



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LARISSA DOS SANTOS ALVES

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE.**

CACHOEIRA – BA, 2019

LARISSA DOS SANTOS ALVES

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado da graduação em Serviço Social do Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

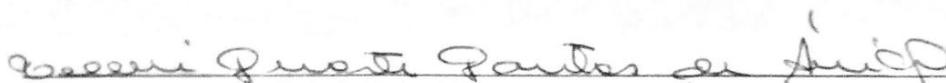
CACHOEIRA – BA, 2019

LARISSA DOS SANTOS ALVES

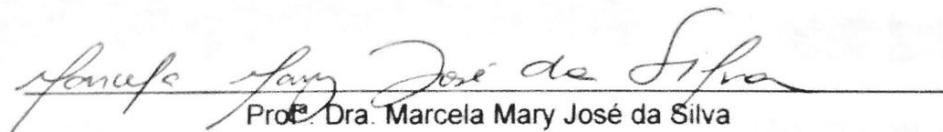
A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE

Cachoeira – BA, aprovada em 18/03/2019.

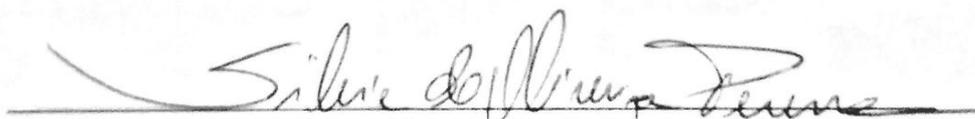
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Presidente da Banca Examinadora



Prof.^a. Dra. Marcela Mary José da Silva
Membro da Banca Examinadora



Prof.^a Dra. Silvia de Oliveira Pereira
Membro da Banca Examinadora

Dedico este trabalho a minha amada mãe, Gilmara, e ao meu pai amado, Edmilson por todo amor, carinho, dedicação e apoio durante toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

“Não importa o que aconteça, continue a nadar.”
(WALTERS, GRAHAM; **PROCURANDO NEMO**, 2003.)

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele. Pois tudo que aconteceu em minha vida não foi por acaso, tudo tem um propósito, por que Deus sabe de todas as coisas.

A meus pais Edmilson e Gilmara, por todo apoio e incentivo, para que eu chegasse até aqui, por terem muitas vezes deixado de realizar seus sonhos para realizar os meus, pelo carinho e dedicação durante todos esses anos da minha vida, pelas orações da minha mãe, quando me via preocupada, por todo esforço para que eu chegasse até aqui, muito obrigada pela pessoa que sou.

Ao meu namorado Thiago, amigo e companheiro de todas as horas, que nunca deixou eu desistir em muitos momentos que pensei, pela paciência e por aturar meus stress, quando pensava que não iria conseguir você sempre me apoiado e dizendo que conseguiria.

A minha irmã Gisele, sempre me acordando lembrando eu que tinha que estudar, pois amo dormir, risos.

Aos meus familiares que me apoiaram com suas orações por mim, meus avós, minhas tias, meus tios, meus primos e primas, colegas e amigos.

Aos meus afilhados Gustavo, Pedro Henrique e o mais novo Noah, meus filhos do coração.

Aos amigos conquistados nesse processo durante esses quatro anos, em especial as Miguxas Juli, Kali, Neia e Jana, pois foram muitos os momentos de alegrias, mas também houve desânimos durante o processo de aprendizagem que passamos juntas para chegar até aqui, porém uma sempre apoiando a outra.

Agradeço a minha miguxa Juli, um presente que a UFRB/CAHL me deu e através dela ganhei um amigo seu esposo Léo, pessoa que tenho um grande carinho, super atencioso além das caronas quando precisávamos para fazer os trabalhos

Aos funcionários (as) da UFRB/CAHL, em especial Ane, Ione, Florisvaldo e Ana Cláudia, por sempre serem solícitos quando precisamos e pelo vínculo de amizade que foi criado.

Os motoristas dos ônibus que sempre nos deram caronas, nos dias difíceis para irmos a universidade.

Aos professores do curso de Serviço Social que contribuirão para o conhecimento adquirido e a minha formação acadêmica.

As minhas amigas Nailma e Gizele que mesmo distante sempre me apoiaram desde o tempo de colegial.

As minhas primas Juliana e Nadyne, por todo carinho e preocupação.

A minha querida orientadora Heleni Duarte, por todo carinho, dedicação, paciência e apoio durante esse processo, sempre me acalmando quando batia o desespero e achava que não ia conseguir, pelas ricas contribuições e pela amizade muito obrigada.

A professora Marcela Silva, por sempre contribuir com seus conhecimentos e experiências para a minha formação e da turma de Serviço Social 2014.2. E sua contribuição na minha pré banca, foram essenciais além da amizade que foi criada.

A professora Sílvia Pereira, por ter aceitado compor a minha banca, e por todo conhecimento transferido durante a disciplina de tcc-I e também por ser minha supervisora de estágio momento esse muito importante para a graduação.

A Manu e Tay , por sempre terem uma palavra para me acalmar durante o processo, do TCC principalmente o desespero da pré banca, risos.

A turma de Serviço Social 2014.2, que apesar das diferenças, tivemos experiências compartilhadas ao longo desses 4 anos.

Agradeço também as Assistentes Sociais, do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus-BA, Keylla Regis, Silvia Gabriela, Adriana Andrade e Lucinda Lucena, que compartilharam suas experiências profissionais e foram importantes durante o processo de estágio.

Aos profissionais da CEAPA, Daniela, Altemar, Rizia, André e Mariana, onde me acolheram no momento em que cheguei, ao núcleo e por me liberar sempre que precisei, principalmente nessa etapa final da graduação.

Aos pacientes e acompanhantes da Clínica do Rim que se dispuseram a participar da minha pesquisa, sem a disponibilidade e apoio de vocês não teria conseguido, vocês foram fundamentais para essa pesquisa.

E enfim, a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta, f e fizeram parte desta etapa da minha vida, fica registrado aqui, o meu muito obrigado!

Na maioria das vezes
tudo é culpa da nossa
autossabotagem.
É difícil reconhecer
o inimigo quando
ele é você mesmo.

(Diego Vinicius)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo central discutir sobre o exercício profissional da/a assistente social em uma instituição de saúde, a partir da percepção dos usuários. A pesquisa foi desenvolvida na Clínica do Rim em Santo Antônio de Jesus-BA. Nessa perspectiva buscou-se analisar como se caracteriza a atuação da assistente social nesta instituição. O interesse pela temática da pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social em uma unidade de saúde Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus-HRSAJ. Também, no presente estudos, buscou-se identificar no discurso dos usuários, características da atuação do Serviço Social; Classificar as demandas dos usuários para o Serviço Social; Caracterizar a atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar na perspectiva dos usuários. O percurso metodológico adotado incluiu pesquisa bibliográfica, documental e de campo, numa abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturada com usuários e acompanhantes da Clínica do Rim. Assim, espera-se que o presente trabalho venha a contribuir na produção bibliográfica desta temática e no fortalecimento do exercício profissional da (o) assistente social neste espaço sócio-ocupacional, proporcionando discussões não somente no âmbito acadêmico, mas também do institucional – especificamente na Clínica do Rim, permitindo que não só os Assistentes Sociais, mas que todos os interessados por esta atuação, compreendam a importância e a possibilidade do trabalho deste profissional e contribuindo na visibilidade desta importante atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social, Saúde, Usuários da Clínica do Rim.

ABSTRACT

The present work was based on discussing the professional practice of the social worker in a health institution, based on the perception of the users in the Rim Clinic in Santo Antônio de Jesus-BA. From this perspective, we sought to analyze how the social worker's role in Rim Clinic is characterized. The interest for the research theme arose from the Supervised Internship in Social Work at a health unit of the Regional Hospital of Santo Antônio de Jesus-HRSAJ. The main objective of the research was to discuss the professional performance of Social Service in the hospital environment based on the perception of the users and as specific objectives: to identify, under the users' discourse, characteristics of the Social Work performance; Classify the demands of users for Social Work; To characterize the performance of Social Service in the hospital scope from the perspective of the users. The methodological approach adopted included bibliographic, documentary and field research, in a qualitative approach, using semi-structured interviews with patients and caregivers of the Rim Clinic. The choice for the development of the qualitative research resulted due to the object of study that required a more contextualized analysis, as well as to the richness of its results. Thus, it is expected that the present work will contribute to the bibliographical production of this theme and to the strengthening of the professional practice of the social worker in this social-occupational space, providing discussions not only in the academic, but also institutional-specifically at Rim Clinic, allowing not only the Social Workers, but all those interested in this action, to understand the importance and the possibility of the social worker's work in this space, contributing to the visibility of this important action.

KEY WORDS: Social Work, Health, Users of the Kidney Clinic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAHL Centro de Artes, Humanidades e Letras

CF Constituição Federal

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNS Conferencia Nacional de Saúde

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

DRS Departamentos Regionais de Saúde

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HLA Antígeno Leucocitário Humano

IAPS Instituto de Aposentados e Pensões

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LOS Lei Orgânica da Saúde

RSB Reforma Sanitária Brasileira

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	16
1.1 Dos antecedentes a criação do SUS	16
1.2 Contra Reforma do Estado e os rebatimentos no SUS	20
1.3 Sus e contexto contemporâneo.....	24
1. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	29
1.1. Emergência do Serviço Social na Saúde	29
1.2 O trabalho do (a) assistente social na saúde	35
1.3. Desafios para materialização do projeto ético político do serviço social na saúde	44
2. A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA Clínica DO RIM (HEMODIÁLISE) DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA	48
3.1. A Clínica do Rim e o Serviço Social	48
3.2. O trabalho dos assistentes sociais em uma unidade de saúde	51
3.2.1 As atribuições do Serviço Social no atendimento aos pacientes em hemodiálise	51
3.3. Percepção dos usuários acerca do fazer profissional do assistente social	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	68
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B	70
ANEXO	72

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Colusão de Curso tem por objetivo discutir a atuação do (a) Assistente Social numa unidade de saúde a partir da percepção dos usuários, especificamente na Clínica do Rim em Santo Antônio de Jesus- BA. O Assistente Social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, inclui-se neste meio, implementando sua ação, tendo um papel fundamental nas equipes de saúde. Por que segundo o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, publicado em 2010, é apresentado pelo CFESS com a finalidade referenciar a intervenção dos/as profissionais de Serviço Social na área da saúde. Portanto, este chamado do Conjunto CFESS-CRESS para discutir o trabalho do/a assistente social na saúde é um chamamento à defesa não só do trabalho, mas à defesa dos direitos para toda a classe trabalhadora, à defesa do Estado social, à defesa do Estado Democrático de Direito, tão duramente construído nesses anos de barbárie capitalista. É importante destacar que o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos Projetos da Reforma Sanitária e o projeto ético-político do serviço social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Dentro de referências definidoras da ação profissional, estabelecidas pela categoria profissional, contidas no Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado em 2008. Podemos dizer que a ação profissional em saúde se assenta em três pilares, ou melhor, tem como parâmetro três pilares:

- o direito à saúde
- as necessidades sociais em saúde;
- a produção da saúde.

Diante do exposto é clara a necessidade imediata do trabalho interdisciplinar para a qualificação da atuação, tanto dos assistentes sociais, quanto dos demais profissionais. Desta forma, conforme Barros e Suguhiro (2003, p.8)

[...] a interdisciplinaridade é um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade.

