios coletivos por uma nova forma de apreender a sociedade e a profissão.” Netto (2009) define que:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (p. 144).

Na década de 1990 o assistente social passa a apresentar hegemonicamente<sup>35</sup> na categoria um projeto profissional crítico, vale ressaltar que a adoção deste projeto foi consequência de um longo processo de amadurecimento da categoria em discussões, análises que até os dias atuais não necessariamente atingiu toda a classe profissional. Conforme Ramos (2009)

---

<sup>33</sup> Consiste em uma corrente filosófica baseada em Santo Tomás de Aquino que norteou a profissão do Serviço Social desde 1936 até 1960 de maneira preponderante. Apresentando princípios de dignidade da pessoa humana, do bem-comum. Essa corrente fortalecia a Doutrina Cristã da Igreja Católica para a atuação profissional do Assistente Social.

<sup>34</sup> O positivismo inseriu-se no Brasil no período do Império a favor da República no país apresentava pontos em comum com a Igreja: o respeito à autoridade, a crença de que através das elites se educa o povo e a ideologia da ordem. A influência do positivismo no Serviço Social aproximou a profissão aos procedimentos de caráter científico, como pesquisas, métodos estatísticos e métodos monográficos sem, contudo, deixar de existir a influência da Doutrina Católica na profissão.

<sup>35</sup> A categoria hegemonia aqui tratada baseia-se na concepção de Gramsci. Conforme a autora Ramos a hegemonia é tratada por diversos analistas do serviço social “como direção ético-política e teórica que sustenta determinada direção estratégica, representando uma dada compreensão de realidade e de profissão e de formas de enfrentamento adotadas por segmentos dos(as) assistentes sociais e suas entidades representativas: embora possa não ser majoritária na categoria profissional.” Em outras palavras a categoria hegemonia não representa necessariamente quantidade.



O Projeto Ético Político representa a profissão no contexto histórico, garantindo a análise da sua particularidade e da sua relação com outros sujeitos sociais e profissionais, na busca, sob determinadas condições sócio-econômicas de estabelecer alianças e parcerias na defesa de valores e princípios comprometidos com a emancipação humana (p. 42).

Mais do que isso é preciso compreender que o PEP na profissão apresenta um aspecto de análise e transformação que não se esgota, visto que a sociedade a qual a categoria profissional está inserida sofre transformações que interferem diretamente no trabalho e análise profissional. Sobre o significado da dimensão crítica que o projeto representa para a profissão, Yolanda Guerra (2007) afirma que o projeto ético político é:

[...] uma possibilidade (o que não quer dizer efetividade) de os profissionais tomarem consciência dos fundamentos (objetivos e subjetivos) sobre os quais a prática profissional se desenvolve, porque os projetos profissionais se organizam em torno de um conjunto de conhecimentos teóricos e de saberes interventivos, de valores, princípios e diretrizes éticas e políticas, de orientações sobre o perfil de profissional que se deseja formar e de diretrizes para tal (p. 8).

Em outras palavras o atual Projeto Ético-Político do Serviço Social é um tipo de projeto coletivo que apresenta um projeto societário representando uma imagem da sociedade a ser construída através de valores éticos e dimensão política de maneira democrática para defender os interesses das classes trabalhadoras e subalternas (NETTO, 2009). O projeto profissional do Serviço Social defende uma nova ordem social sem exploração, dominação de classe, reconhece a liberdade como valor central resguardando a autonomia e emancipação dos indivíduos sociais. A dimensão política deste projeto se posiciona a favor da equidade e justiça social, na universalização dos acessos a bens e serviços oferecidos pelas políticas e programas sociais, e principalmente na garantia dos direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos independentemente de classe, gênero ou etnia (NETTO; 2009).

Levando em consideração as características e princípios defendidos pelo projeto profissional do Serviço Social identificamos os seus limites devido a conjuntura da sociedade brasileira a qual estamos todos inseridos. A existência do projeto neoliberal desresponsabiliza o Estado na viabilização das políticas sociais refletindo diretamente na atuação do assistente social que defende um projeto

profissional, princípios e valores que vão totalmente contra ao sistema vigente. Sobre esta discussão cabe-nos compreender sob que condições o Serviço Social enquanto profissão está inserida na sociedade capitalista.

O Serviço Social é regulamentado enquanto profissão em 1993 através da lei 8.662 que define suas atribuições e competências profissionais, além de seus deveres e direitos enquanto categoria profissional. Seus estatutos legais e éticos que regulamentam socialmente suas atividades, tem em seu exercício uma representação social que depende das relações que estabelece com os sujeito sociais que o contratam.

[...] a condição de trabalhador assalariado, regulada por um contrato de trabalho impregna o trabalho profissional de dilemas da alienação e determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores, ainda que se expressem de modo particular no âmbito desse trabalho qualificado e complexo (IAMAMOTO, 2008 p. 215).

A autora afirma que as exigências postas pelos empregadores que delimitam a matéria do Serviço Social, interferem nas condições que se operam os atendimentos e seus efeitos na reprodução das relações sociais implica em um trabalho alienado na categoria que subordina o trabalho do assistente social as condições do mercado comprometendo totalmente e/ou parcialmente sua autonomia profissional.

Resguardar a relativa autonomia na condução do exercício profissional supõe potenciá-la mediante um projeto profissional coletivo impregnado de história e embasado em princípios e valores radicalmente humanistas, com sustentação em forças sociais reais que partilham de um projeto comum para a sociedade (IAMAMOTO, 2008 p. 219).

Em outras palavras o Serviço Social é uma profissão que se caracteriza na especialização do trabalho coletivo, compreendendo o profissional como trabalhador que se insere na divisão social e técnica do trabalho própria da sociedade capitalista, que no Brasil caracterizou-se de forma tardia, periférica e dependente (GUERRA, 2011).

Portanto o Serviço Social é uma prática profissional que nasce na sociedade capitalista nesse cenário as ações do assistente social limita-se e/ou potencializa-se,

como executor terminal das políticas sociais a partir de suas configurações e padrões dessas políticas sociais vigentes.

Neste âmbito, o padrão atual das políticas sociais privatista, mercantilista e assistencialista potencializa intervenções pontuais, focalistas, imediatistas, burocráticas, miméticas, repetitivas, pragmáticas e eminentemente instrumentais, exigindo pouca qualificação para responder às demandas imediatas (GUERRA, 2011 p.4).

A autora conclui que são essas questões que apresentam aos assistentes sociais desafios para a intervenção limitando-as e tornando-os meros responsáveis por facilitar o acesso da população aos serviços sociais. Esta intervenção é fundamental para a manutenção do sistema capitalista e é necessidade da população usuária dos serviços, porém não deve ser o foco principal de atuação profissional, pois desta maneira enfraquece o projeto profissional hegemônico e acima de tudo compromete a concepção de direitos sociais adquiridos ao longo da história da sociedade brasileira.

