

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

GABRIELA CRISTINA BRAGA BISCO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DE FRANCA/SP:
estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação
do direito à saúde**

**FRANCA
2018**

GABRIELA CRISTINA BRAGA BISCO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DE FRANCA/SP:
estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação
do direito à saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta.

FRANCA

2018

Bisco, Gabriela Cristina Braga.

O serviço social na Santa Casa de Franca/SP : estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde / Gabriela Cristina Braga Bisco. – Franca : [s.n.], 2018.

108 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta.

1. Serviço social. 2. Direito à saúde. 3. Política de saúde.
I. Título.

CDD – 362

GABRIELA CRISTINA BRAGA BISCO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DE FRANCA/SP:
estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação
do direito à saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Prof.(a) Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

1º Examinador: _____
Profa. Dra. Carmem Lúcia Cruz Ravagnani - UFU

2º Examinador: _____
Profa. Dra. Adriana Giaqueto Jacinto – FCHS/UNESP

Franca, _____ de _____ de 2018.

Dedico este trabalho a todos/as assistentes sociais que lutam diariamente para a efetivação dos direitos sociais. Aos meus familiares e amigos que estiveram comigo durante todo o processo de construção e amadurecimento profissional. Sem vocês este trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e Nossa Senhora Aparecida por ter a oportunidade de realizar o Mestrado e por ter me guiado durante a minha trajetória acadêmica.

Às minhas avós Maria e Linda que sempre estiveram ao meu lado, torcendo por mim sempre e apoiando em todas as dificuldades e conquistas.

Aos meus pais José e Cristina que sempre me apoiaram e estiveram comigo em todos os momentos de angústias, incertezas e de conquistas durante a realização do Mestrado. Todos os conselhos e conversas me fortaleceram para continuar o meu sonho.

Aos meus demais familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado torcendo para a concretização deste trabalho.

Ao meu namorado Eduardo por todo apoio, incentivo e paciência durante a realização do trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca, em especial ao Mauro que deu todo o suporte necessário para a concretização deste trabalho.

Ao QUAVISSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social da Unesp de Franca/SP por todas as trocas de conhecimentos, reflexões e questionamentos sobre a atuação do assistente social diante de tantos desafios. Juntos somos muito mais fortes.

Aos professores das disciplinas cursadas durante o Mestrado, que contribuíram efetivamente para a minha formação profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo incentivo a pesquisa.

Às Professoras Carmem Ravagnani e Adriana Giaqueto, membros da Banca de Qualificação e de Defesa, que contribuíram para a conclusão da dissertação com pontuações e questionamentos importantes, que enriqueceram a pesquisa.

À minha orientadora e amiga Fernanda, por toda troca de conhecimento, por todas as conversas, ensinamentos e confiança. São oito anos convivendo juntas, aprendendo e fortalecendo cada vez mais o trabalho do assistente social na saúde.

À Santa Casa de Franca/SP, em especial à Márcia, pela confiança para a realização deste trabalho e pela grande colaboração para o alcance dos objetivos propostos.

Enfim, obrigada a todos(as) por terem deixado um pouco de vocês em mim e por terem contribuído para o meu crescimento profissional. A minha história acadêmica está sendo feita por todos os sujeitos sociais que estão ao meu lado e que acreditam no meu trabalho. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Obrigada!

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

BISCO, Gabriela Cristina Braga. **O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: estudo sobre a atuação profissional na perspectiva da efetivação do direito à saúde.** 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista – UNESP - Franca, 2018.

RESUMO

O direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de lutas e reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 foi um marco para a população, ao garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Diante dos retrocessos no campo dos direitos sociais, com o avanço do neoliberalismo a partir dos anos de 1990, o trabalho do/a assistente social na saúde é tensionado com desafios de diferentes naturezas, seja na direção social do trabalho profissional no cotidiano e na defesa dos princípios do projeto profissional e em sua própria condição de trabalhador/a. O estudo tem como pressuposto que o Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP contribui de maneira efetiva para o acesso ao direito social à saúde, ainda que com todos os limites, a profissão avançou de maneira significativa neste espaço sócio ocupacional. Portanto, a pesquisa tem como objetivo geral estudar a política pública de saúde e a contribuição do trabalho do/a assistente social para a efetivação do direito à saúde na Santa Casa de Franca/SP. Como objetivos específicos, refletir o direito à saúde tendo como referência as atribuições do assistente social na saúde e, evidenciar as principais demandas do Serviço Social e como a categoria apresenta respostas qualificadas a essas demandas. Os resultados mostram que as demandas institucionais são complexas e demonstram as mais variadas expressões da questão social, exigindo cada vez mais um profissional crítico, propositivo e interventivo, capaz de refletir a realidade social dos sujeitos atendidos e dar respostas qualificadas às necessidades sociais e de saúde. Considera-se que o posicionamento ético e político do assistente social na defesa e na afirmação do direito universal à saúde, contribui para o acesso dos usuários ao SUS e cria possibilidades para uma transformação social, na direção de uma sociedade justa e igualitária, como apresentado pelo Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP.

Palavras-chave: Política de Saúde. Serviço Social. Atuação Profissional. Direito à Saúde.

BISCO, Gabriela Cristina Braga. **THE Social Service in Santa Casa of Franca/SP: a study on the professional activity in view of the effectiveness of healthcare right.** 2018. 108 p. Dissertation (Master's Degree in Social Work) – College of Humanities and Social Sciences, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Franca, 2018.