Como em toda pesquisa é exigida uma pesquisa bibliográfica, considera-se que esta técnica é indispensável visto que “utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre determinado assunto” (GIL, 2007, pg. 66). Para, este trabalho utilizou autores de referência no Serviço Social, também a utilização de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Dissertações e Teses que discutem sobre esta temática, além de publicações (livros e brochuras) do CFESS e legislações que permeiam o Serviço Social e a política de saúde brasileira.

Inicialmente apresentamos alguns aspectos da Política de Saúde no Brasil, dos antecedentes a criação do SUS destacando a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde, por compreendemos que a sua implantação foi um acontecimento que marcou profundamente a vida de todos os cidadãos à medida a saúde passou a ser Direito de Todos e Dever do Estado, conforme Constituição Federal de 1988. Traçamos um paralelo entre a Contra Reforma do Estado e os rebatimentos no SUS, frente ao contexto contemporâneo, ou seja, ao atual cenário político onde estão substituindo os interesses públicos por interesses privatistas.

No segundo capítulo, trataremos a saúde e o serviço social, trazendo um breve histórico sobre a emergência do serviço social na saúde, e o porque inserir essa profissão na área da saúde. Qual o trabalho do/a assistente social na saúde, o que esse profissional faz nessa área para intervir na vida dos usuários. Os desafios para a materialização do projeto ético político do serviço social na saúde, como se deu o processo para que essa profissão fosse aceita como um profissional da saúde, quais são suas reais atribuições na área da saúde.

No terceiro capítulo, trazemos a Percepção dos Usuários Sobre o Serviço Social na Clínica do Rim em Santo Antônio de Jesus-BA. Procurou-se desvelar o contexto histórico da Clínica do Rim e o Serviço Social nesse ambiente. O Trabalho do/a Assistente Social numa instituição de saúde, quais as demandas para esses profissionais, o que eles fazem são atribuições que competem à profissão, pois compreendemos, que durante o processo de aprendizagem, para atingir tal prática é necessária uma articulação entre as competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-político. Por fim, apresentaremos a Percepção dos Usuários acerca do fazer profissional do Assistente Social na Clínica do Rim, por meio do resultado da pesquisa com entrevistas semiestruturadas, com liberdade de narrativas, com usuários do serviço.

Conclui-se que para muitos dos entrevistados o (a) Assistente Social continua, com as características caritativas, como aquele que ajuda, ainda não percebem ou não conhecem de fato que o Assistente Social está ali para mostrar a eles os direitos que eles têm, ou seja, que eles são assegurados por leis e que esse profissional está cumprindo sua função quando vão até eles (pacientes e acompanhantes). Outro ponto interessante é que os usuários acreditam que os (as) profissionais do serviço social estão ali para resolver toda e qualquer demanda, mesmo que estas demandas não façam parte das atribuições para os/as assistentes sociais. Este é um desafio para o/a assistente social desta instituição, que deve explicar o que é e o que não é atribuição sua e encaminha-lo para o devido profissional. Análises feitas de acordo as respostas dos entrevistados.

Assim, este trabalho pretende contribuir com a produção bibliográfica desta temática e no fortalecimento do exercício profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional, proporcionando discussões não somente no âmbito acadêmico, mas também do institucional, refletindo assim sobre a sua importância, possibilitando que não só ao Assistente Social, da Clínica do Rim mas que todos os interessados por esta atuação, compreendam a importância e a possibilidade do trabalho da (o) assistente social neste espaço. Pois a universalidade do trabalho de profissionais de Serviço Social, tem um leque muito grande, porque atuam não só na saúde, mas na educação, assistência social, na previdência social e no sócio-jurídico.

A divulgação dos dados será realizada através de apresentação pública do trabalho como etapa final do TCC, no Centro de Artes, Humanidades e Letras – CAHL, campus da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, reiterando o convite para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa. Além disso, haverá a disponibilidade de um volume deste trabalho na Biblioteca da Universidade supracitada que ficará disponível para acesso de toda comunidade acadêmica. Ainda assim, a pesquisadora se compromete a entregar um volume na instituição envolvida na pesquisa, como devolutiva dos resultados da pesquisa e, se disponibilizando assim, para possíveis apresentações para a instituição sobre o trabalho.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Política de Saúde no Brasil passou por diversas mudanças durante seu percurso histórico. Dentre essas destaco como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesta Conferência foi quando pela primeira vez os usuários tiveram direito a voz. Marca o modelo de participação nas políticas públicas brasileiras.

Mudanças essas que serviram como base para a Constituição de 1988, sendo o mais significativo avanço ocorrido com essa política, que veio reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, originando, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu marco legal.

Desta forma, este capítulo tem como objetivo principal discutir a Política de Saúde no Brasil, sendo feito uma incursão histórica, pois a Política de Saúde no Brasil é um assunto muito debatido, em particular pelo seu caráter universal e gratuito.

1.1 Dos antecedentes a criação do SUS

Para esta análise será importante uma incursão histórica, adotando-se como marco temporal o período da transição democrática, ou seja, dos anos 1970 até meados dos anos 1990 que corresponde a criação e implantação do SUS.

Esse período teve uma grande importância política, pois retomou as mobilizações sociais, trazendo ao cenário nacional lutas como: anistia aos exilados e presos políticos da Ditadura Militar; retorno as grandes mobilizações da classe trabalhadora; criação de partidos políticos que aglutinavam dentre outros, militantes de partidos até então na clandestinidade; legalização do PC do B, dentre outras. Este momento histórico foi chamado, também de abertura política¹, e trouxe a esperança de construção de uma democracia no país (AVILA, 2013).

O início das mobilizações políticas que deram origem a um novo modo de pensar a saúde no Brasil, coincidem com o período da Ditadura Militar, época marcada pela repressão política e censura à imprensa, dentre outras situações de repressão. Em meio a este cenário é que o Movimento da Reforma Sanitária ganha corpo e se constitui como uma força política construída a partir da articulação de uma série de

¹ Também chamado de “distensão política” por alguns autores, a exemplo de Escorel (2005).

propostas contestatórias ao regime, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente (Neto, 1994, pg.9.).

[...] em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. [...] É claro que a proposta não teve espaço para se impor, naquele momento, ao Governo. [...] (Neto, 1994, pg.9.)

Paim (2008) aponta elementos importantes para o fortalecimento do pensamento e a construção do movimento sanitário, tais como: movimento contra a carestia, os clubes de mães e os centros comunitários (Movimentos Populares de Saúde – MOPS); no âmbito estudantil, são iniciadas as Semanas de Estudos de Saúde Comunitária – SESAC; no campo dos profissionais, inicia-se uma movimentação com os médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica, dando origem ao Movimento de Renovação Médica.

A partir desses movimentos cresceram as reivindicações por melhorias na saúde. Com o fim do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que teve voz as articulações do Movimento da Reforma Sanitária, que são propostas para a democratização da saúde no país, momento em que houve a aprovação das bases para a criação do SUS-Sistema Único de Saúde, e seus princípios norteadores são: universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, controle social. Sendo assim é responsabilidade do Estado o conjunto das instituições e políticas públicas da sociedade, assegurar os meios para que as pessoas tenham acesso aos bens e serviços que lhes assegurem a saúde. A esse respeito Neto (1994), afirma que surge daí a ideia de que Saúde é direito de todos e dever do Estado.

Paim (2002) define o Movimento da Reforma Sanitária como a resultante de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema político.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor saúde transcendiam aos marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação

mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Questão fundamental para os participantes foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público (ESCOREL ET AL. 2005, p. 78).

Salienta-se que antes da criação do SUS, a cobertura da saúde no Brasil era somente de direito àqueles que possuíam vínculos com a previdência social a exemplo os INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) IAPS e (Instituto de Aposentados e Pensões) a sociedade se encontrava numa situação de vulnerabilidade na questão saúde.

Em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que foi uma estratégia importante para a construção e posterior implantação do SUS. Neste mesmo período, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária elaborou uma proposta que foi a base para o texto Constitucional de 1988, quando, finalmente, a saúde foi reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado (ÁVILA, 2013).

A Constituição Federal de 1988, através das mobilizações do Movimento da Reforma Sanitária, contempla no seu texto a saúde como direito e dever do Estado, consoante seu artigo 196:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.58).

Em 1990, é promulgada a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, no governo Collor de Melo, em um contexto neoliberal que reduz a participação do Estado na direção e condução das políticas sociais, “Mínimo para o social e Máximo para o capital”, representando os interesses do mercado.

Contraopondo-se ao governo Collor, as forças sociais organizadas por um projeto de mudança do país apostavam no enfrentamento com o modelo dominante, simbolizado por Lula. Os dois projetos de país, no entanto, perdiam nitidez nos meandros das relações políticas locais, marcadas por acordos e alianças de grupos territorializados ou de chefes políticos com poder personalístico tradicional. O processo participativo, por sua vez, havia se institucionalizado com a Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a total liberdade partidária e sindical e estabelecer um marco legal para a participação da comunidade no sistema de saúde. O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Collor não hesita em

vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária (FALEIROS, et al. 2006, p.112).

O Presidente Collor veta alguns artigos da Lei 8.080/90, negando o processo de democratização iniciado no país, consoante Faleiros et.al. (2006), Ocorre que o veto do então Presidente teve que ser desfeito, em parte, graças a mobilizações do Movimento Sanitário, sancionando, em seguida a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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”.

É nesse contexto que o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, é implantado e materializado através das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Assim, de acordo Paim (2009):

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS, supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p.43).

Salienta-se que a efetivação deste novo sistema, a organização do SUS deverá atender de acordo com os pressupostos contidos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, ao quais define diretrizes que sedimentam o direito social a saúde. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, p. 81).

Para atender as determinações da Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como as recomendações da Resolução nº 02 do Conselho Nacional de Saúde e a necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais do SUS, foi instituída por meio da Portaria nº 1.180,

de 22 de julho de 1991, a Comissão Técnica em âmbito nacional, posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite. A comissão (CIT), no âmbito nacional, deu início nos primeiros anos da década de 90, após promulgação da Constituição Federal (CF), quando da instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como um colegiado intergovernamental.²

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, fortalece a governança nestes espaços e prioriza a responsabilização dos entes de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à Saúde.³

1.2 Contra Reforma do Estado e os rebatimentos no SUS

Ao discutir sobre a Contrarreforma⁴ do Estado brasileiro e os rebatimentos no SUS faz-se necessário recordar o surgimento do SUS em 1986, após a luta dos movimentos sociais chamado Reforma Sanitária, para obter melhorias na qualidade da saúde no Brasil, pois naquela época se encontrava em um cenário precarizado os serviços de saúde e não atendia a toda população. Segundo Behring e Boschetti (2011) o termo contrarreforma é um contra-senso uma vez que o desenvolvimento histórico das políticas sociais tem um espírito reformista marcado pela pressão dos trabalhadores. Foram e são utilizadas pelos governos capitalistas como forma de manutenção da ordem vigente contendo os avanços dos movimentos sociais, ampliando direitos mais sem abdicar de seus interesses de classe.

Segundo Behring e Boschetti (2011), o período pós 1990 pode ser considerado no país, como de contrarreforma do Estado, posto que a denominada Reforma do Estado idealizada por Bresser Pereira (1998) marcou retrocesso nas conquistas

²Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite> Acesso em: 15 nov, 2018.

³ Ibid, 2018.

⁴ A contrarreforma Estado é uma estratégia para a obtenção de superlucros e afetam não só as política de saúde mas também a questão social. A este Respeito ver – BEHRING, Elaine. Brasil em Contra Reforma. Desestruturação do Estado e Perda de Direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

demarcadas na Carta de 1988, sobretudo, nas políticas públicas de previdência, de assistência social e de saúde. Behring e Boschetti (2011, p. 148) acrescentam que:

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

A proposta de saúde pública e universal parece estar na prática, sofrendo um processo de privatização passiva (SILVA, 2003; BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Na saúde pública, o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento.