Em se tratando da área da saúde, os limites de atuação profissional são constantes e desafiantes para os assistentes sociais. Levando em consideração a atual conjuntura do Estado brasileiro cuja ofensiva neoliberal é predominante, a saúde pública é “esquecida” pelos governantes de modo que só há intensificação de violações de direitos aos usuários: com a precarização dos hospitais públicos, péssima qualidade nos serviços prestados, além das dificuldades e condições de trabalho dos profissionais na área da saúde.

Desse modo o assistente social está inserido em um conflito entre a tentativa profissional em atuar frente a uma perspectiva crítica na garantia dos direitos e a atuação do Estado conforme os moldes neoliberais, reduzindo o financiamento para a manutenção da saúde pública. Desse modo, ocorre cotidianamente tentativas de “distorcer” as atividades, atribuições e competências profissionais. Diante desta realidade vivenciada pelos assistentes sociais na política de saúde cujas demandas surgem ora por parte dos usuários, ora por parte dos funcionários e da própria instituição, que um Grupo de Trabalho “Serviço Social e Saúde” com o apoio do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS formulou o documento intitulado Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde lançado em 2009. Este documento visa fortalecer o atendimento do assistente social na saúde com base na

defesa do projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político Profissional caracterizando suas atribuições e competências nesta área.

O documento parte do princípio que o profissional tem como base de sua fundação enquanto especialização do trabalho a questão social. Iamamoto (2001) afirma que a questão social:

[...] é indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas (p.11).

Conforme Bravo (2009):

A questão social expressa as desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (p.177).

Por este motivo os Parâmetros de atuação do assistente social na saúde (2009) compreende que o trabalho do assistente social está envolvido no contexto e nas condições sociais que impactam o processo saúde-doença e afirma que:

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (p.19).

Tais pressupostos baseiam-se na definição das atribuições e competências profissionais definidas pela Lei 8.662/93. Em Art. 4º da lei que regulamenta a profissão são explicadas as competências profissionais:

- *elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;*
- *elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;*
- *encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;*
- *orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;*
- *planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;*
- *planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;*
- *prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;*
- *prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;*
- *planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;*
- *realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades*

Com base nas atribuições e competências gerais contidas na Lei de Regulamentação profissional os Parâmetros de atuação do assistente social na saúde (2009) compreende que uma atuação competente e crítica na política de saúde consistem em:

- *estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;*
- *conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;*

- *facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;*
- *buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;*
- *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;*
- *efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.*

Isso não significa dizer que o assistente social é o único profissional capaz de defender os princípios contidos na reforma sanitária ou que apresente um projeto ético político societário que critique a sociedade capitalista, nem tampouco significa dizer que o serviço social sozinho resolverá a questão social que tanto persiste nesta sociedade. O significado de nossa atuação profissional é um desafio por si só e requer a nossa constante tentativa de contribuir na democracia, no acesso aos serviços (especificamente os serviços de saúde ao qual temos tratado aqui), e aos direitos de todos os cidadãos.

O desafio profissional na área da saúde refere-se ao próprio contexto, realidade e desafio para implementação do SUS no Brasil Para tanto o assistente social na área da saúde deve fortalecer as estratégias da promoção da saúde afim de “retomar avaliar e fortalecer as propostas da reforma sanitária de modo que o propósito seja a melhoria das condições de vida e saúde no diversos grupos sociais

contribuindo para reduzir as desigualdades e promovendo a equidade e justiça no acesso às oportunidades de trabalho, moradia transporte serviços de saúde e etc ( NOGUEIRA E MIOTO, 2009 *apud* TEIXEIRA, 2004)”.

Segundo Guerra (2011), estas estratégias requeridas pelos assistentes sociais não só na área da saúde como em todos os outros espaços ocupacionais requer do profissional:

[...] uma dimensão intelectual que permite-nos (re) conhecer os princípios, os fundamentos da ordem burguesa e as programáticas de ação utilizadas pelo grande capital, suas necessidades sociais, as quais, por meio de um conjunto de mediações, convertem-se em requisições à prática profissional (p. 5).

O significado de uma atuação profissional que defende o Movimento Sanitário e um projeto profissional crítico requer a concepção e defesa intransigente do que está contido na Constituição Federal de 1988 e nas legislações específicas da saúde como a lei nº 8.080 e nº 8.142: entender “*a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (CF, 1988, Art. 196); e a concepção de que a saúde depende da “*alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*” (LEI 8080/1990, Art. 3º).

Ou seja, o profissional encontra respostas para sua ação profissional através de princípios e valores norteadores da profissão encontrados no projeto ético político profissional, nas leis que regulamentam a profissão e na busca incessante de relacionar a teoria e prática para uma atuação crítica com o intuito de compreender e criar estratégias aos desafios cotidianos as quais lhes é apresentado.

#### **4 A REALIDADE DO TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WALFREDO GURGEL.**

O Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel<sup>36</sup> é referência no atendimento de urgência e emergência<sup>37</sup> pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando-se que é um hospital público da região metropolitana de Natal que presta serviços de queimados, ortopedia, neurocirurgia e neurologia.

A proposta do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>38</sup> divide o atendimento à saúde em três níveis de complexidade, são eles: baixa, média e alta complexidade<sup>39</sup>. O hospital Walfredo Gurgel é responsável pelo atendimento aos casos de alta complexidade, cabendo às demais unidades de saúde como os UBSF, UPAS ou hospitais situados nos bairros e municípios do Rio Grande do Norte o atendimento dos níveis de baixa e média complexidade.

O surgimento do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel ocorreu no dia 14 de março de 1971 caracterizado como hospital geral e pronto socorro. Em 1973 inicia-se suas atividades e em homenagem ao Governador Monsenhor Walfredo Gurgel recebe este título. O Pronto Socorro Dr. Clóvis Sarinho passa a ser anexado ao hospital no dia 08 de fevereiro de 2001.

Existe cerca de 264 leitos distribuídos entre o complexo Walfredo Gurgel e o Pronto Socorro Clóvis Sarinho, destinando-se os atendimentos em diversas especialidades, como: ortopedia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, entre outras. São atendidos mensalmente cerca de 21 mil pacientes que originam-se tanto da capital como do interior do estado do Rio Grande do Norte, dos quais 1.100 são internados. São realizados cerca de 600 procedimentos cirúrgicos por mês. Em

---

<sup>36</sup> No endereço eletrônico [www.walfredogurgel.rn.gov.br](http://www.walfredogurgel.rn.gov.br), consta dados de atendimentos realizados no hospital além de características da instituição e história da mesma.