ABSTRACT

Healthcare right in Brazil was conquered through struggling and demands from the working class for better life conditions. The creation of the Unified Health System (SUS) in the Federal Constitution of 1988 was a landmark to the population, by granting the healthcare as a universal right and a State's responsibility. In view of the setbacks on social rights, due to the advance of neoliberalism in the 1990's, the social assistant's work on healthcare social policies is stressed with challenges of several natures, either as a social drive of its daily routine of work or on its condition as a worker. The research adopts as premises that the Social Service in the *Santa Casa* of Franca/SP contributes effectively to the access of healthcare right, even with all the limitations involved, the profession has moved significantly forward in this occupational space. Therefore, the research has as a general objective to study healthcare policies and the contribution of the social assistant's work to the effectiveness of the healthcare right in the *Santa Casa* of Franca/SP. As a specific objectives, to reflect healthcare right having as reference the attributions of the social assistant in field, to evidence main demands of the Social Service and to state how the category presents qualified answers to such demands. The results collected state that the institutional demands are complex, demanding a professional increasingly critic, propositional and inventive, able to reflect the social reality of the subjects addressed and to give qualified answers to social and healthcare issues. It is considered that an ethical and political positioning in defense of the healthcare right's affirmation contributes for universal access of SUS' users and creates possibilities for a social transformation toward a fairer and more egalitarian society, as presented by the Social Service in the *Santa Casa* of Franca/SP.

Keywords: Healthcare Policies. Social Work. Assignments. Healthcare Right.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Atendimentos do Serviço Social – Janeiro/2017.....	71
Gráfico 2 – Atendimentos do Serviço Social – Fevereiro/2017	71
Gráfico 3 – Atendimentos do Serviço Social – Março/2017.....	72
Gráfico 4 – Atendimentos do Serviço Social – Abril/2017	72
Gráfico 5 – Atendimentos do Serviço Social – Maio/2017.....	73
Gráfico 6 – Atendimentos do Serviço Social – Junho/2017.....	74
Gráfico 7 – Atendimentos do Serviço Social – Julho/2017.....	74
Gráfico 8 – Atendimentos do Serviço Social – Agosto/2017	75
Gráfico 9 – Demandas do Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das Assistentes Sociais da Santa Casa de Franca.....	27
Quadro 2 – Formação e Titulação das Assistentes Sociais da Santa Casa de Franca	28
Quadro 3 – Municípios atendidos na Santa Casa de Franca	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização da cidade de Franca no estado de São Paulo 29

LISTA DE SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPs	Centros de Apoio Psicossocial
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PA GO	Plantão de Ginecologia
PA	Pronto Atendimento
QUAVISSS	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNE	Unidade Neonatal Externo
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNI	Unidade Neonatal Interno
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	19
1.1 A pesquisa social em saúde.....	20
1.2 A metodologia adotada.....	23
1.3 O universo da pesquisa, a Santa Casa de Franca/SP	28
CAPÍTULO 2 A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL	34
2.1 Breve contextualização da Política Social	35
2.2 Política de Saúde no Brasil	40
2.3 Sistema Único de Saúde e sua construção.....	45
CAPÍTULO 3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	51
3.1 Serviço Social e o trabalho em saúde	52
3.2 As atribuições do assistente social na saúde	61
3.3 A atuação profissional do Serviço Social na Santa Casa de Franca	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS	
Anexo A - Plano de Trabalho e Supervisão de Estágio em Serviço Social na Santa Casa de Franca	103
Anexo B - Planejamento Estratégico 2016	105
Anexo C - Termo de Autorização Institucional para Realização de Pesquisa..	106
Anexo D - Declaração.....	107
Anexo E - Carta de Anuência	108

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da pesquisa “Política de Saúde e Serviço Social” está presente na trajetória profissional da pesquisadora desde a graduação, resultando no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): Serviço Social na Saúde: limites e desafios para efetivação de direitos dos usuários na Santa Casa de Franca/SP (BISCO, 2015). A partir das inquietações e questionamentos provocados no estudo, em especial dos desafios profissionais, surgiu o interesse em aprofundar a análise desta temática.

Desde o início da graduação, a participação no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS), foi importante para a reflexão, o debate, o amadurecimento teórico e o reconhecimento da saúde como direito universal. O Grupo constitui-se em um espaço plural, com a presença de discentes, docentes, pesquisadores, assistentes sociais e outros profissionais da área, que discutem temas relacionados à saúde no âmbito local e regional e analisa o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública do Estado brasileiro, com importantes reflexões e análises sobre o trabalho profissional na saúde.

O espaço do Grupo de Estudos e Pesquisas é fundamental no cenário atual, em que cada vez mais os direitos da população brasileira estão sendo desconstruídos, ainda que esteja assegurado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como um direito universal e integral e dever do Estado. É um cenário em que o Serviço Social tem sido cada vez mais, requisitado para trabalhar com as expressões da questão social que se manifestam no cotidiano da saúde. Neste sentido, que o estudo sobre o trabalho do assistente social no contexto atual é relevante e pode contribuir para a categoria profissional no sentido de fortalecimento e o enfrentamento dos desafios contemporâneos.

A partir da delimitação do objeto de estudo, o Serviço Social na saúde, tendo como recorte as atribuições profissionais, tem-se como pressupostos que na área da saúde a categoria tem um importante papel de desenvolver ações que ampliem o acesso da população aos direitos assegurados no SUS e a recursos básicos para o atendimento à saúde. Ainda, que o Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP contribui de maneira efetiva para o acesso ao direito social à saúde e, com todos os limites impostos pelo cenário de regressão dos direitos, a profissão avançou de maneira significativa neste espaço sócio ocupacional. Ou seja, a profissão se organiza na defesa do SUS constitucional, ameaçado cada vez mais pela orientação neoliberal e o sistema privado, comprometendo sua efetivação.