Para alguns autores como Behring (2003), Montaño e Duriguetto, (2011) a chamada “Reforma do Estado” funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar, desimpedir, desregulamentar os mercados. Dessa forma, tal reforma deixa claro que seu caráter não é um “ajuste positivo” de caráter meramente administrativo-institucional, apenas no plano político-burocrático, mas está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital que em geral tem um caráter político, econômico e ideológico que visa alterar as bases do “Estado de Bem-Estar Social”, tendo como objetivo esvaziar diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas desenvolvidas ao longo do século XX e, portanto, no lugar de uma reforma, configura um verdadeiro processo de contrarreforma do Estado.

É preciso ter consciência de que a contrarreforma do estado é um conjunto de medidas neoliberais e de destruição das conquistas democráticas, Reforma do Estado não pode ser reduzida as reformas administrativas, mas sim é preciso olhar para a realidade brasileira e indagar se por estas terras houve um estado de bem estar social? “fora do estado”, para a relação entre o Estado e a sociedade, para a prática

política. A Reforma do Estado, nesse sentido, é o prolongamento de uma reforma da própria sociedade, tanto quanto é a remodelação da relação entre o Estado e a sociedade civil (BORLINI, 2010).

Segundo Bravo (2011) algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

De acordo a uma análise que já realizamos desta década (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001) afirmamos que no Brasil existem duas inflexões que são fundamentais. A primeira é o plano real e a segunda é a contrarreforma do Estado defendida pelo governo FHC, seus intelectuais e a elite burguesa.

Além disso, os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústrias de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistemas públicos de saúde, redes de hospitais, clínicas, planos privados, entre outros (SOARES, 2013).

[...] o Projeto da Reforma Sanitária compreende a saúde como direito social e dever do Estado e o Projeto Privatista como prática mercantilista, visto no avanço da privatização através de organizações sociais e fundações estatais de direito privado, na defesa do Estado mínimo para as questões sociais, e máximas para o capital. (Bravo e Marques, 2013)

Mesmo com os princípios do SUS, face ao avanço do ideário neoliberal, o Estado vem assumindo um processo gradual de privatização de serviços essenciais à saúde, além da gestão da saúde complementar. Nesse sentido é necessário compreender que a privatização gera uma dualismo discriminatório entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital, em especial para segmentos do capital nacional que perderam espaços com a abertura comercial. É o caso da política de saúde, sendo

esse aspecto designado como universalização excludente, que quebra a uniformização e a gratuidade dos serviços. Na verdade, a privatização no campo das políticas sociais públicas compõe um movimento de transferências patrimoniais, além de expressar o processo mais profundo da supercapitalização. (Maciel, 2017)

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso que o projeto de Reforma Administrativa do Estado foi aprovado em quase sua totalidade, situando a saúde como área não exclusiva do Estado e, portanto, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais, ou seja, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com uso dos cofres públicos (SOARES, 2013).

Segundo Bravo (2006 apud SOARES, 2013, p. 98)

[...] há a continuidade de uma política que se efetiva de forma focalizada, precarizada, com ênfase na Estratégia Saúde da Família e na assistência emergencial, bem como na fragmentação da concepção da seguridade social.

Referente aos serviços particulares ou complementares a assistência a saúde, a Lei 8.080/90, aponta no seu artigo 20, que estes serviços se caracterizam por iniciativa privada de profissionais liberais habilitados para este fim, sendo a assistência a saúde livre a iniciativa privada. Por oportuno, também na lei orgânica da saúde, existe o instituto das ações complementares, ou seja, o Estado, através do Sistema único de Saúde, faz parcerias/ convênios ou outra modalidade de gestão, com serviços que vão contribuir com a ação do Estado, por inexistência destes serviços na Rede Própria do SUS. Mesmo nas ações da iniciativa privada deve ocorrer obedecendo a regras do próprio sistema de saúde:

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (Lei 8.080/90).

Da mesma forma a participação complementar também está prevista no marco legal do SUS.

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

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ocorre que, estas ações, acima citadas, não podem ser a regra, mas sim exceção. O SUS, deve ser público, estatal e gratuito, garantindo, assim, os seus princípios basilares.

A rede SUS não deve ser gerida por terceiros uma vez que acaba por criar uma série de transtornos ao sistema de saúde, quais sejam: precarização das relações de trabalho; quebra de vínculos entre usuários e profissionais de saúde; restrições em pesquisas e outras ações de importância para a política de saúde⁵.

Conclui-se que a opção do governo em direcionar o uso do recurso público para o mercado deixa claro que o Estado tem priorizado a política econômica com seus interesses privados do capital, em desvantagem da política social e das demandas do trabalho, motivo ao qual direciona as políticas da seguridade social para a direção da privatização, focalização e monetarização da proteção social. E a política de saúde não podia fugir disso.

Segundo Maciel (20170), tais espaços tornam-se cada vez mais importantes para o debate contemporâneo sobre a conquista, a consolidação e a universalização do direito à saúde. Por meio deles, os trabalhadores e usuários da saúde pública poderão compreender os caminhos da política de saúde brasileira, fortalecendo o pensar e o agir coletivo na defesa de uma política de saúde pública, universal e de qualidade, e ressaltando a necessidade de defesa de um novo projeto societário, no qual a vida humana não seja negociada como mercadoria.

1.3 Sus e contexto contemporâneo

O SUS, é resultado dos movimentos sociais, porém nas três últimas décadas a sociedade brasileira tiveram grandes esforços para organizar e colocar em funcionamento o SUS. É significativo, os avanços⁶ na saúde, através da Estratégia da Família (PSF), na Política Nacional de Humanização (PNI), na Redução da mortalidade infantil, na Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, na Política de AIDS, na Política de Transplantes, na Política de Doação de Sangue, na Reforma Psiquiátrica, e nas demais políticas públicas.

⁵ <http://www.contraprivatizacao.com.br/>

⁶ Abertura de uma nova perspectiva para a solução de um problema, ou para o progresso de um conhecimento.

O SUS é um sistema de saúde formado por vários serviços de saúde e gerido nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), e executado pela rede própria e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. É único, isto é, tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com uma mesma sistemática (NETO.1994).

Assim, funciona o SUS com princípios e diretrizes previstos em seu marco Legal (Constituição Federal/1988 e as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990). O art. 198 aponta as seguintes diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988)

No art. 7º da Lei 8.080/1990 estão os princípios do SUS, que somados as diretrizes dão a sua direção e norte:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII - participação da comunidade;
 - IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo
- [...]
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, Lei n. 8.080/1990).

Mas esses avanços estão sofrendo um grande ataque, com o congelamento dos recursos, cortes de verbas, emendas constitucionais, planos de saúde “populares”, são manobras e estratégias dos que querem calar os movimentos de saúde e destruir o SUS.

No atual cenário político os interesses privatistas estão sendo colocados a frente dos interesses públicos e preconizados pela Reforma Sanitária, numa privatização desumana e que vem atingindo a saúde de forma galopante. Cabe lembrar que na Constituição Federal a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A saúde não deve, desta forma, ser tratada como uma mercadoria.

As reformas que vem sendo implementadas pelo governo apoiadas na obsessão na redução do “déficit fiscal”, representam uma ruptura radical com as preceitos da Constituição Cidadã de 1988 e inviabilizam a realização de direitos sociais fundamentais como a saúde e a proteção básica aos trabalhadores, aposentados e idosos, mesmo que isso implique na redução expressiva dos gastos sociais (ABRASCO,2018).

O que se observa na saúde é que, além do sucateamento e da falta de investimentos na rede de atendimento, o acesso universal cada vez mais restrito à população mais pobre e crescimento das parcerias público privado, terceirizando os serviços de saúde, com carência de funcionários públicos no quadro de recursos humanos das unidades de saúde por falta de concursos, precarização e sucateamento dos serviços.

Como resposta aos ataques a política de saúde ressaltamos a importância dos movimentos sociais nesse processo em especial da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹ que tem realizado várias ações mobilizando a criação de Fóruns Regionais resistência a privatização da saúde em diversos estados, articulando Ações Diretas de Inconstitucionalidade entre outras ações. (BRAVO; MENEZES, 2013).

Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2015)⁷, a EBSEH⁸ foi a solução apresentada pelo governo federal para a crise dos Hospitais Universitários resultante da progressiva redução de pessoal que assolou o setor

⁷ Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/>> Acesso em: 27 nov, 2018.

⁸ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

público e da falta de investimentos para dar conta dos objetivos dos Hospitais Universitários: ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

A EBSEERH é uma empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação cuja finalidade principal é gerir os Hospitais Universitários Federais e prestar apoio as universidades na gestão dos mesmos em um modelo privado de gestão. Criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Defender o SUS e a garantia da saúde como política pública apresenta diversos desafios, com o avanço das privatizações, desfinanciamento e fragmentação das políticas públicas.

Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, ainda que ampliado em um duplo movimento: de um lado, dilatando-se no interior do Estado capitalista contemporâneo, de outro, sendo apropriado pelo movimento do capital, sob o comando do capital financeiro (MENDES, 2015).

É de suma importância salientar que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, é composta por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, tem por objetivo: defender o SUS público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito para todos; lutar contra a privatização da saúde; e defender a Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980. O Serviço Social tem grande participação durante esse processo de lutas e movimentos sociais contra a Privatização da Saúde.

Fielis as lutas e aos princípios da Reforma Sanitária que decretou que a saúde é um bem público, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde se posicionou em defesa da saúde pública estatal e universal e contra a privatização da saúde.

Segundo Carvalho (1997), a participação da sociedade é a expressão institucional do “núcleo duro” da Reforma Sanitária. Ao longo do tempo, teve significados diversos, evidenciando constantemente a preocupação em associar o social e o político. Expressa ainda a face democrática ampla dessa Reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder.

Para Feuerwerker (2005) a capacidade de mobilização decorre de ter sido o campo da saúde “constituído por atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura, capazes de fazer críticas e apresentar propostas alternativas com modos de

fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão”. Aponta ainda, no mesmo artigo, a possibilidade de que a proposta desejada e construída pelo movimento de reforma sanitária seja desqualificada face as fragilidades atuais do sistema, colocando em risco sua legitimidade política e social. Tal se deve à permanente disputa sobre o alcance da saúde como direito, em relação à própria concepção de saúde e às maneiras para viabilizar seu acesso e sua garantia.

1. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Nesse capítulo será discutido a política de Saúde e o Serviço Social, tendo como principal objetivo explicar como se deu a inserção do Serviço Social neste espaço sócio ocupacional articulada ao projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo por tanto será feito um percurso histórico e assim desvendar a trajetória em que levou a necessidade da profissão em ser inserida na área da saúde.

1.1. Emergência do Serviço Social na Saúde

O Serviço Social é uma profissão “inscrita na divisão social do trabalho, situando-se no processo de reprodução das relações sociais”. (IAMAMOTO e CARVALHO,1996).

Segundo Yazbek (2009), em seu artigo, os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade, traz a análise dos principais fundamentos que configuram o processo ao qual a profissão passou buscando explicar e intervir sobre a realidade social.