<sup>37</sup> Entende-se por urgência, a necessidade de atendimento o mais rápido possível, e emergência, a necessidade de atendimento imediato.

<sup>38</sup> Em 1986 inicia-se a criação do SUS sistema formado por varias instituições dos três níveis de governo: União, estados e municípios, baseado na Constituição Federal de 1988 e na Reforma Sanitária defende um atendimento na saúde universal e de qualidade a todos os usuários. Ao longo deste trabalho será retomado mais detalhadamente as características do SUS.

<sup>39</sup> Segundo especificação do CONASS (Conselho Nacional de Secretária da Saúde) – 2007, a atenção básica ou seja de baixa complexidade, refere-se ao conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Em outras palavras deve ser resolvidos os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. A média complexidade abrange um pouco mais além da atenção básica por abranger casos que necessitem de profissionais especializados e recursos tecnológicos para o tratamento de doenças. A alta complexidade abrange casos de doenças mais graves e que necessitam de altos custos e tecnologia.



março/2013 foram realizados 8.442 atendimentos dos mais diversos procedimentos cirúrgicos, da oftalmologia, queimados, nefrologia, cardiologia e outros. E aproximadamente 915 internamentos nos diversos setores do hospital.<sup>40</sup> No que se refere ao Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento são realizados por mês, em média, entre 6 e 7 mil exames de raio-X, entre 650 e 700 ultrassonografias, 1200 tomografias computadorizadas e de 250 a 300 endoscopias digestivas. O hospital conta com uma equipe de cerca de 1850 funcionários dos quais, em média, 200 são terceirizados<sup>41</sup>.

O Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho apresenta como missão: “Promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário, nas áreas do trauma e emergência”.

#### **4.10 Serviço Social no HMWG: Surgimento, cotidiano, atribuições, competências e os desafios para sua atuação profissional.**

. O Serviço Social foi inserido no hospital desde sua criação em 1973. Uma das primeiras assistente social que trabalhou no hospital foi Lucia Guerra, em seguida vieram mais duas assistentes sociais. Em 1990 houve algumas conquistas para os profissionais: a primeira coordenação sob a responsabilidade de Verônica Mércia com uma equipe composta por 10 profissionais concursadas e a adequação dos profissionais a escala de plantão a pedido do então Diretor da época Dr. José Dantas. Com isso os profissionais alegam ter existido uma força maior na intervenção junto aos usuários, acompanhantes e/ou familiares.

Cabe situar que a década de 1970 no Brasil, caracterizava-se por um momento inicial de mobilização da sociedade civil na busca por direitos que exigia do Estado o alargamento das políticas sociais (BRAVO, 2007). Na saúde o setor privado tinha forte influência em particular no Rio Grande do Norte a construção e inauguração de um Hospital Público como o HMWG, sem sombra de dúvidas consistiu em grande importância para os usuários do estado que não tinham acesso aos planos de saúde.

---

<sup>40</sup> De acordo com dados retirado do arquivo do hospital, SAME-/HMWG. Esses dados sofrem mudanças que variam de acordo com a rotatividade dos usuários e dependendo das condições que o hospital se encontra.

<sup>41</sup> Os profissionais da limpeza, vigilância e da nutrição do hospital são terceirizados.

No que se refere ao assistente social na área da saúde nesse período surge na categoria reflexões com vistas ao rompimento com o conservadorismo que só ganhará força a partir da década de 1980. Portanto o início da década de 1970 ainda é marcado por características conservadoras na atuação profissional cuja vertente predominante é a “*modernizadora*”. De modo geral as ações do assistente social consistiam em análises de fatores psicossociais e econômicos que interferiam no tratamento do paciente. Pode-se destacar que atuação do assistente social eram norteados por procedimentos burocratizados, racionalistas e de seletividade nos benefícios, até mesmo no acesso aos serviços de saúde. (BRAVO, 2007). No HMWG neste período uma das atividades dos assistentes sociais eram organizações de eventos comemorativos, participação nas organizações de distribuições de benefícios (cestas básicas para funcionários) e participação em trabalhos de grupo-terapia.

Atualmente o cotidiano, as atividades e ações do assistente social no HMWG/PSCS é marcado por diversas demandas e problemas que se expressam devido a atual conjuntura da saúde pública do nosso país e também no nosso Estado. O processo histórico da categoria profissional revela e influencia a atuação profissional na constante contradição do avanço e do retrocesso.

A realidade do hospital encontra-se da seguinte forma: há uma falta de recursos destinados ao hospital, escassez de materiais básicos para o tratamento dos usuários, superlotação, falta de contratação de novos profissionais, tudo isso afeta os usuários e a recuperação da saúde dos mesmos, pois a qualidade dos serviços prestados está profundamente precarizada e interfere na qualidade do atendimento prestado por partes dos profissionais que estão sobrecarregados. Essas condições são consequências da falta de investimento e atenção do atual governo do Estado para as questões referentes à saúde, cabendo destacar que outros setores como educação e moradia também encontram-se precarizados. Cabe salientar que as políticas sociais como um todo não só no estado, mas no Brasil tem se tornado precarizadas. Essa precarização dos serviços públicos é decorrente do projeto neoliberal que na sociedade se torna um “instrumento formador de uma racionalidade política, cultural e ética da ordem burguesa, expressa nos programas de desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira, privatização do setor público e na redução do Estado (MOTA, 2008 p. 80)”. Em se tratando da saúde pública no Estado do Rio Grande do Norte, a realidade do HMWG destaca-se

como resultado da atuação do atual governo do estado sob a gestão de Rosalba Ciarlini marcada pela desresponsabilização dos órgãos federais e estaduais no financiamento da política de saúde.

O Estado ao se ausentar no financiamento para gerar a qualidade dos serviços prestados no hospital utiliza-se de “desculpas” que não há como manter um hospital público, influenciando dessa forma a cultura na sociedade de que o público não funciona e que só seria prestado um atendimento de qualidade se houvesse o caráter privado. Sobre essa cultura Motta (2008) afirma que:

[...] vem sendo fecundada pela burguesia internacional que, por meio da negação dos tradicionais mecanismos anticíclicos, em que se incluem as políticas sociais públicas, constrói novos mecanismos de ajustes econômicos e implementa reformas sob a égide do neoliberalismo, na tentativa de substituir os mecanismos de regulação vigentes, até então, pela livre ação reguladora dos mercados (p.93).