Com o estudo busca-se resposta para as seguintes questões: Como está organizada a política de saúde na Santa Casa de Franca/SP? Quais são as demandas de usuários que chegam até o Serviço Social da instituição? Como está organizada a atuação da categoria? Essa atuação está orientada nos princípios do Projeto Ético-Político Profissional e das Atribuições Privativas do Serviço Social na Saúde?

Portanto, a pesquisa tem como objetivo geral estudar a política pública de saúde e evidenciar a contribuição do trabalho do/a assistente social para a efetivação do direito social à saúde na Santa Casa de Franca/SP. Como objetivos específicos, refletir o direito social à saúde tendo como referência as atribuições do assistente social na saúde e evidenciar as principais demandas do Serviço Social e como a categoria apresenta respostas a essas demandas.

A partir da Banca de Qualificação do Projeto de Pesquisa, seguiu-se a sugestão e orientação para a reorganização da coleta de dados, no sentido de dar maior visibilidade no Serviço Social da Santa Casa de Franca/SP, uma vez que o trabalho tem sido referência no atendimento da população do município e sua região de abrangência e mostra uma potencialidade de organização interna para o atendimento das demandas, a ser refletida com profundidade. Portanto, a pesquisa foi realizada a partir de fonte bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, no universo da Santa Casa de Franca/SP, tendo como cenário o Serviço Social desta unidade de saúde. O período de realização da coleta de dados compreende os meses de janeiro a agosto de 2017, decisão tomada após contatos com a assistente social responsável pelo Setor de Serviço Social, que orientou a coleta.

O projeto de pesquisa não necessitou da submissão na Plataforma Brasil, uma vez que o mesmo não envolveu entrevistas e/ou coleta de dados com seres humanos, sendo esta orientação repassada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP de Franca/SP. Assim, foram coletados dados quantitativos e dados documentais do Serviço Social da Santa Casa de Franca/SP. Porém, o mesmo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, a Santa Casa, para fins de autorização e publicação. O estudo está organizado em três Capítulos e tem como referencial teórico metodológico, autores que discutem a temática do Serviço Social, o Serviço Social na Saúde, a Política de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde.

O Capítulo 1 apresenta a importância da pesquisa em saúde para conhecer a realidade deste espaço de trabalho, a metodologia adotada para o desenvolvimento

da pesquisa, ressaltando a opção metodológica que se baseia no referencial do materialismo histórico dialético, uma vez que, o mesmo permite uma maior explicação da realidade social. Apresenta ainda, o universo e cenário do estudo, a Santa Casa de Franca/SP e o Serviço Social, caracterizando este espaço e suas especificidades.

No Capítulo 2 foi abordada a estrutura da política de saúde no Brasil, fazendo um resgate histórico desde os fundamentos da política social, até a política de saúde e o modelo atual de sistema unificado de saúde, ressaltando ainda o principais avanços com a criação do SUS e os seus principais desafios contemporâneos para implementação e efetivação de seus princípios.

No Capítulo 3 foi feita a análise do trabalho do assistente social na saúde, evidenciando a categoria trabalho e suas principais relações na sociedade capitalista, evidenciando o Serviço Social como uma categoria que atua diretamente nas expressões da questão social desenvolvendo ações interventivas que necessitam de uma análise crítica da realidade social. Nesse sentido, foi abordada a importância da mediação no Serviço Social como forma de desvelamento da realidade dos indivíduos e de relação entre teoria e prática. Foi feita a análise dos dados obtidos na Santa Casa de Franca/SP, em relação aos atendimentos realizados pelo Serviço Social no período de janeiro a agosto de 2017, o Plano de Trabalho da categoria de 2017 e o Planejamento Estratégico de 2016. Para subsidiar essa análise, foram utilizadas categorias fundamentais para refletir o trabalho profissional e o trabalho em saúde. Foi feita a análise das demandas de atendimento do Serviço Social dos setores com maior número de atendimentos e uma reflexão sobre os atuais desafios da categoria neste espaço ocupacional.

A abordagem qualitativa sobre os dados quantitativos do trabalho do assistente social na área da saúde é valiosa para dar visibilidade neste trabalho e compreender a complexidade dos atendimentos que são realizados diariamente. Além disso, permite conhecer a realidade vivenciada pela profissão na saúde e os desafios que a categoria enfrenta no cotidiano do exercício profissional. Revela, sobretudo, que as demandas são complexas e as expressões da questão social na saúde acentuam-se diante do cenário de perda de direitos, como o trabalho, a renda, o adoecimento, as incertezas, onde a saúde não é reconhecida como direito universal e integral.

Diante destes desafios, e reconhecendo que o Serviço Social contribui para ampliar o atendimento das necessidades sociais e de saúde, espera-se que esta pesquisa contribua para fomentar o debate sobre o trabalho do assistente social na

saúde, tendo em vista os velhos desafios que historicamente a profissão enfrenta e os novos desafios da conjuntura contemporânea, que interferem diretamente na vida da população e colocam-se como demandas no trabalho profissional junto aos usuários da saúde. Sobretudo, que estimule a reflexão e o debate sobre a defesa do SUS e do Projeto da Reforma Sanitária, como caminhos para a transformação na saúde da população brasileira.

CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

1.1 A pesquisa social em saúde

O Serviço Social é uma profissão que apresenta um Projeto Ético-Político Profissional coerente ao Projeto da Reforma Sanitária, e na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma conquista da sociedade brasileira e um bem público.