Sendo que o primeiro aspecto referente ao processo de incorporação da profissão é a relação de ideias e doutrinários do pensamento social da Igreja Católica, em seu processo de institucionalização no Brasil, com a característica de que a “questão social” seria um problema moral e religioso, e em sua intervenção priorizava a formação da família e do indivíduo para resolver os problemas, e atendendo as necessidades materiais, morais e sociais. No que se refere as Doutrinas Sociais da Igreja destacam-se as encíclicas “Rerum Novarum” do papa Leão XIII de 1891, iniciando o magistério social da Igreja, em seu contexto traz a busca de restauração de seu papel social sociedade moderna e a “Quadragésimo Anno” de Pio XI de 1931, em que comemoravam os 40 anos da “Rerum Novarum” tratando da questão social solicitando a renovação moral da sociedade e a adesão à Ação Social da Igreja, ressaltando que esta matriz está na gênese da profissão em toda América Latina.⁹

Com características do conservadorismo Católico iniciou o Serviço Social brasileiro, mas é a partir dos anos 40, que começam a acontecer mudanças técnicas

⁹ IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez Ed., CELATS (Lima-Perú), 1982.

ao dialogar-se com o Serviço Social americano, pelo caráter conservador da teoria social positivista. Consequentemente, para atender as novas configurações do desenvolvimento capitalista, haveria mudanças na profissão, assim exigindo qualificação e sistematização de seu espaço sócio ocupacional para atender requisitos do Estado que inicia a implementação de políticas no campo social.¹⁰

O processo de legitimação da profissão, refere-se ao pagamento de salário e ocupar um espaço na divisão sócio técnica do trabalho, colocando o Serviço Social brasileiro frente a matriz positivista, assim ampliando seus referenciais técnicos para a profissão. Esse processo constituiu o “arranjo teórico doutrinário”, denominado por Iamamoto (1992, p21), e sua característica é a união entre o discurso humanista cristão ao suporte técnico-científico inspirado na teoria social positivista (com mediações das Ciências Sociais).

O primeiro suporte teórico-metodológico necessário ao Serviço Social foi à qualificação técnica de sua prática e sua modernização foi procurada na matriz positivista, em sua percepção manipuladora, instrumental e imediata do ser social. As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais refletem nos anos 60, pois novas configurações caracterizam o crescimento do capitalismo mundial. É nesse momento que os profissionais demonstram suas inquietações e insatisfações e a partir de então questiona o Serviço Social tradicional em diferentes âmbitos: teórico, metodológico, operativo e político.

Após esse momento de inquietações surge o movimento de renovação e na sociedade latino-americana determina que os assistentes sociais construam um novo projeto comprometido com as classes subalternas, que era uma das expressões em suas mobilizações.

O Movimento de Reconceituação dá um novo impulso e define de forma clara e se confrontam em várias tendências para ter embasamentos do exercício e posicionamentos teóricos do Serviço Social. Sendo que o movimento foi no tempo da ditadura militar e de impossibilidade de contestação política, priorizando um projeto tecnocrático/modernizador, ao qual Araxá e Teresópolis expressam muito bem. No início dos anos 80 inicia-se a teoria social de Marx efetivando a interlocução com a profissão, como matriz teórico-metodológica com esta teoria aprende o ser social a

¹⁰ IAMAMOTO, Marilda V. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaios críticos. São Paulo, Cortez Ed., 1992.

partir das mediações. A partir dos anos 80 indo para o 90, entropõem-se as ações voltadas à formação do Assistente Social brasileiro são ações referentes à formação de assistentes sociais como (currículo de 1992 e as atuais diretrizes curriculares) eventos acadêmicos, resultados das experiências dos profissionais, como em Congressos, Convenções, Encontros e Seminários, que estão presentes, na lei que regulamenta o exercício legal da profissão, e no Código de Ética.

Em um novo momento no processo de recriação da profissão buscando romper com o conservadorismo, e assim ganhando visibilidade (NETTO,1996, p111). O projeto ético-político do Serviço Social não foi construído rapidamente. Sua gênese se encontra na metade da década de 70 e o grande marco foi o III CBAS, mais conhecido como “Congresso da Virada, realizado em 1979.

Apesar de seu passado estar ligado à filantropia e caridade, o Serviço Social como profissão não é evolução da caridade, tendo em vista que surge como profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, na fase monopolista do sistema capitalista, como demanda da burguesia e da Igreja Católica, para administrar as expressões da questão social (NETTO, 1992).

O Serviço Social é constituído como uma profissão:

[...] que tem a particularidade de intervir em situações reveladoras das profundas desigualdades sociais geradas pelo próprio capitalismo, mas que, contraditoriamente, por força das tensões e confrontos daqueles que são espoliados, o capital é obrigado a administrá-las para manter sua dominação de classe. (MOTA, 2003, p.10)

O Serviço Social tem suas práticas profissionais, regulamentada pela Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a Profissão de Serviço Social, e nele há as diretrizes que são encontradas no Código de Ética Profissional do Assistente Social, tendo em pauta seu projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, sendo este o instrumento de aparato legal que ampara e respalda os assistentes sociais no fazer profissional independente do espaço sócio ocupacional que ele atue.

Segundo Martinelli (2011), o/a Assistente Social na sua prática profissional tem que ter diversos entendimentos, condutas e ideias, para que no momento em que houver muitas demandas ele saiba agir e usar de forma correta os conhecimentos adquiridos, pra assim obter os resultados desejados.

A atuação do Serviço Social na área da saúde teve espaço para as suas práticas profissionais a partir da Constituição de 1988. A Política de Assistência Social passou a ser tratada como política pública e tiveram investimentos as políticas sociais,

com determinação da responsabilidade do Estado em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, a exemplo, da instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social integrando-se as políticas de assistência, seguro social e saúde. O surgimento do Movimento da Reforma Sanitária deu a saúde um novo conceito que foi incorporado pela constituição de 1988, “a qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provida pelo SUS” (BRASIL, 1988, art.194)

A Reforma Sanitária, vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe na busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO E MATOS, 2008 p.206)

Assim, no art. 6º da Constituição Federal, a saúde é reconhecida como uma política social, e passa a integrar o Sistema de Seguridade Social, com caráter universal, ou seja, garantindo o atendimento a qualquer pessoa, independente de contribuição. (BRASIL,1998)

Os (as) Assistentes Sociais atuam e defendem a atenção em saúde ancorada nos fatores condicionantes e determinantes da saúde ao tentar incorporar em suas ações os valores defendidos em seu Projeto Ético Políticos prescritos nos seus instrumentos normativos. Além disso, defendem o direito dos usuários a serviços de qualidade. (SANTOS et al., 2015)

Os Assistentes Sociais na saúde, são reconhecidos como profissionais de saúde pela Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, nº 383, de 29/03/1999. O Assistente Social, na sua prática profissional, constantemente se atenta para a análise do processo de disponibilização dos serviços na saúde, tendo sempre como foco, a efetivação dos direitos sociais, e principalmente o direito à saúde, a contribuição para um serviço de qualidade e humanizado nos âmbitos públicos e privado, sendo este um direito determinado na Carta Magna do Brasil. (VASCONCELOS, 2008)

A criação da residência multiprofissional em saúde no ano de 2005, por meio da Lei nº 11.129, foi outro fator importante para a construção do trabalho

interdisciplinar em saúde, reconhecendo a importância de todos os profissionais da área, a fim de assegurar o direito à saúde em uma perspectiva integral. A lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social ao apontar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, e diz que:

[...] entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

É válido ressaltar que esses fatores condicionantes e determinantes da saúde fazem parte do contexto sócio histórico de transformações macrosociais em que o sujeito está inserido (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) instalou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005 para investigar e propor maneiras de reduzir as desigualdades de saúde.

Em 2008, a Comissão apresentou um relatório final com três recomendações gerais necessárias para atingir o objetivo da sua criação, quais sejam:

[...] melhorar as condições de vida no dia a dia; combater o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e mensurar e compreender melhor as desigualdades de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 2).

O profissional de Serviço Social atua de forma diferenciada das outras profissões, pois analisa a partir da perspectiva da totalidade ou seja, analisa os determinantes sociais, conjunturais, as correlações de forças e suas contradições. Eles defendem e atuam na atenção à saúde, fundamentado em valores amparados no seu Projeto Ético-Político, ou seja, defende os direitos dos usuários¹¹, para que os mesmos tenham serviços de qualidade.

Segundo Santos et al. (2015), uma vez que tais serviços são parte da riqueza socialmente produzida por todos e apropriada de forma privada. Nesse sentido, ao analisarem e intervirem no processo saúde-doença dos usuários, não consideram somente os fatores genético-biológicos da doença, fazem-no observando e destacando, principalmente, os efeitos da concentração da riqueza e desigualdade social como elementos determinantes nesse processo.

¹¹ Utiliza-se, o termo “usuário” como sujeito de direitos, pacientes e acompanhante, entendidos como sujeitos que utilizam os serviços de saúde do SUS.

O Serviço Social na saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos. As intervenções profissionais veem ampliando e se consolidando diante da concepção de que o processo de programa de proteção de serviço, ou seja, ao nível de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atenção na saúde não estar centrada apenas sobre o enfoque médico, mas em uma equipe multidisciplinar. A especialização da prática profissional no trabalho coletivo evidencia-se em sua atuação. Que não se dá apenas de forma específica, mas como conjunto de variáveis que a determinam. Em confronto em direitos dos usuários e as normas institucionais é que o profissional intervém, com o objetivo de assegurar o direito que é apresentado nos grandes embates que o profissional enfrenta no setor de saúde. Atualmente abordar sobre o profissional de serviço social na saúde pública é uma questão necessária levando em conta todo processo que envolve a sua atuação. Logo, o trabalho da equipe interdisciplinar no âmbito hospitalar no que concerne à atribuição dos assistentes sociais devem ser especificadas e divulgadas para os demais profissionais da instituição.

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (BRASILIA, 2010)

É de suma importância destacar que a atenção a saúde não esta centrada apenas sobre o enfoque médico, mas em uma equipe multidisciplinar. A especialização da prática profissional no trabalho coletivo evidencia-se em sua atuação. Que não se dá apenas de forma específica, mas como conjunto de variáveis que a determinam. Em confronto em direitos dos usuários e as normas institucionais é que o profissional intervém, com o objetivo de assegurar o direito que é apresentado nos grandes embates que o profissional enfrenta no setor de saúde. Atualmente falar sobre o profissional de serviço social na saúde pública é uma questão necessária, pois leva em conta todo processo que envolve a sua atuação dentro desta área.

Com isso podemos dizer que o trabalho do assistente social na área da saúde, é de suma importância porem é marcado profundamente pelas relações sociais. Pois

a falta de conhecimento sobre as competências e atribuições do profissional de saúde assistente social, reverbera nas demandas impostas a eles, e que sobrecarregam a equipe com diversas ações que não são atribuições dos mesmos.

2.2 O trabalho do (a) assistente social na saúde

A profissão está regulamentada pela lei 8.662, de 7 de junho de 1993 e os órgãos que fiscalizam a profissão são: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS). Além da Lei, há também o Código de Ética Profissional que foi atualizando-se, após um rico debate em conjunto com a categoria de todo país e então foi aprovada a quinta versão do Código de Ética Profissional, pela Resolução 273/93 do CFESS, ele expressa renovação e amadurecimento teórico-político da profissão e evidência em seus princípios fundamentais, o compromisso ético-político da categoria. (YASBEK, 2009)

É evidente que todas as mudanças e renovações que ocorreram com o passar dos anos, confirma o quanto é importante a profissão do assistente social, e que não são meros agentes de caridade e sim um profissional que tem formação em nível superior, está inscrito no CRESS, executa as políticas públicas, e atua em diversos âmbitos da sociedade.