A autora acrescenta que sob a programática neoliberal:

[...] a burguesia necessita criar as condições para instituir os novos objetos do consenso, quais sejam: a desqualificação teórica, política e histórica da existência de alternativas positivas à ordem capitalista e a negação de qualquer mecanismo de controle sobre o movimento do capital, seja enquanto regulação estatal, seja por meio de outros mecanismos democráticos de controle social, em favor da regulação do mercado (p.97).

Em outras palavras, a sociedade é vítima de um controle social instituído pela ofensiva neoliberal e se tornam sujeitos que assistem e sofrem as consequências de seus direitos negados cotidianamente. A política de saúde pública é apenas um dos exemplos da falta de intervenção do Estado na garantia dos direitos conquistados na década de 1980 no nosso país.

Diante da atual conjuntura o trabalho do assistente social se apresenta com limites e possibilidades de atuação por se tratar de uma profissão que lida com a questão social que é tratada na sociedade capitalista de forma conservadora. Na medida em que o capitalismo fortalece-se, intensifica-se a questão social, as negações de direitos sociais, a precarização dos serviços públicos prestados. E a

atuação do assistente social como profissional crítico, e mediador das relações entre usuários e políticas sociais torna-se cada vez mais desafiador.

No HMWG a atuação do assistente social consiste em atender os usuários com demandas que surgem espontaneamente, quando os próprios usuários lhes procuram, ou não espontaneamente quando o profissional vai até o usuário ou outros profissionais identificam e solicitam a presença do assistente social. O assistente social igualmente aos outros profissionais do hospital organiza-se sob regime de plantão que é organizado para aproximadamente 30 assistentes sociais.

No ato da admissão do usuário o assistente social preenche a ficha social<sup>42</sup>, na qual dispõe de dados pessoais como Registro de Identidade, Cadastro de Pessoa Física (CPF), telefones para contato e outros. Há solicitações das cópias dos documentos para a realização de exames ou em casos de óbitos. E ao final do documento há um espaço destinado para a assistente social fazer anotações referentes à situação do paciente, como por exemplo, o que ocorreu com o usuário, se foi vítima de acidente ou violência entre outros. As anotações servem para que outros assistentes sociais ou outros profissionais tenham acesso às informações. A ficha social é solicitada ao assistente social como uma das atividades primordial de seu trabalho resultando ao final dos meses em um acréscimo de seu salário referente à produtividade. Vale ressaltar que a importância do preenchimento da ficha social e principalmente a entrevista social realizada com os usuários do hospital é um instrumento fundamental para que o profissional tenha a compreensão da realidade vivenciada por seus usuários, portanto é preciso qualidade no preenchimento das fichas e não somente quantidade.

A realização da ficha social no HMWG deveria ser um meio de estudo e pesquisas da categoria profissional sobre as reais condições de vida, o perfil e situações de saúde dos usuários. Conforme os Parâmetros de Atuação do assistente social na saúde (2009) as investigações realizadas pelo profissional pode contribuir para “alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.” Porém o cenário, e a própria rotina do HMWG impede e dificulta a possibilidade do assistente social realizar investigações e pesquisas: hospital super lotado, com inúmeros pacientes

---

<sup>42</sup> Ver anexo 1.

com as mais diversas situações que procuram no serviço social resoluções imediatas, além disso, a própria instituição exige a imediaticidade do profissional. Segundo Martinelli e Moraes (2011), as demandas que surgem na instituição para o assistente social vem despida de mediações que lhes der um sentido totalizante. Portanto é preciso que o assistente social busque:

Apreender as grandes determinações sociais tais como: relações sociais de produção, relação capital-trabalho, leis de mercado, relação entre Estado e sociedade, lei da mais-valia, entre outras, devem ser particularizadas. E, assim, apreender que as grandes leis e/ou categorias históricas do ser social podem estar interferindo nesse ou naquele problema/fenômeno que o profissional está enfrentando (p.8).

O assistente social precisa trabalhar em seu cotidiano com a análise de três aspectos: a universalidade, particularidade e singularidade. Dessa forma, ele passar a enxergar a realidade com todos os seus determinantes históricos sociais e cria a possibilidade de utilização de instrumentos, técnicas e estratégias para a sua ação profissional.

Dentre as atividades, atribuições, competências e responsabilidades do assistente social no HMWG destacamos:

- Acolher à família e o paciente, orientando os mesmos sobre as normas hospitalar como horário de visita, troca de acompanhantes e orientação sobre os direitos e deveres dos usuários<sup>43</sup>;
- Solicitar doadores de sangue<sup>44</sup>;
- Comunicar a família sobre a alta do usuário, e se necessário entra em contato com ambulâncias ou familiares após alta para encaminhar a saída;
- Visitar os pacientes em seus leitos e prestar atendimento psicossocial;
- Prestar informações sobre direitos previdenciários e trabalhistas;
- Autorizar acompanhante para crianças, adolescentes menores de 18 anos e idosos com mais de 60 anos, conforme legislação vigente.
- Realizar encaminhamentos para outras entidades como: SOS Idoso, CREAS-POP e outros;

---

<sup>43</sup> Ver anexo 2.

<sup>44</sup> Ver anexo 3.

- Orientar os usuários sobre seus direitos como DPVAT, Previdência, Seguros e etc;

- Atender pacientes não identificados e buscar tentativas e estratégias para encontrar algum familiar ou conhecido do paciente, é necessário o assistente social preencher um laudo<sup>45</sup> com informações físicas do paciente e por vezes solicita-se a presença da mídia para colaborar na busca por informações.

Existem outras atividades exercidas pelos assistentes sociais no HMWG no setor de UGV – Unidade de Gerenciamento de Vagas junto com uma equipe multiprofissional são elas:

- Gerenciamento de leitos e vagas das Enfermarias, Reanimação, UTIS, Politrauma, Observação Clínica, Corredores, CRO, Centro Cirúrgico como também transferências para outras unidades;

- Visitar os pacientes para atualização de dados e do censo;
- Fazer contatos telefônicos com outros órgãos ou instituições;
- Realizar captação de vagas em outras unidades hospitalares;
- Agendar com a equipe do PID visita ao paciente que se encontra de alta para tratamento domiciliar;

- Intermediar junto aos auditores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal a transferência dos pacientes graves, como também cirurgias que não são realizadas no hospital.

Além dessas demandas que ocorrem a todo instante há outras atividades realizadas que entre a própria categoria não há um consenso em fazer, mas que é aceito devido a exigências da direção do hospital ou simplesmente por funcionários do hospital. Desse modo o assistente social se ver “obrigado” a realizar demandas que não lhes pertence, mas que ao senso comum da instituição ou dos próprios usuários são solicitadas a categoria profissional. No HMWG destacamos as seguintes atividades:

- Encaminhamento de exames de alta complexidade à central de exame<sup>46</sup>;

---

<sup>45</sup> Ver anexo 4

<sup>46</sup> Ver anexo 5.