No cenário contemporâneo, a saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado, vem sofrendo os rebatimentos da orientação neoliberal e seu projeto de privatização. Portanto, é fundamental que o Serviço Social desenvolva a pesquisa em saúde para aprofundar análises, reflexões, debates, para desvendar esta realidade atual, contraditória e seus conflitos.

Portanto, para compreender a complexidade da política de saúde, e da saúde como direito, diante do desmonte dos direitos sociais e das ameaças à Seguridade Social brasileira asseguradas na Constituição Federal (Brasil, 1988), é preciso partir de uma análise que busque uma compreensão profunda da realidade social, capaz de romper com a aparência e o reducionismo.

A partir desta intenção, a pesquisa possui como referencial o materialismo histórico dialético, que de acordo com Minayo (2009, p. 24), “[...] considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais.” Portanto, permite uma compreensão da realidade e das múltiplas expressões que a compõe, uma vez que na saúde é imprescindível uma análise de totalidade das situações apresentadas.

Segundo Paulo Netto (2011, p. 18, grifo do autor):

[...] em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais.

Dessa forma, para conhecer com profundidade a área da saúde, o trabalho realizado, suas particularidades, enfim, é preciso um esforço para ultrapassar a imediatividade a fim de compreender as múltiplas determinações que compõe esta realidade social. Ainda, segundo Paulo Netto (2011, p. 20-21, grifo do autor), a obra de Marx permite que o pesquisador ultrapasse apenas a visão em relação ao seu objeto de estudo, uma vez que:

[...] a teoria é uma modalidade peculiar de conhecimento, entre outras (como, por exemplo, a arte, o conhecimento prático da vida cotidiana, o

conhecimento mágico-religioso –cf. Marx, 1982, p.15). Mas a teoria se distingue de todas essas modalidades e tem especificidades: o conhecimento teórico é o *conhecimento do objeto – de sua estrutura e dinâmica – tal como ele é em si mesmo*, mas sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A *teoria* é, para Marx, a *reprodução ideal do movimento do objeto pelo sujeito que pesquisa*: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto de pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto.

O método em Marx, constitui em uma observação da realidade além da sua aparência imediata, compreendendo o movimento dialético do objeto e sua apreensão sob a perspectiva de totalidade, em que o todo não é constituído por partes e sim uma totalidade constituída por totalidades de menor complexidade. Assim, para conhecer verdadeiramente determinada realidade, é preciso fazer um esforço intelectual para apreender as múltiplas determinações e as pequenas totalidades que a compõe (PAULO NETTO, 2011). Essa análise a partir do materialismo histórico dialético é fundamental para a compreensão da política de saúde no Brasil e, principalmente, do trabalho em saúde, uma vez que este trabalho é marcado por particularidades e complexidades.

O referencial histórico dialético traz a possibilidade da compreensão e interpretação aproximada da realidade, através do entendimento da realidade como sendo dinâmica e em constante movimento. A partir das contribuições de Kosik (2002, p. 15), compreende-se a maneira como a realidade se apresenta, e explica que o mundo real é oculto pela pseudoconcreticidade, há uma contradição essencial na realidade que é preciso desvendar, pois:

O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a sua essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta ao fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos.

Kosic (2002) contribui na compreensão de que a realidade é o ponto de partida e de chegada, ela está em permanente movimento, portanto sua verdade não é aparente, tornando necessária a análise crítica e dialética para de fato conhecê-la e transformá-la. Se a realidade é um todo dialético e estruturado, o conhecimento concreto da realidade não consiste em um acrescentamento sistemático de fatos a outros fatos, e de noções a outras noções. É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a

essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade.

Através da apropriação desde método, para apreender de fato uma dada realidade, é preciso problematizar e questionar as estruturas que a determinam, pois a análise de aspectos isolados da realidade não é capaz de corresponder a sua concreticidade. Assim, se a realidade se apresenta de maneira aparente, de tal modo que é preciso revelar a sua essência ciência. E como a essência, explica Kosic (2002), diferentemente dos fenômenos, não se manifesta diretamente, e desde que o fundamento oculto das coisas deve ser descoberto mediante uma atividade peculiar, têm de existir a ciência e a filosofia.

A atividade de desvendamento e transformação da realidade, considera as transformações que emergem na cena contemporânea e alteram significativamente as relações sociais. Estas alterações produzem novas necessidades sociais e de saúde, diante do contexto de aprofundamento da questão social, exigindo profissionais comprometidos com o enfrentamento das expressões da questão social (SARRETA, 2010).

Iamamoto (2000, p. 80) reflete,

[...] uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ético-política que subordine o 'como fazer' ou 'o que fazer' e, este ao 'dever ser', sem perder de vista seu enraizamento no processo social.

É importante a reflexão sobre a questão do desvelamento do real que está diretamente relacionado com o trabalho do assistente social, e em particular o trabalho em saúde, uma vez que este trabalho exige profissionais capazes de analisar a realidade na perspectiva de totalidade, compreendendo as reais necessidades da população nos serviços de saúde.

Para que os trabalhadores da saúde, não somente do Serviço Social, mas de todas as áreas que compartilham projetos com princípios e valores coerentes com a Reforma Sanitária, é preciso uma formação crítica e de qualidade, capaz de atender às reais necessidades de saúde da população, possibilitando um enfrentamento

coletivo dos desafios presentes no cotidiano dos serviços, diante dos retrocessos causados pelo avanço da política neoliberal (SARRETA, 2012).