A dinâmica, normas e rotinas de uma unidade hospitalar, é desafiadora, pois para o (a) profissional que atua na área de saúde, encontra diversas inquietações, além do não reconhecimento sobre a prática profissional, por parte dos profissionais de outros setores, sem contar com a correlação de forças que acaba inviabilizando o fazer profissional, dentro das instituições. Com isso vem seguindo uma lógica de organização de trabalho e ações estratégicas, como exemplo, plantões e programa, restringindo a atuação e a postura dos profissionais, se submetendo aos limites institucionais posto ao profissional de Serviço Social, juntando a uma dinâmica interna da unidade de saúde. (VASCONCELOS, 2001)

A concepção do hospital por Foucault que contestando a tese de que o hospital tivesse qualquer função terapêutica na sua origem, entende ter existido sempre duas séries paralelas no cuidado das pessoas: "uma série médica, cujos cuidados eram exercidos em espaço não hospitalar, nas casas; e uma série hospitalar, onde a acolhida e disciplina da pobreza e das anomalias humanas eram administradas".

Somente no século XVIII, inicia-se a era do hospital como dispositivo de cuidado assistencial.

"O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital [. . .] e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente designado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo- que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna" (Foucault, 198: 101-102). Segundo Foucault, a evolução do hospital está diretamente relacionada com a participação dos médicos no seu funcionamento, por meio da sua constituição como um lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes.¹²

O profissional de Serviço Social, conta com o aparato legal, para a atuação na área de saúde, além dos embasamentos, teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político. Dentro dos parâmetros legais para a atuação dos (as) Assistentes Sociais na política de Saúde diz que:

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (BRASILIA, 2010).

O profissional de Serviço Social, atuando na área da saúde, faz parte de uma equipe multidisciplinar, porém o Serviço Social desenvolve seu trabalho no âmbito de interpretar as condições de saúde dos usuários, o que diferencia dos outros profissionais, por isso é necessário à reflexão, referente às atribuições do profissional de Serviço Social que tem sido solicitada demandas que não são atribuições dos mesmos, por parte não só dos usuários, mas também dos outros profissionais da equipe. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas

¹² FOUCAULT, 2004b, passim.

para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. (BRASILIA, 2010)

Para Costa (2000), observamos que as necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais, na medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais. Paradoxalmente, são "estes portadores materiais de necessidades não contempladas pelo sistema" os que não têm a quem recorrer que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, seja na condição de excluídos da sociedade, seja na de excluídos do atendimento realizado.

Segundo Vasconcelos (2006), independente do tipo de unidade de saúde, independente das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os assistentes sociais vêm seguindo uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação. O Serviço Social, como um todo, se organiza em plantão ou plantão e programas, enquanto os assistentes sociais, (organização de trabalho) individualmente, podem se organizar desenvolvendo ações no plantão, no plantão e em programas ou somente em programas e projetos.

Desta forma a organização do Serviço Social toma relevância, não pelas atividades em si, mas pelo caráter das mesmas, estruturadas com base no Plantão. O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais/funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras unidades, etc.) ou pelos assistentes sociais que realizam outras atividades - geralmente relacionadas aos Programas - no interior da própria unidade de saúde. (VASCONCELOS, 2006)

O Plantão ¹³faz parte de qualquer unidade de saúde, (VASCONCELOS, 2001), que o usuário é recebido, ouvido (“procura-se esclarecer os motivos da procura ou do encaminhamento”) e encaminhado para recursos externos e/ou recursos internos tendo como parâmetro o "bom" andamento da rotina institucional, os recursos disponíveis e as demandas explícitas dos usuários por orientações e inserção na rotina. As demandas do Plantão são atendidas individualmente através de "orientações diversas", "encaminhamentos", "esclarecimentos", "informações", "providências", "apoio", “aconselhamento”, atividades apontadas pela quase totalidade dos assistentes sociais.

O mesmo ainda diz que: a maioria dos usuários que procura o Serviço Social, mas principalmente o plantão, é de mulheres demandando atendimento para si e/ou para algum familiar/conhecido. Os usuários chegam ao plantão do Serviço Social através de procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos.

Entretanto, os assistentes sociais não fazem estudos sobre as demandas dos usuários nem as demandas institucionais, realizando ações a partir de demandas espontâneas ou selecionadas e dirigidas ao Serviço Social pelos demais profissionais de saúde/serviços.

De acordo com o tipo de procura, destacam-se as seguintes demandas dirigidas ao plantão pelos usuários: Segundo VASCONCELOS (2006)

- Procura Espontânea;
- Encaminhamentos Internos;
- Encaminhamentos Externos.

13 Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009 . Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - plantão hospitalar, aquele em que o servidor estiver no exercício das atividades hospitalares, além da carga horária semanal de trabalho do seu cargo efetivo, durante doze horas ininterruptas ou mais; e

II - plantão de sobreaviso, aquele em que o servidor titular de cargo de nível superior estiver, além da carga horária semanal de trabalho do seu cargo efetivo, fora da instituição hospitalar e disponível ao pronto atendimento das necessidades essenciais de serviço, de acordo com a escala previamente aprovada pela direção do hospital ou unidade hospitalar.

Na Procura Espontânea, os usuários procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações;

Nos Encaminhamentos Internos – encaminhamentos dos usuários para o plantão do Serviço Social – para orientações diversas, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos;

Nos Encaminhamentos Externos, na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à unidade, os usuários demandam acesso aos recursos/ serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas.

Beier (2011, p. 204) define o Serviço Social como uma profissão de “intervenção na realidade, cenário histórico onde se expressa a questão social e se busca programar as políticas públicas de atenção e defesa dos direitos dos cidadãos”. A área da saúde é uma importante área de atuação do assistente social.

Percebe-se na área de saúde, a importância da equipe multidisciplinar no atendimento ao usuário. O principal objetivo é beneficiá-lo quanto a encaminhamentos, orientações e tratamento na busca de resultado positivo para o tratamento (CFESS, 2008).

Embasado no Código de Ética do Assistente Social, Bravo e Matos (2002), apontam que pensar numa atuação competente e crítica na área da saúde pelo assistente social, é:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a 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;
Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (BRAVO e MATOS, 2002, p. 18)

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências). As atribuições a serem explicitadas podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho. Nessa perspectiva, serão apresentadas, a seguir, as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto na ação direta como nos demais níveis. Considera-se que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional. (CFESS, 2009)

As principais ações a serem desenvolvidas pelo/a Assistente Social conforme os Parâmetros são:

Prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária[...] Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários[...]

[...]abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes; Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social; Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas; [...]visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais; Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde; Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional; Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (BRASÍLIA,2009)

É de suma importância ressaltar que a atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

A equipe de saúde e / ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências do assistente social, tem requisitado diversas ações aos profissionais que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- Marcação de consultas e exames;
- Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- 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;
- Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes. (BRASÍLIA, 2009)

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, o assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação a demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente. ¹⁴Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais.

Com base nos Parâmetros, parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário / familiar com a equipe.

A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de Serviço Social. Algumas reflexões são importantes

¹⁴ Estas dificuldades têm relação com a contra-reforma na saúde e as precárias condições de trabalho a que estão submetidos todos os profissionais de saúde, conforme já sinalizado.

sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e que procedimentos a equipe deve adotar coletivamente.

Dentro dos Parâmetros os fatores que mais contribuem para a solicitação de alta por parte dos usuários são:

- Desinformação quanto ao tratamento e procedimentos;
- Aspectos culturais e religiosos;
- Necessidade de sobrevivência/manutenção familiar;
- Demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não

faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família.

Entretanto é importante apresentar, a atuação do assistente social frente a este procedimento é o de orientação, esclarecimento, e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando os usuários a tomarem esta decisão. O profissional responsável pela alta e pelos procedimentos da mesma deve ser o médico e não o assistente social. O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação a questões sociais e culturais, visto que pela sua própria formação há o respeito pela diversidade, o que geralmente é mais difícil para outros profissionais de saúde. (BRASÍLIA,2009)

Segundo Casati e Correa (2005), os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores da saúde esta política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão.

Ainda de acordo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, outra demanda que aparece para a equipe de saúde refere-se à violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências. Nestas situações, a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. O assistente social deve colaborar nessa ação, mas não é atribuição privativa do mesmo. Cabe ao profissional de Serviço Social fazer

uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos e viabilizar os encaminhamentos necessários.¹⁵

Os assistentes sociais devem ter como parâmetros de ação na equipe de saúde:

“ esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros; elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito; incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças; criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida; realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos; participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica; planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito; sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe; participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária. Realizar a notificação,

¹⁵ Trata-se de encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pela legislação social vigente no Brasil, a saber: Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), ECA (Lei nº 8069/90), LOAS (Lei 8742/93), Lei da Acessibilidade (Lei nº 10.098/00), Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 7.853/89), LOS (lei nº 8080/90 e nº8142/90), Resolução CFESS nº 489/06, entre outros.

frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis. (BRASÍLIA,2009)”

Portanto, ao discutir sobre o trabalho do (a) Assistente Social na Saúde, é necessário apresentar o que é de fato atribuição do Assistente Social e o que não é, nesse item, foram abordados as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, tendo por referência o projeto profissional do Serviço Social.

2.3. Desafios para materialização do projeto ético político do serviço social na saúde

Aqui serão apresentados os desafios para a materialização do projeto ético político do serviço social na saúde, pois segundo (BRAVO,2002) foi na década de 1990, que o Serviço Social na saúde assumiu dois vieses, um que trouxe o fazer profissional visto com o olhar do neoliberalismo, onde o assistente social destacou seu fazer profissional através de ações fiscalizatórias, seletivas e assistencialistas.

Netto (1998) chama de Movimento de Renovação do Serviço Social, que irá criticar ações isoladas e de cunho ajustador; ocorridas no bojo da profissão. Nas palavras ao autor:

[...] a renovação profissional fez, através da elaboração de seus formuladores, [...] construir um acúmulo no interior do qual é possível reconhecer – insista-se: pela primeira vez na história do Serviço Social nestas plagas – as tendências fundamentais que mobilizam as classes e os grupos sociais brasileiros no enfrentamento dos problemas da economia, da cultura e da história. [...] A renovação profissional, porque foi capaz de sintonizar as (auto) representações do Serviço Social com pluridimensionalidade dos projetos que permeiam a sociedade brasileira, constituiu, em si mesma, a contribuição (nem sempre consciente e voluntária, é verdade) dos assistentes sociais para abrir o caminho ao futuro – de sua profissão e da sociedade. (NETTO, 1998, p. 307s)

Como citado anteriormente, foi a partir dos anos 1990, que o Serviço Social passa a voltar-se para o conceito de controle social na Política de Saúde. Todo este processo democratizante incentivou o exercício profissional do assistente social no campo das discussões em saúde, afetando seu fazer de maneira cotidiana, principalmente no que diz respeito à ampliação de seu espaço no mercado de

trabalho. A partir de então, o Serviço Social ampliou seu campo de atuação, passando a atuar no terceiro setor, ocupando os conselhos de direitos, com funções de assessoria, adentrando também ao campo da Gestão em Saúde, como articulador e mediador das questões referentes à Política de Saúde.

SILVA (2007), diz que o Serviço Social é uma profissão que tem como desafio compreender a realidade social, além disso, produz conhecimento a cerca dessa realidade para transformá-la. A prática do Assistente Social no desenvolvimento dos processos de trabalho tem como objetivo consolidar políticas de direitos dentro do cotidiano dos espaços profissionais.

Portanto:

[...] à reflexão sobre o processo de trabalho e o Serviço Social traz grandes desafios, pois em sua história recente essa profissão sofreu profundas transformações, as quais, por sua vez, repercutiram no cotidiano das práticas profissionais (SILVA, 2007, p. 36).