- Viabilização da declaração de internamento para os usuários que foram atendidos, internados, ou acompanhantes de pacientes<sup>47</sup>;
- Comunicar a família quando ocorre o óbito;
- Comunicar à Central de Transplantes a ocorrência de óbito e prestar o atendimento psico-social à família no momento do óbito, orientando a família sobre remoção do cadáver, motivo e as providencias de remoção do corpo ao ITEP quando necessário; e orientações à respeito do registro de declaração de óbito no cartório<sup>48</sup>;
- As autorizações de ato cirúrgico e anestésico<sup>49</sup> fica sob a responsabilidade do assistente social que deve assinar junto com o médico e o paciente ou responsável.

É importante discutir até que ponto as atividades, demandas, atribuições e competências profissionais tem sido implementadas de forma que atenda dignamente os usuários. Conforme os parâmetros de atuação do assistente social na saúde (2009) têm sido requisitadas ao serviço social ações que não são suas atribuições dentre elas destacamos:

- marcação de consultas e exames bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social.

Essas atividades possuem um caráter técnico-administrativo e são demandas que no hospital Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho é de responsabilidade do Serviço Social. É claro que estas ações são solicitadas ao assistente social devido uma serie de fatores como a dinâmica de trabalho do hospital, a questão cultural de que no inicio a inserção do assistente social tinha a função de colaborar com as ações burocráticas, e a atual dificuldade de compreensão por partes dos outros

---

<sup>47</sup> Ver anexo 6 e 7

<sup>48</sup> Ver anexo 8.

<sup>49</sup> Ver anexo 9.

profissionais da saúde sobre as atribuições e competências do assistente social. Compreender os motivos que levam a outros profissionais não entender as reais demandas e o objeto principal (a questão social) de atuação do assistente social requer voltar a reflexões sobre as origens da profissão de modo que por mais avanços que a categoria tenha passado com a adoção de uma perspectiva crítico-dialética e por mais que seu trabalho perpassa por princípios que vão muito além do que sentimentos bons de ajudar ao próximo ou de caridade, o conservadorismo ainda existe de outros profissionais, da sociedade e da própria categoria em relação a si.

O documento dos parâmetros de atuação do assistente social acredita que uma das estratégias para a tentativa de minimizar essas demandas e aos poucos haver transformações é a promoção de debates e reuniões com toda equipe profissional para eventuais explicações, debates e reflexões sobre o trabalho profissional.

Vale salientar a importância de o profissional compreender quais suas atribuições privativas e suas competências de modo que existem demandas que o profissional atende e atividades que exerce que não necessariamente são funções do profissional. O fato de exercer funções que não são atribuições ocorre devido a uma escolha da instituição ou da própria categoria quando entende ser algo que é feito sem comprometer as reais demandas e atribuições da profissão (CFESS, 2009).

A reflexão da categoria em relação as suas atribuições e competências profissionais requer um posicionamento por parte do serviço social na relação teoria e prática. Conforme Guerra (2011) o assistente social:

Ao ser “enquadrado” como profissão de caráter eminentemente técnico, ao exercer funções executivas, o assistente pensa poder eximir-se da reflexão teórica *in totum* e fixar seu foco de preocupações no seu cotidiano profissional, para o que os modelos analíticos e interventivos, testados e cristalizados pelas suas experiências e de outrem, são suficientes (p. 170).

Através de seus posicionamentos teóricos o profissional consegue delimitar seu espaço de atuação profissional na instituição mais do que isso faz-se necessário que o assistente social deixe claro o seu conhecimento e assuma o que sabe, pois o saber que o Serviço Social domina vem de todos os seus conhecimentos teórico-



metodológicos, mas vem também do conhecimento da realidade onde atua (MARTINELLI e MORAES, 2011).

Um dos maiores desafios do serviço social no hospital é a sua posição subalterna, inferior e subordinada, na maioria das vezes os outros profissionais não estão abertos às opiniões do assistente social e por vezes profissionais de outras áreas querem interferir na decisão, posicionamento e trabalho do assistente social. Um aspecto importante a ser analisado que determina, interfere na atuação profissional do assistente social no HMWG e até mesmo nos diversos espaços sócio ocupacionais é a correlação de forças, sobre isso Ribeiro (2008) afirma que:

O trabalho centra-se primordialmente no campo político-ideológico, havendo a presença de um complexo e contraditório jogo de forças balizado pelos interesses do empregador e da classe subalterna que é o público alvo predominante da ação profissional. Esta dimensão política que perpassa o trabalho do Serviço Social possui um rico potencial de promover uma transposição da alienação do trabalhador, sendo fundamental refletir sobre as demandas postas pelo capital e mobilizar a classe que vive do trabalho para lutar pela conquista de direitos (p. 4).

Vasconcelos (2007) compreende que os desafios da profissão na área da saúde é

[...]resultado da ausência de condições que possibilitem uma análise da realidade que permita pensar/projetar e realizar o trabalho profissional: não se socializam informações nem se empreendem lutas sobre/contra o que não se tem e/ou não se conhece e/ou não se apropriou (p.)

Em virtude disso, as demandas por democratização de informações, controle social e participação dos usuários acabam não sendo consideradas prioritárias na saúde e não atendidas gerando consequências para os usuários e para a própria instituição:

Para a instituição, as repercussões são positivas por contar com usuários menos resistentes, menos questionadores, sem canais para potencializar suas insatisfações e indignação...; para os usuários as repercussões são negativas na medida em que não encontram canais que potencializem e qualifiquem seus lamentos, sua indignação, sua revolta, suas queixas... suas formas de resistir (VASCONCELOS, 2007 p. 185)

Esta é a realidade do HMWG/PSCS o usuário se apresenta ao assistente social com todas as reclamações, constrangimentos e indignações e o Serviço Social apenas pode ouvir e sugerir que os mesmos denunciem no setor de ouvidoria do hospital. Em outras palavras o assistente social tem colaborado no seu trabalho “para aliviar tensões” não é a toa que quando inicia-se qualquer discussão entre usuários revoltados com o atendimento ou falta de atendimento e profissionais o assistente social é o que na medida do possível ameniza os desconfortos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A política de saúde pública brasileira é uma temática que não se esgota em discussões, reflexões, análises e busca por melhorias. Trata-se de algo com grande relevância para sociedade, de modo a influenciar as condições de vidas de todos os cidadãos. Atualmente o descaso com a saúde pública tem implicado uma problemática maior não só para os usuários, como para os profissionais da área.