No contexto das transformações societárias, as mudanças no mundo do trabalho afetam tanto a formação dos trabalhadores em saúde, quanto o trabalho profissional, uma vez que, atualmente o que existe é uma formação voltada para o mercado e o setor privatista.

A partir desta intenção, a pesquisa com abordagem qualitativa possibilita uma análise profunda da realidade social, ou seja, que vai além da imediaticidade e da aparência, buscando as múltiplas refrações que a compõem. Esta abordagem, para Minayo (2009, p. 21) “[...]trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.”

A opção pela pesquisa qualitativa assinala a possibilidade de desvendar as experiências vividas e sentidas pelos sujeitos neste contexto que reproduz injustiças, para a construção do conhecimento que ajude no enfrentamento desses desafios. É essa, portanto, a dimensão política da pesquisa, está na intenção de que ela retorne à realidade e contribua com novas formas de se relacionar na saúde, explica Sarreta (2010).

O pensamento de Martinelli (1999) aprofunda esta intenção, a pesquisa qualitativa é um exercício político porque trabalha com significados de vivências e de experiências, uma vez que não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça à distância de uma opção política (SARRETA, 2010). Esse é o sentido deste estudo articulado ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e Projeto da Reforma Sanitária, no direcionamento de uma sociedade efetivamente democrática, com justiça social e respeito aos direitos humanos.

1.2 A metodologia adotada

O estudo, desenvolvido mediante pesquisa bibliográfica, tem como fonte autores que discutem o tema da Política de Saúde no Brasil, do SUS, da Reforma Sanitária e do Serviço Social na Saúde. Ainda, do histórico das Santas Casas e, especificamente, da Santa Casa de Franca/SP para apreender a realidade deste cenário. De acordo com Gil (2008, p. 50) “[...] a principal vantagem da pesquisa

bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.”

Foi utilizada a coleta de dados documental deste universo, a Santa Casa de Franca/SP, uma vez que “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.” (GIL, 2008, p. 51). Além disso, diante da extensa documentação no Serviço Social da instituição, a análise documental foi extremamente valiosa, permitindo que a pesquisadora imprimisse um novo significado e uma interpretação a estes dados.

Neste sentido, a reflexão sobre o trabalho do Serviço Social na Santa Casa a partir destes documentos, teve como finalidade compreender as demandas profissionais e as atribuições do assistente social na saúde. Para tanto, foram analisados: o Plano de Trabalho do Serviço Social de 2017¹, o Planejamento Estratégico de 2016² e os relatórios referentes aos atendimentos realizados, onde encontram-se o número de atendimentos, o número de usuários atendidos e o número de procedimentos realizados, organizados pelos setores da Santa Casa. A opção em analisar o número de atendimentos é no sentido de demonstrar, através de dados quantitativos, a importância da profissão neste espaço sociocupacional, a contribuição para o acesso dos/as usuários/as no SUS e, sobretudo, a grande demanda de atendimentos que são realizados pelas assistentes sociais.

Os setores analisados foram:

- Maternidade;
- Unidade Neonatal Interno (UNI);
- Unidade Neonatal Externo (UNE);
- Pediatria;
- Usuários externos;
- Clínica Particular;
- 2º Andar;
- 3º Andar;
- 4º Andar;
- Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Adulto;
- Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica;

¹ Disponível no Anexo A.

² Disponível no Anexo B.

- Pronto Atendimento (PA);
- Plantão de Ginecologia (PA GO);
- Ortopedia;
- Hemodiálise.

A opção por realizar a análise destes setores ocorreu uma vez que são os setores que representam os maiores números de usuários atendidos. Além destes, a Santa Casa de Franca possui o Centro Cirúrgico, Banco de Leite e Centro obstétrico.

Os setores estão organizados preconizado as orientações do Ministério da Saúde, referentes a biossegurança, contaminação e segurança para os/as usuários. Assim, na Maternidade, são atendidas puérperas e mães que estão aguardando o momento do parto. Na Unidade Neonatal Interno (UNI) são atendidas crianças recém nascidas admitidas do centro obstétrico. Na Unidade Neonatal Externo (UNE) são atendidas crianças recém-nascidas admitidas de outras unidades de internação como

Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica, transferidas de hospitais do município ou região ou advindas de casa. Na Pediatria são atendidas crianças com variadas demandas de atendimento. Usuários Externos representam a demanda externa ao hospital, como atendimentos a famílias, responsáveis e/ou acompanhantes.

Na Clínica Particular são atendidos usuários com as mais variadas demandas de atendimentos, através de convênios e atendimento privado. O 2º Andar é responsável pelo acolhimento de pacientes com problemas neurológicos. O 3º para usuários com doenças pneumológicas e, o 4º responsável pelo atendimento de usuários que realizam cirurgias. No Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Adulto e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica, são acolhidos usuários que demandam uma maior intervenção médica, diante da complexidade do quadro de saúde. No Pronto Atendimento (PA) são atendidas crianças, adultos e idosos com demanda geral de atendimento e no Pronto Atendimento de Ginecologia (PA GO) são atendidas gestantes e mulheres vítimas de violência. Na Ortopedia existe o ambulatório ortopédico que atende usuários com demandas variadas.

Foram disponibilizados para a pesquisadora os relatórios sobre o número de atendimentos. Ainda, foram disponibilizados pela instituição a análise qualitativa destes atendimentos e as principais demandas em cada setor correspondente realizada internamente e divididas mensalmente. O período de análise de dados foi de janeiro de 2017 a agosto de 2017. Essa amostra de coleta de dados foi escolhida

de forma aleatória, uma vez que o que se pretendia é uma análise do trabalho no ano de 2017.