Entretanto, o processo de trabalho em saúde é realizado por uma equipe multiprofissional, constituída de profissionais de diferentes áreas¹⁶, que tem diferenças particulares intra/institucionais (IAMAMOTO, 2007). O caráter pessoal nas relações profissionais nos serviços de saúde identifica o assistente social como técnico em relações humanas por excelência.

O Projeto Ético-Político de Serviço Social, que constitui em um conjunto de valores e concepções ético-políticas, que delimita e prioriza objetivos e funções, direciona o exercício da profissão, a formação acadêmica e suas relações, sendo reconhecido coletivamente pelos profissionais.

Segundo Netto, (1999, p.95), o Projeto Ético-Político do serviço social pode ser definido como:

[...] os programas profissionais (inclusive o Projeto Ético do Serviço Social) apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e prioriza seus objetivos e funções, formulam os requisitos teóricos, institucionais e práticos para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários e seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...].

¹⁶ Biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, psicologia, serviço social, odontologia, radiologia e terapia ocupacional (CNS,1997).

De acordo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde é de suma importância analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde e, principalmente a partir dos anos noventa, identifica-se que alguns desafios se encontram na atualidade. E dois projetos existentes na saúde, estão em disputa: o projeto da Reforma Sanitária X o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista.

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência intenção de ruptura¹⁷ e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade. (BRASILIA, 2009)

Segundo Netto (1996), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Ainda segundo os Parâmetros, na saúde onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc), e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que

¹⁷ A renovação do Serviço Social no Brasil ocorre a partir de meados dos anos 1980. Segundo Netto (1996), é possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora com influência do funcionalismo; a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia; e a de intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde.

Segundo os autores (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004), compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O código de ética da profissão apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todos os aspectos: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

Desta forma, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, apresenta condições para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consistindo em:

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, 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; 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 estar atento sobre a possibilidade de 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 (BRASÍLIA,2009).

Assim, o profissional de Serviço Social que estiver inserido neste espaço sócio-ocupacional, terá meios norteadores para uma atuação eficiente, e estarão seguindo e sendo comprometido com os preceitos éticos da profissão e com os princípios norteadores do Código de Ética e do Projeto Ético-Político.

É importante destacar uma importante conquista da categoria profissional, a produção do documento do CFESS- Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, de março de 2009, que referencia a intervenção do assistente social como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia (MARTINELLI, 2011).

Contudo é importante destacar que, “não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências, pois se considera que estas estão em permanente construção, sendo um desafio aos Assistentes Sociais que atuam na saúde” (CFESS, 2009, P. 67).

2. A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA Clínica DO RIM (HEMODIÁLISE) DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

Neste capítulo, será abordada a percepção dos usuários sobre a atuação do Serviço Social no ambiente hospitalar, ou seja, na clínica do rim. Para isso, será caracterizado o Serviço Social na instituição, considerando seu processo de trabalho além dos limites e possibilidades de atuação profissional.

3.1. A Clínica do Rim e o Serviço Social

A Clínica do Rim ¹⁸ foi inaugurada em 29 de junho de 2003, veio de encontro aos anseios da população de Santo Antônio de Jesus e de todo Recôncavo Sul da Bahia. Em um trabalho de visionários com mais de 1.500 m² de área edificada, em um terreno de mais de 2.000 m² sendo uma das maiores clínicas privadas até então construída na região. Segundo o site da Clínica, possuem uma atuação criteriosa e uma escolha qualificada dos profissionais que nela laboram. A clinica é responsável por ações ligadas a doenças dos rins, iniciando na prevenção e agindo em fase posterior de diagnóstico, acompanhamento e tratamento das enfermidades dos rins, mantendo um programa de hemodiálise com mais de 200 pacientes atualmente.

¹⁸ Disponível em: <http://clinicaderim.com.br/clinica-do-rim/>. Acesso em: 04 março 2019.

FIGURA 1: ENTRADA PRINCIPAL DA CLÍNICA DO RIM



Fonte: Site da Clínica do Rim, 2019.

Segundo informes da clinica e site, o atendimento está pautado em acolhimento humanizado, com um olhar integral para o usuário, ou seja, com atenção às suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

Possuem equipe especializada composta por nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais que acompanha o usuário durante o tratamento.

Equipe Técnica é composta por 03 (três) médicos nefrologistas; 04 (quatro) enfermeiras com especialidade na área; uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social.

Segundo informações da equipe técnica e do site a clinica, a mesma possui modernas e confortáveis poltronas para as sessões de hemodiálise, climatização com controle de temperatura e umidade em todos os ambientes por meio de condicionadores de ar; salas apropriadas para realização de seções de Hemodiálise, equipadas com máquinas de última geração e equipe qualificada para atendimento aos pacientes renais crônicos com a dedicação e competência necessária.

FIGURA 2: SALA QUE OS PACIENTES FAZEM HEMODIÁLIZE



Fonte: Site da Clínica do Rim,2019.

A Clínica do Rim possui infraestrutura específica para o seu fim, com acessibilidade para aqueles que possuem deficiência. Os consultórios e demais espaços de atendimento dos usuários estão todos dentro dos parâmetros e protocolos para atendimentos a doentes renais e suas famílias.

A clínica não tem internamento, nem espaço para atendimento noturno, funciona das 06 às 22 hs. A clínica atende SUS ¹⁹e convênio.

A doença renal crônica (DRC) incide em dano renal e perda progressiva e, na maioria das vezes, irreversível da função dos rins. Atualmente existem algumas opções de tratamento renal para os pacientes que sofrem de DRC avançada: diálise peritoneal; hemodiálise e transplante. A definição do tratamento é feita pelo médico nefrologista e o próprio paciente renal crônico, considerando fatores que poderão

¹⁹ Considerando a Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal;

§ 1º - Entende-se por Serviços de Nefrologia aqueles de natureza estatal (municipal, estadual, federal) ou privados (filantrópicos ou lucrativos) vinculados ao SUS que deverão oferecer consultas em nefrologia, de acordo com o que está especificado no artigo 4º e no Anexo desta Portaria, hemodiálise e garantia de acesso à diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), à diálise peritoneal automática (DPA) e à diálise peritoneal intermitente (DPI), quando da necessidade do paciente, no mesmo município, habilitados de acordo com a legislação em vigor.

§ 2º - Entende-se por Centros de Referência em Nefrologia os Serviços de Nefrologia localizados em unidades hospitalares certificadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação como Hospitais de Ensino, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, que além do papel assistencial, exerçam a função de consultoria técnica, e sob a coordenação do gestor do SUS, possam juntamente com representantes dos diferentes níveis de atenção, garantir o acesso e promover as ações inerentes da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal à população de sua área de abrangência.

influenciar no sucesso da terapia renal substitutiva: escolhida, como idade, apoio familiar, aderência medicamentosa, capacidade cognitiva, aspectos psicológicos e sociais, entre outros (BAXTER, 2006).

A concepção de que o processo saúde e doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família, remete as condições de vida desta parcela da população, cuja doença é incurável e o tratamento, doloroso e causador de muitas limitações e alterações de grande impacto, tanto na sua vida como de seus familiares.

A família precisa se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente necessita de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que se auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos, provocados pelo processo do adoecer. Na maioria das vezes, a rotina do paciente se restringe a consultas médicas, sessões de hemodiálise três vezes por semana por um período de quatro horas a sessão, estando o paciente restrito a uma dieta e principalmente limitado à execução de tarefas que requeiram esforços físicos, pois se sente muito fraco e cansado.

Assim, é fundamental que este atendimento seja pautado em princípios humanizados e com atendimento através de uma equipe multiprofissional, para que todos os aspectos da sua vida sejam contemplados, garantindo a integralidade do seu acolhimento e tratamento.

3.2. O trabalho dos assistentes sociais em uma unidade de saúde

Aqui será abordado o trabalho do profissional do serviço social junto a pacientes Renais Crônicos, desta forma, o trabalho do assistente social na saúde, especificamente no atendimento ao paciente portador da doença renal crônica, visa cada vez mais dar assistência integral ao paciente, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos do paciente e sua família.

3.2.1 As atribuições do Serviço Social no atendimento aos pacientes em hemodiálise

Destaca-se, neste ponto, algumas dificuldades encontradas pela pesquisadora para o andamento do trabalho: primeiro a ideia inicial era realizar a pesquisa no hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, entretanto por algumas questões administrativas não foi possível. Após algumas buscas foi identificado pela pesquisadora a Clínica do Rim como um espaço possível e mesmo com algumas limitações de acesso as informações institucionais (assistente social encontra-se de licença maternidade e a substituta tinha poucos dias na clínica) foi o locus possível.

O Serviço Social na sua abordagem com pacientes com doença renal crônica, atua de forma a compreender que não só o paciente é abalado pela doença, mas também toda sua rede de relações, principalmente o ciclo familiar, que se esforça para se adaptar à situação, pois esta modalidade terapêutica apresenta-se como um evento inesperado pelo paciente, que o remete a uma relação de dependência a uma equipe especializada, a vários medicamentos diários e, principalmente, à dependência a uma máquina para sobreviver. Quando uma pessoa, que sustenta a família, é acometida pela doença renal, ocasiona interferência no trabalho, tendo que se afastar dele, alguns muitas vezes sem a qualidade de segurado pela previdência social, e fica a mercê, tendo que ser sustentado por familiares e outras pessoas de sua rede de relacionamento. A falta de recursos econômicos e os gastos com a medicação e exames que muitas vezes não são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) levam conseqüentemente ao desespero e desânimo, fazendo o paciente ter vontade de abandonar o tratamento.

Cabe ao assistente social nesta perspectiva mediar, junto aos gestores de saúde, possibilidades de atender esse paciente que possui suas particularidades por ter uma doença séria e que requer constante controle. No contexto das atribuições e dos desafios que vêm sendo reiteradamente colocados ao serviço social, é notório que seja repensada a cada dia as práticas profissionais para atender e dar respostas condizentes aos usuários dos serviços.

Assim, pode-se auferir que o profissional Assistente Social no contexto da Insuficiência Renal Crônica X Hemodiálise atua orientando direitos, acessando programas e benefícios sociais. É o interlocutor entre Instituição/paciente / familiar nas informações, proporcionando um tratamento humanizado, na acolhida, no diálogo e no enfrentamento da doença.

Algumas atribuições do Serviço Social na rotina com os pacientes em hemodiálise²⁰:

- Esclarecer aos pacientes e/ou familiares o tema hemodiálise, ouvindo suas dúvidas e prestando esclarecimentos;
- Proporcionar fortalecimento sob o impacto da doença, que são aliadas as perdas afetivas, familiares e profissionais;
- Orientar os pacientes / familiares sob a importância e continuidade do tratamento;
- Estimular a família no processo de apoio, auto ajuda e cuidados;
- Realizar entrevista Social
- Realizar visitas domiciliares quando necessário;
- Contatar pacientes faltosos;
- Encaminhar pacientes para os Recursos da rede e comunidade;
- Esclarecer direitos trabalhistas e previdenciários;
- Viabilizar transporte para realização do tratamento;
- Viabilizar agendamento de consultas, exames e preenchimento de formulários para medicações;
- Solicitar vaga em trânsito e/ou transferência para outros serviços junto a DRS²¹;
- Orientar o processo Transplante Renal com doador vivo / falecido e os trâmites legais e burocráticos;
- Agendar consulta para avaliação pré - transplante;
- Agendar HLA²² e outros exames relacionados á avaliação pré – transplante.