O cenário de saúde pública brasileira é caracterizado pela total precarização de condições de trabalho dos profissionais, como consequência, precarização nos atendimentos e serviços prestados aos usuários, falta de materiais básicos para o tratamento do paciente, enfim a saúde como constatado neste trabalho tem passado por profundo e ininterrupto processo de desmonte, decorrente da política neoliberal com suas ações de reformas e contra-reformas do Estado intensificando as privatizações e o sucateamento dos serviços públicos.

Os elementos que evidenciam esse processo são identificados ao longo da história do Brasil, a partir do entendimento e tratamento dado pelo Estado às questões sanitárias da população, a partir dos quais foi possível constatar que este movimento adquire avanços e retrocessos, no modo de tratar, agir e pensar a saúde na sociedade.

Identificamos que a saúde pública no Brasil apresentou forte influência da filantropia e que atualmente ainda há dificuldades de compreender e/ou efetivar a saúde pública como direito de todos. Esta concepção de saúde adotada na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária e instituída na Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico para a sociedade brasileira por apresentar a responsabilidade do Estado para com as políticas públicas

O Movimento Sanitário trouxe um arcabouço de informações e concepções da saúde entendida 'como direito de todos e dever do Estado' e que a saúde depende de uma serie de fatores: psicológicos, sociais e físicos; os participantes do movimento defendiam uma saúde pública digna e de qualidade para todos os cidadãos sem discriminação de raça, classe social ou crença. A defesa do Sistema Único de Saúde - SUS passou a ser sua principal meta. O SUS é a proposta de efetivação da saúde pública como direitos de todos e de responsabilidade do Estado, apresenta os princípios de universalidade no atendimento, igualdade na

assistência à saúde e a integralidade, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa organizada de maneira que as três esferas: municipais, estaduais e federais atuem com o financiamento e execução nos serviços de saúde. O SUS passou a ser regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. Como dito anteriormente o movimento histórico ocorre num constante avanço e retrocesso e a efetivação do SUS na década de 1990 não ocorreu tão facilmente de modo que até os dias atuais não representa o “ideal” para o atendimento e prestação de serviços na saúde de forma digna e universal.

A efetivação do projeto neoliberal na década de 1990 e suas ações trazem consequências diretas para as políticas sociais e em especial a política de saúde. A ofensiva neoliberal defende a desreposabilização do Estado para com as políticas públicas diminuindo dessa forma o financiamento e transferindo responsabilidades aos setores privados, a exemplo a terceirização de alguns serviços nos diversos espaços públicos.

Na área da saúde o atual cenário é de desqualificação dos atendimentos e serviços prestados criando-se a ideia na própria sociedade de que o SUS, ou seja, a saúde pública não apresenta competência o suficiente para atender as demandas da sociedade. Esse cenário motiva a necessidade das pessoas buscarem o atendimento de saúde nos serviços privados através dos planos de saúde, os que não têm condições de pagar se submetem a formas de tratamento e atendimento desumanas, precárias e subalternas. Gera-se, portanto, o fortalecimento da saúde privatista que pode nos retomar uma realidade já vivenciada no Brasil: o acesso à saúde somente aos que tem condições de pagar e aos que não tem o que resta são os atendimentos via filantropia e caridade. Em outras palavras, a lógica neoliberal também é responsável por desfavorecer as políticas sociais como direito em especial a saúde pública.

Partimos como exemplo do real descaso da saúde pública do Brasil, no HMWG, um dos maiores e mais importante hospital público no atendimento de urgência e emergência no estado do Rio Grande do Norte. Constatamos as condições desumanas a partir das quais os usuários estão submetidos e as condições precárias com que os profissionais se veem obrigados a trabalhar, numa continua tentativa de atender a todos e tentar garantir o tratamento dos pacientes ali internados. Apesar de todas as dificuldades pela falta de compromisso dos governos na atenção e financiamento da política de saúde, o hospital ainda é referência para

os usuários principalmente os que moram no interior que não há atendimentos para situações de alta complexidade.

Diante dessa conjuntura de precarização da saúde pública em decorrência da ofensiva neoliberal identificamos particularmente no HMWG que a atuação do assistente social enfrenta constantes desafios, que para ser combatidos faz-se necessário que o profissional tenha em mente que projeto de saúde ele defende: o projeto privatista ou o de reforma sanitária. Para a compreensão no que diz respeito ao trabalho do assistente social, fizemos uma análise sócio-histórica da profissão e claro a mesma também perpassa por avanços e retrocessos.

O Serviço Social atualmente consiste em uma profissão regulamentada pela Lei 8.662/93, apresenta um projeto ético político, com um caráter crítico que defende uma sociedade mais justa e igualitária. Os parâmetros de atuação profissional na área da saúde possibilita a categoria reflexões e debates sobre a prática profissional. Percebemos ao longo da pesquisa que os vínculos de trabalho e contratos do assistente social são frágeis e que isso delimita a ação profissional, há também os desafios da própria política social que não é efetuada de forma que garanta e efetive os direitos dos usuários interferindo na atuação profissional. Além disso, existe a fragilização da própria categoria na relação teoria e prática.

Ao longo desta pesquisa nos indagamos com a seguinte questão: Como atuar sob uma perspectiva crítica e na defesa intransigente dos direitos sociais inserida em um sistema conservador que persiste na não garantia dos direitos a todos os cidadãos? A resposta não aparece pronta e inacabada, muito pelo contrário requer cada vez mais estudo, reflexão e comprometimento da categoria profissional.

Diante de suas condições de trabalho o assistente social precisa criar estratégias com vistas a defender sua profissão, suas atribuições e competências profissionais. É preciso que os outros profissionais, os usuários e a sociedade como um todo compreenda que o objeto de atuação profissional do assistente social é a questão social, e que seu trabalho não se resume a resolução de problemas imediatistas e atividades burocráticas. A ação profissional vai muito além de utilização de instrumentais consiste em um trabalho de intervenção e que na área da saúde deve consistir em um viabilizador na apreensão e participação da sociedade no que diz respeito à avaliação da política de saúde. O profissional deve procurar evitar posicionamentos fatalistas ou messiânicos, ou seja, não há como justificar a falta de comprometimento da categoria com os usuários somente pelas

circunstâncias que a sociedade se encontra nem tampouco pensar que o assistente social sozinho resolverá todos os problemas da sociedade. Conforme Martinelli e Moraes (2011) é preciso que o assistente social mostre o seu saber e conhecimento, para dessa forma intervir com mais qualidade na realidade em que trabalha; para isso faz-se necessário a constante busca por conhecimento e o comprometimento na relação teoria e prática.