Cabe esclarecer que a Santa Casa de Franca é responsável pela Unidade Central, Hospital Geral, Hospital do Coração, Hospital do Câncer e Ambulatório Médico de Especialidades (AME). Portanto, a amostra da pesquisa, para a coleta de dados, foi o Serviço Social da Santa Casa – Unidade Central, não considerando o Serviço Social das demais unidades. Este planejamento teve como suporte o conhecimento prévio da pesquisadora deste universo, por ocasião do Estágio Supervisionado (03/2014 a 12/2015) e a pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (BISCO, 2015), sendo adequada a escolha desta amostra. Ainda, esta escolha se deve ao fato de que a Unidade da Santa Casa recebe um fluxo maior de pacientes/usuários em relação às outras unidades do complexo, o que permite uma análise mais ampla e aprofundada sobre a temática.

Foram realizados vários contatos presenciais, por telefone e e-mail, e a Coordenadora do Serviço Social da Santa Casa acompanhou todo o processo de desenvolvimento da pesquisa. Os relatórios foram enviados por e-mail, devido a quantidade de informações e também pela facilidade de envio, para, posteriormente, serem realizadas as análises. A partir destes dados, foram elaborados gráficos e tabelas com uma observação minuciosa das informações sobre os tipos de atendimentos que são realizados pela categoria na instituição, relacionando com as demandas, o que permitem uma exposição fidedigna do trabalho profissional.

A orientadora acompanhou todo esse processo, dando o suporte necessário para uma melhor análise dos dados obtidos, dada a expressividade e riqueza dos mesmos. Neste sentido, ressalta-se que a importância que o Serviço Social adquiriu ao longo dos anos na Santa Casa de Franca. Este aspecto foi ressaltado na Banca de Qualificação do Projeto de Pesquisa, a partir das profundas contribuições dos membros da banca, em evidenciar a representatividade do Serviço Social desta instituição, que é referência para 22 municípios da região. Além deste ponto observado, os membros da banca ressaltaram também a importância de aprofundar as análises sobre a categoria trabalho e sobre as características do trabalho em saúde

Portanto, a análise qualitativa dos dados quantitativos foi fundamental para dar visibilidade ao trabalho do Serviço Social na Saúde, através da utilização de gráficos e tabelas, que facilitam a visualização das informações e dos resultados para a sua

interpretação. Na análise de Minayo e Sanches (1993, p. 247), não deve haver uma dicotomia entre pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa:

A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um continuum, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

A etapa de coleta de dados no Serviço Social da Santa Casa de Franca/SP foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, com a assinatura do Termo de Autorização Institucional para Realização de Pesquisa, da Carta de Anuência e da Declaração Institucional, disponíveis respectivamente nos Anexos I, II e III. Não teve a necessidade de inserir o projeto na Plataforma Brasil, uma vez que a pesquisa não envolve a participação de seres humanos.

A partir dos dados obtidos, foi possível traçar o perfil profissional das assistentes sociais que trabalham atualmente na Santa Casa de Franca/SP, conforme descrito nos Quadros 1 e 2 a seguir. Para preservar a identidade das profissionais, as mesmas foram identificadas como P1, P2, P3, P4 e P5.

Quadro 1 – Caracterização das Assistentes Sociais da Santa Casa de Franca.

CARACTERIZAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA SANTA CASA DE FRANCA				
	Idade	Sexo	Ano de Formação	Tempo de Trabalho
P 1	24	Feminino	2013	03 anos
P 2	46	Feminino	1993	22 anos
P 3	27	Feminino	2012	05 anos
P 4	36	Feminino	2003	11 anos
P 5	24	Feminino	2014	01 ano e 10 meses

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Com base nos dados do Quadro 1, é possível destacar que a categoria profissional na Santa Casa de Franca é formada exclusivamente por mulheres, o que reforça a tendência histórica da profissão, que tem como característica a formação de mulheres no curso de Serviço Social. Além disso, a média de idade das profissionais é de 24 a 46 anos, o que demonstra uma realidade diversificada da profissão, com assistentes sociais recém-formadas e outras com uma maior experiência profissional.

Quadro 2 – Formação e Titulação das Assistentes Sociais da Santa Casa de Franca.

FORMAÇÃO E TITULAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS DA SANTA CASA DE FRANCA				
	GRADUADA	ESPECIALISTA	MESTRADO	DOCTORADO
P 1	Sim	Não	Não	Não
P 2	Sim	Sim	Sim	Não
P 3	Sim	Não	Não	Não
P 4	Sim	Sim	Não	Não
P 5	Sim	Sim	Sim	Não

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Em relação à formação e titulação das assistentes sociais, é importante destacar que 3 (três) possuem o título de especialista e 2 (duas) o de mestre, o que representa uma busca contínua por atualização profissional por meio da pesquisa, o que interfere diretamente nos atendimentos realizados, uma vez que a atualização profissional, permite uma visão mais crítica da realidade e das complexidades do trabalho na instituição.

1.3 O universo da pesquisa, a Santa Casa de Franca/SP

Para o alcance dos objetivos deste projeto, o estudo foi desenvolvido durante o ano de 2017, no cenário da Santa Casa do município de Franca/SP, pois essa

instituição se caracteriza como espaço de referência na análise e reflexão da temática da política de saúde.

A cidade de Franca, segundo a Prefeitura Municipal (2017), está localizada no Nordeste do Estado de São Paulo e possui uma população estimada de 347.237 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Figura 1 – Localização da cidade de Franca no estado de São Paulo



Fonte: Prefeitura Municipal de Franca (2017).