²⁰ Informações obtidas através do site: Instituto de Urologia e Nefrologia São José do Rio Preto – SP. Disponível em: <http://www.iun.com.br/dialise/assistente-social/assistente-social>. Acesso em:12/03/2019.

²¹ Departamentos Regionais de Saúde.

²² Antígeno Leucocitário Humano (HLA – *Human Leukocyte Antigen*). Esses genes são a razão, por exemplo, do porquê órgãos transplantados são rejeitados a menos que sejam feitos esforços para combinar os tipos de HLA entre doador e o receptor.

3.3. Percepção dos usuários acerca do fazer profissional do assistente social

A pesquisa foi realizada na Clínica do Rim, tendo como objeto de estudo o trabalho do Assistente Social em uma unidade de saúde. Cabe entretanto, esclarecer que a ideia inicial da presente pesquisa foi fazer este debate em âmbito hospitalar, motivada pelas observações e experiências construídas durante o processo de estágio, o que não teve êxito tendo em vista a demora em responder a solicitação da pesquisadora em entrevistar os usuários daquela unidade.

A pesquisa do tipo qualitativa, permite compreender um problema a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa, visando à representação de um fato, relativo ao mundo perceptivo, subjetivo e não mensurável concebido como próprio das ciências humanas e sociais e valorizam a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. (LEOPARDE, 2002) Ou seja, a pesquisa será do tipo qualitativa, e que a partir de dados empíricos proporciona análise sócio-histórica diante das informações provenientes dos pacientes e acompanhantes envolvidos como sujeitos da pesquisa.

A pesquisa é exploratória, pois “exige revisão da literatura, entrevistas e observação para, para formular sugestões ou intervenções para a melhoria das práticas” (LEOPARDE, 2002, p.98) e assim possivelmente atingir os objetivos de estudo.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada para a produção das informações, através das falas de pacientes e acompanhantes.²³ Pois desta forma, é possível ter acesso às informações sobre as práticas profissionais prestadas pela Assistente Social na Clínica do Rim. Os participantes foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participarem da pesquisa, a participação na pesquisa é voluntária, os participantes foram esclarecidos sobre o sigilo das informações e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.²⁴

As entrevistas foram realizadas com a autorização dos entrevistados, individualmente na clínica do rim durante o mês de fevereiro de 2019, pois segundo Leopardi (2002) a entrevista é uma conversa a dois, um encontro social, com vistas a

²³ O modelo da entrevista consta no Apêndice.

²⁴ O termo necessário para a autorização constam no Apêndice.

obter informações relacionadas ao objeto de estudo, e através do diálogo trata da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia.

Ao analisar as respostas dos(as) entrevistados(as) de uma maneira mais abrangente, as atribuições do Serviço Social na Clínica do RIM, consistem em:

- a) Atendimento social, escuta técnica, orientação;
- b) Atendimento multidisciplinar com Psicóloga, Enfermeiras, Nutricionista e Médicos;
- c) Articulação com a rede externa;
- e) Visita técnica institucional;
- f) Emissão de relatórios, pareceres e laudos social.

Para a análise dos resultados, os nomes dos pacientes e acompanhantes, foram substituídos por números, para garantir o sigilo dos participantes, os resultados foram expostos através das falas dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas, com pacientes e acompanhantes da Clínica do Rim além de buscar dados a respeito dos entrevistados, como: sexo/orientação sexual, idade, cor/raça, estado civil, grau de escolaridade.

Relacionado ao sexo dos entrevistados, percebe-se a predominância das mulheres com relação aos acompanhantes ou seja, a ainda permanece para as mulheres o papel de cuidadora. A mulher tem um papel histórico nos cuidados, principalmente de familiares. Segundo Nogueira e Silva (2009, p.13) “historicamente a mulher desenvolveu funções do cuidado e da assistência, daí a divisão dos papéis sociais ditos ‘femininos’ e ‘masculinos’”.²⁵

Entre os entrevistados, foram dois (3) pacientes e cinco (5) acompanhantes, sendo que no total foram (6) do sexo feminino, um (1) do sexo masculino e uma (1) bissexual. A idade está entre três (4) tem de 19 a 30 anos, dois (2) tem 40 a 50 anos e os outros dois (2) tem entre 50 anos ou mais.

Relacionado a cor/raça deu-se que dois (2) consideram-se pardas, três (4) negras e dois (2) morenas. Referente ao estado civil foram as seguintes respostas, três (3) solteiros(as), quatro (4) casados(as) e um (1) viúvo(a). Outro dado que foi abordado na pesquisa é referente ao grau de escolaridade dos entrevistados, pois

²⁵ Essa questão nos remete a discussão da categoria gênero, a qual é exposta por Scott (1995, p. 7) como sendo a forma pela qual se desenvolvem as relações sociais entre os sexos. “[...] uma maneira de indicar ‘construções sociais’ - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres”. Para maior aprofundamento sobre o assunto ver: Bandeira (1977), Hirata e Kergoat (1994), entre outros.

toda via é de suma importância, por que o grau de escolaridade pode influenciar na percepção dos usuários sobre o Serviço Social na saúde, na Clínica do Rim. Segue os dados referentes: pacientes dois (3) tem o ensino fundamental incompleto, os acompanhantes dois (2) tem o ensino fundamental incompleto e os outros três (3) tem o ensino médio completo.

É importante conhecer um pouco sobre o público que será entrevistado, pois os mesmos irão se referir ao exercício profissional, por isso fizemos uma explanação das características sociais. Miotto, (2009, p. 491) diz que:

Para realizar estudos sociais, é necessário aproximar-se da realidade social dos sujeitos demandantes da ação para compreender com precisão sua situação e poder analisá-la, avaliá-la ou emitir um parecer sobre ela.

Referente à percepção dos usuários sobre o Serviço Social em uma unidade de saúde, especificamente na Clínica do Rim e como se caracteriza este processo de trabalho, partindo da fala dos usuários dos serviços (pacientes e acompanhantes), tivemos as seguintes considerações, destacando que para muitos usuários o Serviço Social continua sendo visto como aquele que ajuda e que tem um viés da “caridade”, quando perguntamos sobre: O que eles entendem sobre Serviço Social:

(E1): O Serviço Social é responsável por nos amparar, e nos ajudar a resolver problemas ligados a educação, habitação, emprego, saúde...

(E2): É o serviço para ajudar o próximo, quando está desorientado.

(E3): É ser compreensivo e comunicativo.

(E4): São defensores dos direitos humanos, luta pela igualdade de direitos pela justiça social, sociedade justa e igualitária e luta pelo direito das pessoas.

(E5): Ela dá orientação para gente, é necessária é fundamental.

(E6): O Serviço Social ver os direitos dos doentes o que eles precisam.

(E7): Não soube responder.

(E8): Eu entendo que é um trabalho social, que atua no processo de reprodução das relações.

Quando perguntamos se existe Serviço Social na Clínica do Rim? Por que? As respostas foram:

(E1): Sim. Por que nós precisamos.

- (E2): Sim. Por que necessitamos de ajuda.
- (E3): Sim. Para resolver ou solucionar os problemas dos pacientes.
- (E4): Sim. Para dar assistência aos pacientes assim que precisam.
- (E5): Existe. Por que é importante para os pacientes de diálise.
- (E6): Sim. Se elas trabalham aqui.
- (E7): Sim.
- (E8): Sim. Por que trata-se da relação entre o paciente e a clínica.

Para você o Assistente Social é um profissional da saúde? Justifique sua resposta.

- (E1): Sim. Por que nos ajuda a manter o nosso bem estar físico, psicológico e social.
- (E2): Sim. Pois nos ajuda psicologicamente e nos orienta a tomar decisões.
- (E3): Não. O assistente social coopera num todo.
- (E4): Sim. Pois ele tem toda liberdade de fazer “articulação” na rede de saúde.
- (E5): Sim. Por que ela também dá orientação.
- (E6): Sim. Por que ela trabalha na área de saúde.
- (E7): Sim.
- (E8): Sim. Por que foi reconhecido pela saúde como integrante da saúde. E também por ele atuar em grande parte da saúde.

Você sabe quais as ações, o atendimento do Serviço Social na Clínica do Rim?

- (E1): Sim. Nos ampara e auxilia, junto aos serviços de saúde.
- (E2): Sim.
- (E3): Sim. Uma porta de facilitação para os pacientes, principalmente em consultas, exames, cirurgias e transplantes também.
- (E4): Não soube responder.
- (E5): Ela orienta os pacientes e acompanhantes e resolve várias outras coisas, sobre acompanhantes e transporte.
- (E6): Pede requisição para transporte, encaminha.
- (E7): Não soube responder.
- (E8): Não respondeu.

Você já necessitou do atendimento com a Assistente Social? Obteve resposta para sua solicitação?

(E1): Sim. Obtive!

(E2): Sim. Obtive resposta e ajuda como precisei.

(E3): Sim. Todas as vezes que precisei, o problema foi solucionado na medida do possível.

(E4): Sim. Obtive.

(E5): Sim. Obtive a resposta.

(E6): Sim. Obtive as respostas.

(E7): Sim.

(E8): Não respondeu.

Você foi atendido por um Assistente Social? Por que?

(E1): Sim. Por que precisei de transporte para fazer tratamento fora do meu domicílio.

(E2): Sim. Para me orientar em algumas decisões.

(E3): Sim. Já fui muito bem atendida, por que precisei da mudança de horário dele (esposo que é paciente) aqui na clínica, e de transportes também.

(E4): Sim. Quando precisei de mudança de horário do meu esposo, conversei com ela e obtive bons resultados, sempre que tem algo pra nos ela nos procura.

(E5): Sim. Por que sou acompanhante do meu esposo que fazia hemodiálise, porem os rins dele voltaram a funcionar, agora só viemos para consultas de rotina.

(E6): Sim. Para me informar que meu esposo não teria direito aos 25% do dinheiro que pacientes que fazem hemodiálise recebem, pois meu esposo já estava aposentado e recebe mais de um salário mínimo.

(E7): Sim. Por conta do transporte e do TFD²⁶.

(E8): Sim. Por que precisou fazer uma viagem e eles que intermediaram tudo.

O que ele fez?

²⁶ Tratamento Fora de Domicílio.

(E1): Prescreveu uma solicitação de transporte, e enviou para a secretaria de saúde da minha cidade.

(E2): Conversou e me tranquilizou em alguns momentos.

(E3): Procurou solucionar o problema.

(E4): Resolveu o problema o qual passamos para ele.

(E5): Explicou sobre transporte, exames, como funciona a clínica, várias coisas, orientações.

(E6): Tirou minhas dúvidas, esclareceu.

(E7): Ela explicou sobre TFD e transporte.

(E8): Fez a interação entre o paciente e a clínica.

Na sua opinião a (o) Assistente Social a Clínica do Rim, consegue atender as demandas dos usuários? Se sim, como você chegou a essa resposta?

(E1): Sim. Depende de nós, saber procurá-la e expressar o que precisamos.

(E2): Sim. Por que quando precisei obtive resposta e me ajudou e sei que são eficientes e capazes.

(E3): Não. Por que as demandas dos pacientes são imensas, não é de um paciente só para resolver e sim ao todo.

(E4): Sim. Pois é uma pessoa competente e tem compromisso e faz seu trabalho com amor quem faz seu trabalho com amor tem bom resultado.

(E5): Sim. Pelo contato que já tive com ela várias vezes, ela sempre me atendeu e trabalha muito bem.

(E6): Sim. Por que as minhas dúvidas ela esclarece.

(E7): Sim. Por que até o momento não vi ninguém reclamando ela consegue solucionar os problemas. Apesar do pouco tempo.