Finalizamos o trabalho com a compreensão de que o sistema neoliberal apresenta consequências graves para as políticas sociais e para a política de saúde minimizando os direitos sociais adquiridos com a Constituição de 1988, e claro, essas consequências interfere na sociedade como um todo e no trabalho do assistente social que cotidianamente tenta resolver as questões imediatistas em meio a uma saúde precária com escassez de tudo e superlotação. É importante e atual que este debate e reflexão se faça presente na categoria profissional na busca por estratégias no enfrentamento dos limites impostos nos espaços ocupacionais.

## 6 REFERENCIAS

BEHRING, Elaine Rosseti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010

BERTOLLI, Cláudio Filho. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2002

BRASIL, Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal: 2011/2012.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Sousa Bravo. **Cadernos de Saúde - saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Setembro de 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CFESS. **Código de Ética profissional**. 10ª Edição. 1993

COHN, Amélia. **A reforma da previdência social virando a página da história?** São Paulo, 1995. Disponível em [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/Areformadaprevidenciasocial.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/Areformadaprevidenciasocial.pdf) Acesso em 09 de maio de 2013.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(a) Assistentes Sociais**. In Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, 2009

DAVI, Jordeana et al. **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2ª Ed. Campina Grande: Eduepb, 2011

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Brasília 2006.

GERSCHMAN, Silva. **A Democracia Inclusiva: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, Ligia e et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Cebes – Fiocruz. 2008

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 9ª ed. São Paulo Editora Cortez, 2011.

GUERRA, Yolanda. **As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas.** 2011.

GUERRA, Yolanda. **O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional.** Serviço Social e Sociedade. N. 91 Setembro, 2007.

IAMAMOTO, Marilda e Raul Carvalho. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo editora Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda. **As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, 2009.

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde.** São Paulo - 2003.

LIMA, Nísia Trindade e et al. **Saúde e Democracia histórias e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia e MORAES, Josiane. **A importância da categoria mediação para o Serviço Social.** 2011.

MOTTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** 4ª ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64.** São Paulo. Cortez, 1991.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, 2009

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: História de uma idéia e de um conceito.** Revista Saúde e Sociedade 1994.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores.** In. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000200004&script=sci\\_artext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000200004&script=sci_artext) Acesso em 10 de março de 2013.



OMEGA, Valéria Coelho De. **O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e o processo de renovação crítica da profissão a partir da década de 1980 no Brasil.** 2010. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/14943699/O-MOVIMENTO-DE-RECONCEITUACAO-DO-SERVICO-SOCIAL-E-O> Acesso em 12 de maio de 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador, 2007.

RAMOS, Sâmia Rodrigues. **Limites e possibilidades históricas do projeto ético-político.** Inscrita. CFESS. Brasília, n.12, p. 41-48, 2009.

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital: História e Crise.** São Paulo: Cortez – 1993.

RIBEIRO, Rubiane de Souza. **O trabalho do assistente social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a estratégia saúde da família.** In. Revista Libertas V. 8 jan-jun de 2008.

SENNA, Mônica de Castro Maia; MONNERAT, Giselle Lavinias. **O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira.** In. Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas. Elaine Behring e Orgs. 2ªed. São Paulo - 2010.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social Brasileira: entre a política pública e o mercado.** 3ª Ed. São Paulo Cortez, 2010.

SILVA, Luana de Medeiros. **Cenário Institucional: Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel.** 2012.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de encaminhamentos.** In. Revista Serviço Social e Sociedade n. 103. Jul./Set. 2010.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. **Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais.** In. Revista Temporális nº04, Ano II, julho a dezembro de 2001. Brasília: ABEPSS.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 5 ed Cortez. São Paulo, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da


saúde e dá outras providências.

<http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=36881> Acesso em 25 de março de 2013.

<http://hid0141.blogspot.com.br/2010/10/plano-salte.html> Acesso em 02 de maio de 2013.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

	<b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>	
	Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	
<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL</b>		
Enfermaria: _____		Leito: _____
UTI: _____		Leito: _____
Data de admissão: ____/____/____		
Alto: ____/____/____		
<b>1. Identificação</b>		
Nome: _____		Naturalidade: _____
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento: ____/____/____
RG: _____	Estado Civil: _____	Nível de Instrução: _____
FILIAÇÃO: PAI: _____		
MÃE: _____		
Endereço: _____		Cidade: _____
Telefone: ( ) _____ <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Recado		
Contato: _____		Outros telefones: _____
Responsável pelo paciente: _____		Parentesco: _____
Endereço do Responsável: _____		
<b>2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária</b>		
Atividade que desenvolve: _____		
Trabalha com vínculo empregatício <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Aposentado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Benefício da LOAS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Renda: _____		
Composição familiar: _____		
<b>3. Forma de Acesso ao Serviço:</b>		
<input type="checkbox"/> Sozinho - procurou atendimento <input type="checkbox"/> Trazido por familiares <input type="checkbox"/> Trazido pelo SAMU		
<input type="checkbox"/> Socorrido em via pública		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____		
Médico: _____		
<b>4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso positivo, qual o motivo? _____		
_____		
<b>5. Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)</b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

## ANEXO 2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE PUBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO  
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

**TROCA DE ACOMPANHANTES - PSCS**

06:00 às 09:00 / 12:00 às 14:00  
17:00 às 19:00

**HORÁRIOS DE VISITAS - PSCS**

**CORREDORES:** 10:00 às 11:00 e 15:00 às 16:30

**CRO:** 15:00 às 15:40

**UTI-G:** 11:30 às 12:00 e 16:00 às 17:00

**UTI-B:** 11:30 às 12:00 e 16:30 às 17:00

**REANIMAÇÃO:** 11:30 às 12:00 e 16:30 às 17:00

**TROCA DE ACOMPANHANTES NA UTI PEDIÁTRICA**

**MÃE:** ACOMPANHA 24 HORAS

08:00 às 10:00

19:00 às 20:00

**HORÁRIOS DE VISITAS NA UTI PEDIÁTRICA**

16:00 às 17:00 (2 PESSOAS)

**HORÁRIOS DE VISITAS NO CTQ**

11:00 às 12:00 e 16:00 às 17:00

**TROCA DE ACOMPANHANTES - WALFREDO GURGEL**

07:00 às 09:00 e 18:00 às 20:00


**HORÁRIOS DE VISITAS - WALFREDO GURGEL (ENFERMARIAS)**

13:00 às 17:00

**UTI -CARDIOLÓGICA:** 11:30 ÀS 12:00 / 16:30 ÀS 17:00

**IMPORTANTE:** É indispensável trazer xerox de RG, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento, comprovante de residência e Cartão do SUS do paciente.