O município é conhecido pela sua indústria calçadista, que emprega a maioria da população, seja nas grandes fábricas ou nas conhecidas “bancas de calçado”, que na maioria das vezes é na casa dos moradores que trabalham de forma terceirizada para empresas da cidade. Nos últimos anos, tem se ampliado também o número de indústrias que fabricam lingerie, sendo essa uma fonte de renda para muitas mulheres.

A cidade possui um grande número de universitários, uma vez que possui quatro universidades instaladas, entre elas: Centro Universitário de Franca (Unifacef), Faculdade de Direito de Franca, Universidade de Franca (Unifran) e Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Em relação ao serviço de saúde, o município possui dois hospitais particulares: Hospital Regional e Maternidade e o São Joaquim – Hospital e Maternidade, além do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

O Complexo Hospitalar Santa Casa, que é referência em saúde para 22 municípios do Departamento Regional de Saúde VIII, além de municípios do sudoeste mineiro, abrange uma média de 700 mil pessoas.

Quadro 3 – Municípios atendidos na Santa Casa de Franca

MUNICÍPIOS	HABITANTES
Aramina	5.552
Cristais Paulista	8.424
Guará	21.081
Ipuã	15.932
Ituverava	41.414
Miguelópolis	21.973
Nuporanga	7.341
Patrocínio Paulista	14.351
Restinga	7.384
Rifaina	3.618
São Joaquim da Barra	50.921
Buritizal	4.408
Franca	347.237
Igarapava	30.073
Itirapuã	6.405
Jeriquara	3.202
Morro Agudo	32.220
Orlândia	43.306
Pedregulho	16.645
Ribeirão Corrente	4.273
Sales Oliveira	11.641
São José da Bela Vista	8.885

Dados: População estimada em 2017 segundo site do IBGE.

O complexo hospitalar é composto por 3 unidades Santa Casa, Hospital do Câncer e Hospital do Coração, além de ser uma Organização Social de Saúde (OSS) que administra o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) (SANTA CASA, 2017).

A Santa Casa é caracterizada como uma instituição do terceiro setor, que atua de forma filantrópica com ações na área da saúde para atender a população, segundo dados disponíveis no seu site (SANTA CASA, 2017).

De acordo com Montañó (2007), existe uma dificuldade para caracterizar o chamado terceiro setor. Na visão do autor, o terceiro setor representa não somente a transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, mas também a focalização e precarização dos direitos historicamente conquistados pela população.

O terceiro setor é responsável por garantir a população direitos relacionados à assistência, saúde, educação, ou seja, a sociedade civil organizada se reúne para garantir direitos que deveriam ser de responsabilidade do Estado, e que por ineficiência não consegue garantir. O terceiro setor surge como alternativa para tratar a questão social, porém, a origem do termo não possui uma data específica e, ainda, é marcado por dúvidas em relação ao seu surgimento. A reflexão de Montañó (2007, p. 55) exemplifica este questionamento:

Surgiu na década de 80, numa construção teórica, com a preocupação de certos intelectuais ligados a instituições do capital por superar a eventual dicotomia público/privado? Teria data anterior, nas décadas de 60 e 70, com o auge dos chamados 2 'novos movimentos sociais' e das 'organizações não-governamentais'? Seria uma categoria vinculada às instituições de beneficência, caridade e filantropia, dos séculos XV a XIX (ou no Brasil, com as Santas Casas de Misericórdia, Cruz Vermelha etc.)? Sua existência data da própria formação da sociedade, conforme os contratualistas analisam?

Montañó (2007), destaca na sua análise que as Santas Casas como instituições de caridade e filantropia que atuavam para garantir assistência à saúde para a população mais vulnerável. Nesse sentido, Nogueira e Mito (2006) analisam que anteriormente à criação do SUS, restava a população pagar pelos serviços médicos ou recorrer ao serviço de filantropia prestados pelas Santas Casas de Misericórdia. Atualmente, o que observamos na área da saúde é que essa visão de caridade e filantropia ainda estão presentes nas instituições públicas de saúde, além do próprio desconhecimento da população de que a saúde é um direito de todos e garantida pelo Estado conforme a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

De acordo com dados do site da Santa Casa de Franca (2017), a instituição foi fundada em 1987 a partir da iniciativa de um grupo de francanos beneméritos com o intuito de acolher e tratar a saúde da população mais vulnerável do município, que não tinham condições de arcar com os custos particulares de tratamento de saúde,

uma vez que, nesta época, ainda não existia atendimento público como existe atualmente. O principal princípio para a criação da instituição era o exercício da filantropia e da caridade.

O Hospital do Coração de Franca, criado em 1988, é referência em tratamento de doenças cardíacas para as cidades da região atendidas pela Santa Casa. O hospital realiza em média 320 cirurgias por mês. Cerca de 65% são intervenções para colocação de marcapasso e os outros 35% se referem a operações feitas diretamente no coração.