(E8): Sim. Por que são competentes.

Através dos dados analisados, é possível perceber, que apesar do pouco conhecimento sobre as atribuições do Serviço Social no qual estão inseridos, os pacientes e acompanhantes da Clínica do Rim, demonstram um pouco de conhecimento sobre o serviço social na clínica, e existe uma aproximação da instituição com os princípios fundamentais que permeiam o Serviço Social e reforça ainda, o quanto a atuação desses profissionais é indispensável nesses espaços, visto

que a sua postura profissional são determinantes para desenvolver um bom trabalho, e demonstrando a sua importância para viabilizar aos pacientes os direitos que eles tem e fortalecendo seu papel na saúde. Pois o assistente social avança suas práticas profissionais, através das políticas sociais, pois as mesmas busca garantir direitos para todos os cidadãos que fazem uso de determinado serviço, seja na área de assistência social, sociojurídica, saúde, previdência social, educação etc.

“dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa (...) o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONSELOS, 2012,P.443).

Porém, entende-se que o assistente social é o profissional que identifica as necessidades dos usuários, as condições sociais em que ele está inserido e junto a equipe acolhe as demandas e decifra os aspectos do âmbito social.

As entrevistas foram realizadas com 08 pessoas, pois foram essas que consegui por conta do tempo e nem sempre as pessoas aceitam participar por medo, mesmo quando explicado sobre o sigilo e termo de consentimento livre e esclarecido. Não consegui entrevistar a Assistente Social da clínica, por que a mesma estava de licença maternidade, e a que estava lhe substituindo estava com pouco tempo na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho pautou-se em discutir sobre o exercício profissional da/a assistente social em uma instituição de saúde, a partir da percepção dos usuários tratando-se da Clínica do Rim em Santo Antônio de Jesus-BA. Nessa perspectiva buscou-se analisar como se caracteriza a atuação da assistente social na Clínica do Rim. O interesse pela temática da pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social em uma unidade de saúde Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus-HRSAJ. A pesquisa teve como objetivo principal discutir a atuação profissional do Serviço Social no ambiente hospitalar a partir da percepção dos usuários e como objetivos específicos: identificar sob o discurso dos usuários, características da atuação do Serviço Social; Classificar as demandas dos usuários para o Serviço Social; Caracterizar a atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar na perspectiva dos usuários.

O trabalho deu visibilidade à importância do profissional Assistente Social que atua na área da Saúde e os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços. Fizemos uma reflexão sobre o trabalho interdisciplinar no campo da Saúde que através da articulação entre diferentes saberes na prática cotidiana dos profissionais pode contribuir para um melhor entendimento do processo saúde e adoecimento. Procuramos discutir a política de saúde e o trabalho dos Assistentes sociais no ambiente hospitalar, mais especificamente a Clínica do Rim em SAJ, pois a uma crescente na demanda da população, com problemas renais que necessitam do trabalho da assistente social, neste espaço sócio ocupacional. Entrelaçamos algumas considerações a respeito deste processo, a partir dos relatos dos entrevistados, e concluímos que o reconhecimento e a importância do profissional de serviço social dentro da instituição o valor profissional foi destacado dentro das falas dos pacientes e acompanhantes entrevistados.

Além disso, o processo de desenvolvimento da profissão do Assistente Social, é de extrema importância, e ela está ligada as questões sociais em qualquer âmbito, por isso ela vem se renovando a cada dia. Segundo o CFESS- Conselho Federal de Serviço Social, (2010, p.67) diz que:

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da

investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos da profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Portanto, entende-se que o profissional de Serviço Social deve estar sempre se capacitando, pois ao conhecer o novo o atual, não cairá na rotina e assim buscará novas maneiras para esta intervindo de acordo as condições sociais de cada usuário do serviço de saúde segundo as leis e referenciais teóricos e metodológicos que regem a profissão.

Desta forma consegui atingir os objetivos planejados, até saber a percepção dos usuários sobre o serviço social numa unidade de saúde, destacando que para muitos usuários o Serviço Social tem a função de orientar os pacientes e acompanhantes, porém para alguns ainda é visto como aquele que ajuda, espero que esse trabalho venha a possibilitar mais discussões sobre o fazer profissional do Assistente Social numa unidade de saúde, e saber sob a fala dos usuários, o que eles sabem sobre o Serviço Social através das experiências no atendimento com esse profissional, que não tem nada de caridoso, que cumpri suas atribuições no trabalho, de acordo ao código de ética da profissão e os parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde, e assim vindo a ter seu trabalho reconhecido.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/manifesto-em-defesa-do-sus-saude-e-democracia-desafios-para-o-brasil-contemporaneo/33154/> Acesso em: 27/11/2018

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO. Análise da seguridade social 2014. Brasília, DF, 2016.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006. 2013. 238p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Salvador, Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, 2013.

BARROS, Mari Nilza Ferrari; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tiek. **A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas.** Revista Virtual Textos e Contextos, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/interdisciplinaridade.pdf>.> Acesso em: 07/03/2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEIER, Simone. A intervenção do Serviço Social em crianças com fibrose cística e suas famílias. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, n.31, 2011, p. 203-2010.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010.

BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 218 de março de 1997.** Dispõe sobre o reconhecimento do Assistente Social como profissional de saúde.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 27/02/ 2019.

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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm > Acesso em: 27/02/2019.

BRASIL, Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm > Acesso em: 29/04/2019

BRASIL, Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0432_06_06_2006_comp.html> Acesso em: 29/04/2019

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** 10 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Planalto: Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 13/11/2018.

BRAVO, Maria I. S.; MENEZES, Juliana S. B. A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana. (orgs). Serviço Social e Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013.p. 19-48.

BRAVO, Maria Inês de Sousa. **Política de Saúde no Brasil.**In: MOTA, E. M. et al (Org). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio. **Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para debate.** Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto2-3.pdf>. Acesso em: 02/03/2019.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Kátia **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.13, nº 1, Jan/fev., 2005. p.105-111. ISSN 0104-1169. Disponível na página eletrônica <http://www.scielo.br>. Acesso em 02/03/2019.

Clínica do Rim Hemodiálise. Disponível em: <http://clinicaderim.com.br/>. Acesso em: 04 março 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, 2010.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social, lei 8662/93**, 10º ed., Brasília, 2011.

_____. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Disponível em:<http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 07/03/2019

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, 200 (nº62). Disponível em: < <http://www.poderesocial.com.br>

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares–EBSERH. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>. Acesso: 27/11/2018.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (org.). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. et al. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FOUCAULT, 2004b, et seq.; Id., Vigiar e punir. Trad. Raquel Ramallete. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 206 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez Ed., CELATS (Lima-Perú), 1982.

IAMAMOTO, Marilda V. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio s críticos. São Paulo, Cortez Ed., 1992.

Instituto de Urologia e Nefrologia São José do Rio Preto – SP. Disponível em: <http://www.iun.com.br/dialise/assistente-social/assistente-social>. Acesso em: 12/03/2019.

LEOPARDI, Maria T.; BECK, Carmem L.C.; NIETSCHE, Elizabeta A.; GONZALES, Rosa M.B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

M MENDES, Á. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. v. 1. p. 11-19. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/mkfszJ> >. Acesso em: 12/11/2018

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do Assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serv.Soc.[online].2011, n.107, pp.497-508 ISSN 0101-6628 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-662820113000300007>. Acesso em: 01/03/2019

MIOTO, R. C. Estudos Socioeconômicos. In: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: ABEPSS, 2009.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, classe e movimento social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 5.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana de. A reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: Mota, Ana Elizabete. **A nova fábrica de consensos**. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2000 p.23-44

_____, As dimensões da prática profissional In: **Presença Ética. Revista Anual do GEPE/Pós** Graduação em Serviço Social da UFPE. Ano III, n.3, dez,2003.

NETO, Eleutério Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Brasil, 1994.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós64**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. FHC e a política social: Um desastre para as massas trabalhadoras. IN: LESBAUPIN, IVO (Org.). O Desmonte da Nação: Balanço do Governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, p. 75-89.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L. B. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. *Vértices*, Campos dos Goytacazes, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan. /dez. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: COOPTEC – ISC, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

PLANALTO. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15/11/2018.

Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>. Acesso em: 15/11/18

REFORMA (CONTRARREFORMA) DO ESTADO: reflexos na política de saúde. Sergiane Maia Maciel. Acesso em: 26/11/2018

SANTOS, ET AL. **O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários**. *Serviço Social*, Londrina, v.17 N.2, p 146-168. jan./jun.2015. Disponível em<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/20965>>. Acesso em 27/02/2019

Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate
Maria Inês Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos. Acesso em: 18/11/2018

SILVA, Ilse Gomes. Democracia e participação na "Reforma do Estado". São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Maria Guimarães da. **Processos de trabalho e serviço social**. In: Interações. Cultura e Comunidade. v. 2 n. 2. P. 35-47. 2007.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o serviço social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 91-114.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas BA área de saúde**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **A pratica do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8º ed. São Paulo: Cortez, 2012.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Larissa dos Santos Alves, aluna do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, orientanda da Prof^a. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila, estou pesquisando acerca da Percepção dos Usuários Sobre o Serviço Social no Ambiente Hospitalar. Assim, convidamos o (a) Sr.(a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso (TCC), buscando então compreender a partir da ótica dos usuários em relação ao trabalho da (o) Assistente Social na Clínica do Rim em Santo Antônio de Jesus-BA. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada, ao qual constam perguntas abertas das quais o Sr.(a) terá livre comodidade para responder e questões fechadas das quais o Sr.(a) poderá responder algumas das alternativas.

Eu, _____, declaro estar ciente da minha participação na pesquisa citada acima, fui informado sobre o objetivo da pesquisa, que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não terá nenhuma remuneração. Tenho liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de entrevista, excluir do material da pesquisa informações que tenham sido dadas ou desistir da minha participação há qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejudicar ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter sido feita a leitura do documento, concordo em participar da pesquisa. Formalizo minha participação assinando este termo em duas vias, ambas assinadas por mim e outra pelo/a pesquisador/a, ficando retida uma via com cada um de nós.

_____, ____/____/2019.

Assinatura do/a entrevistado/a

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B

ENTREVISTA SOBRE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR- SUS

1. Informações Pessoais

2. Sexo/orientação sexual: _____

3. Idade?

De 16 a 18 anos () De 19 a 30 anos () De 31 a 40 anos () De 40 a 50 anos () 51 ou mais ()

4. Cor/raça: _____

5. Estado civil?

Solteiro (a) () Casado (a) () Separado () Divorciado () Viúvo (a) ()

6. Escolaridade:

Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto ()

7. O que você entende sobre Serviço Social?

8. Existe Serviço Social na Clínica do Rim? Porque?

9. Para você o Assistente Social é um profissional da saúde? Justifique sua resposta.

10. Você sabe quais as ações, o atendimento do Serviço Social na Clínica do Rim?

11. Você já necessitou do atendimento com a Assistente Social? Obteve resposta para sua solicitação?

12. Você foi atendido por um Assistente Social? Por que?

13. O que ele fez?

14. Na sua opinião a (o) Assistente Social a Clínica do Rim, consegue atender as demandas dos usuários? Se sim, como você chegou a essa resposta?

ANEXO

O momento que vivemos é
um momento pleno de desafios.
Mais de que nunca é preciso ter coragem,
é preciso ter esperanças para enfrentar
o presente. É preciso resistir e sonhar.
É necessário alimentar os sonhos
e concretiza-los dia-a-dia no horizonte
de novos tempos mais humanos,
mais justos, mais solidários.

Marilda lamamoto,2004,p17