## ANEXO 3



**HEMONORTE**

**SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO RN  
HEMOCENTRO DO RIO GRANDE DO NORTE / HEMONORTE**

**ENCAMINHAMENTO PARA DOAÇÃO**

A cada dia crescem as urgências e as doenças no sangue com centenas de pessoas necessitando de transfusão.  
Una-se nessa verdadeira batalha pela vida. Temos certeza que você é do tipo que realmente estende o braço para ajudar as pessoas.  
Procure o Hemonorte e faça sua doação para o paciente \_\_\_\_\_  
do hospital \_\_\_\_\_

Leve familiares e amigos! Doar sangue no Hemonorte é um ato rápido, seguro e saudável.

Salvar esta vida vai depender de você!

ENDEREÇO-Av. Alexandrino de Alencar, 1800 - Tirol - Telefones: 3232.6700 / 3232.6701  
Horário de Atendimento - 7:00 às 18:00 horas de Segunda-feira a Sábado.

**Para Doar Sangue é preciso:**

- Ter entre 18 e 65 anos;
- Pesar 50 Kg ou mais;
- Não estar em jejum;
- Ser saudável

**Lembre-se que ao doar:**

- A coleta é feita em ambiente confortável e limpo;
- O material da coleta é descartável;
- Você não contrai nenhuma doença;
- O pessoal é treinado e atencioso;
- Você tem acompanhamento médico.

## ANEXO 4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.  
Av. Senador Salgado Filho, s/nº - Tirol - Natal/RN.

ANEXO II

LAUDO PARA PACIENTE NÃO IDENTIFICADO OU SEM DOCUMENTOS

DATA DO ÓBITO:	HORA DO ÓBITO:
PESO APROXIMADO:	
ALTURA APROXIMADA:	
COR DA PELE:	
COR DOS OLHOS:	
TATUAGENS:	
PIERCING:	
VESTIMENTAS:	
TIPO DE TRAUMA/LESÃO:	
DATA/HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA:	
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

Obs: Neste Laudo Específico, o Assistente Social, para melhor orientação dos procedimentos de identificação, deverá descrever características físicas (altura, peso aproximados, cor da pele, cicatrizes externas ou fraturas, incisões, manchas, tatuagens, etc.), sequelas (amputações, deformidades, etc.), assim como presença de materiais artificiais, tanto anteriores à internação, quanto em decorrência de procedimentos efetivados durante o atendimento no hospital (telas, próteses, projéteis, placas, pinos, stents, válvulas, etc), além das características das vestimentas.

2ª Edição – Revisada em 01 de Abril de 2009.

Assistente Social / CRESS

## ANEXO 5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.  
 COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO  
 SUBCOORDENADORIA DE INFORMAÇÕES E INFORMÁTICA

NATAL / RN, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE  
 ALTA COMPLEXIDADE**


O Serviço Social do HOSPITAL MONSENHOR WALVREDO GURGEL,  
 encaminha o paciente \_\_\_\_\_, data  
 de NASC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e município de NASC. \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_, data de emissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, órgão  
 emissor \_\_\_\_\_ e UF do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
 nome: do PAI \_\_\_\_\_,  
 MÃE \_\_\_\_\_, RAÇA/COR  
 \_\_\_\_\_, END. RUA \_\_\_\_\_  
 N°. \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_\_, BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_,  
 para a unidade executante, devendo o mesmo ser submetido ao exame de  
 \_\_\_\_\_ HOSPITAL \_\_\_\_\_.

Responsável pelo Serviço Social  
 "Colocar carimbo e matrícula"

Contato da Unidade Executante  
 "Colocar carimbo e matrícula"



## ANEXO 6

 Rio Grande do Norte	<b>SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA          HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL          PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO</b>
--	---

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o (a) paciente \_\_\_\_\_ encontra-se internado (a) neste Hospital, na enfermaria \_\_\_\_\_, leito \_\_\_\_\_, desde o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Serviço Social

 Rio Grande do Norte	<b>SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN          HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL</b>
--	--


**ATESTADO DE ATENDIMENTO**

Atestamos, para os devidos fins, que o (a) paciente \_\_\_\_\_, foi atendido (a) neste Hospital, no serviço de atendimento de Urgência (S.A.U.) No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas, sendo liberado às \_\_\_\_ horas, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Serviço Social

## ANEXO 7



Rio Grande do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

**ATESTADO**

Atestamos, para os devidos fins, que o (a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, esteve internado (a) neste Hospital, com acompanhante  
na enfermaria \_\_\_\_\_, leito \_\_\_\_\_, no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Serviço Social



SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Declaramos para os devidos fins que o (a)  
paciente \_\_\_\_\_ foi atendido (a) neste Hospital,  
no serviço de Atendimento de Urgência (S.A.U) no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_,  
às \_\_\_\_ horas, sendo liberado às \_\_\_\_ horas, no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Sendo  
acompanhado por \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, nesta data.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assistente Social

## ANEXO 8

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA  
PARA REGISTRO DE ÓBITO**

- RG, CPF, Título de Eleitor, Certidões de casamento ou nascimento;
- Cartão do Benefício (INSS);
- Xérox da Identidade do familiar.

**Local:**

Cartório Civil  
Shopping Cidade Jardim

**Observação:**

A certidão será gratuita se registrado no prazo de 10 dias

## ANEXO 9



**GOVERNO DO ESTADO DO RN**  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA RN**  
 Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
 Autorização para realização de ato cirúrgico e anestésico

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

nº boletim de atendimento ou nº prontuário: \_\_\_\_\_

1º O Paciente e/ou responsável autorizam a equipe de profissionais médicos e/ou dentistas do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel a realização do procedimento cirúrgico sob a responsabilidade do

Dr. \_\_\_\_\_, neste hospital;

2º Reconhecem que, durante a anestesia, cirurgia ou mesmo no pós-operatório, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente nesse consentimento. Assim sendo, autorizo o profissional abaixo (já citado) e os assistentes designados por ele, a executarem estes atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis;

3º Autorizam o uso de transfusões de sangue ou de hemoderivados se forem indicados pelo profissional;

4º Reconhecem que existem riscos significativos no ato cirúrgico/ anestésico como em qualquer procedimento médico que podem levar a complicações. Esses riscos lhe foram explicados e todas as dúvidas esclarecidas;

5º Reconhecem que não existem garantias ou segurança absoluta referentes aos resultados dos procedimentos, ou referente à cura da doença descrita, visto que, não se descobriu uma técnica que seja infalível, de modo a restabelecer no paciente, o estado anterior à doença, quando gozava de plena saúde e perfeita higidez;

6º Em situações de amputação, autorizo o sepultamento parcial pelo hospital.  
 ( ) sim ( ) não

Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assistente Social: \_\_\_\_\_

GRESS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_