O AME de Franca foi fundado no ano de 2011 e constitui-se em um Centro de Diagnóstico Especializado, financiado pelo Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, sob gestão da Santa Casa de Franca. Tem como objetivo dar mais eficiência, eficácia e agilidade aos tratamentos de saúde dos pacientes da rede pública. Realiza mensalmente, 7 mil consultas médicas; 1.200 exames de apoio diagnóstico e 350 cirurgias. Além disso, o Hospital oferece 22 especialidades médicas e não-médicas, tais como acupuntura, anestesiologia, cardiologia, cirurgias geral e vascular, dermatologia, endocrinologia adulto e infantil, ginecologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia adulto e infantil, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia adulto e infantil, proctologia, reumatologia e urologia, além do serviço de psicologia e Serviço Social (SANTA CASA, 2017)

A Unidade do AME de Franca é referência para 10 municípios, entre eles: Rifaina, Pedregulho, Jeriquara, Cristais Paulista, Ribeirão Corrente, São José da Bela Vista, Restinga, Patrocínio Paulista e Itirapuã. E, em 2015, inaugurou o Hospital Dia - AME Cirúrgico uma ampliação na estrutura do próprio ambulatório, com capacidade para realização de 470 cirurgias/mês de grande porte e 240 cirurgias de pequeno porte. A proposta do AME é agilizar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes, desafogando os hospitais gerais, que poderão se dedicar ao atendimento de urgências e emergências e à realização de cirurgias mais complexas.

O Hospital do Câncer foi inaugurado em janeiro de 2012 e, inicialmente, atendia cerca de 120 usuários por mês. Atualmente, o Hospital atende cerca de 1.500 usuários, entre adultos, idosos e crianças e adolescentes de 0 a 18 anos. Disponibiliza serviços de especialidade no tratamento do câncer, além de uma estrutura de apoio

multiprofissional nas áreas de especialidades médicas e de suporte como psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, habilitação e reabilitação.

Desta forma, o estudo neste cenário torna-se importante, com a possibilidade de reflexões e análises sobre a saúde local e regional e a estrutura do sistema de saúde no Brasil.

Será feita a devolutiva da pesquisa com a disponibilização de uma cópia impressa da dissertação para o setor de Serviço Social da Santa Casa de Franca e uma reunião com a supervisora do setor na instituição para socializar os resultados obtidos.

CAPÍTULO 2 A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

2.1 Breve contextualização da política social

Para compreender a atual estrutura da política de saúde no Brasil, é preciso resgatar historicamente como a política social surgiu no Brasil, em qual contexto histórico e como o Estado intervém na questão social por meio de políticas públicas que visam amenizar as desigualdades sociais. A expressão amenizar é utilizada para mostrar que diante do atual modelo de sociedade, excludente e contraditória, características próprias do capitalismo no cenário contemporâneo, não é possível acabar radicalmente com as injustiças sociais. É nesse contexto que surgem as políticas de proteção social para amenizar as expressões da questão social.

A partir do reconhecimento da questão social por parte do Estado, foi preciso intervir de alguma maneira na sociedade como forma de amenizar as situações de desigualdade social, no sentido de controle da classe trabalhadora, da sua organização e reivindicações. Essa intervenção ocorreu por meio da política social, oferecendo alguns direitos para a população.

A questão social é entendida como:

[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p. 77).

Portanto, as expressões da questão social manifestam o conflito entre as classes sociais em determinada sociedade, e se agudizam na medida em que as desigualdades se expandem.

Para a análise sócio histórica, o referencial marxista tem uma importante contribuição para compreender o modelo de sociedade que vivemos. De acordo com Behring (2006, p. 28):

[...] a tradição marxista oferece uma leitura da dinâmica da sociedade burguesa, de como ela se produz e reproduz e, dentro disso, de como a desigualdade social é inerente a estas relações sociais (Marx, 1988 e 1997). Oferece também o estudo das transformações ao longo do século XX, produzidas pelos movimentos da economia e da política, dos quais se desdobram hipóteses orientadoras para pensar a política social, seu significado, suas possibilidades e limites na contemporaneidade.

Dessa forma, a teoria social crítica marxista possibilita analisar as transformações do mundo contemporâneo e do mundo do trabalho, que afetam diretamente a população e tem impacto nas políticas sociais. O materialismo histórico dialético permite uma compreensão do real que ultrapassa a imediaticidade dos fatos, permitindo uma análise profunda das relações sociais e do modo de produção capitalista.

No final do século XIX e início do século XX, vários países do mundo vivenciaram um aumento de legislações e medidas de proteção social que buscavam, de alguma maneira, amenizar os conflitos e as reivindicações da classe trabalhadora, assegurando alguns direitos como forma de manutenção da ordem social.

Na análise de Behring (2006), as políticas de proteção social são produtos do próprio sistema capitalista e do seu modo de produzir e reproduzir-se. Dessa forma, tais políticas surgem tanto como interesse do capital para manutenção da ordem vigente, como também a partir das lutas e reivindicações da classe trabalhadora. A autora ressalta que é importante uma análise crítica da política social, sem reducionismos, uma vez que ela não pode ser vista apenas como uma conquista dos trabalhadores a partir da sua pressão sobre o Estado na garantia de direitos sociais. Dessa forma, é preciso fazer essa análise de forma totalizante, buscando a apreensão das múltiplas determinações e complexidades que compõem a política social.

Nesse sentido, é fundamental entender o papel do Estado na sociedade capitalista para compreender o contexto de como os direitos sociais e as políticas de proteção social surgiram. A definição do papel do Estado passou por diferentes interpretações ao longo do tempo, e passou a ter uma discussão mais ampla a partir do século XVI, com a decadência da sociedade feudal.

Desde Maquiavel, tem-se a busca de uma abordagem racional do exercício do poder político por meio do Estado. Naquele momento, este era visto como uma espécie de *mediador civilizador* (Carnoy, 1988), ao que caberia o controle das paixões, ou seja, do desejo insaciável de vantagens materiais, próprias aos homens em *estado de natureza*. (BEHRING, 2006, p.15, grifo do autor).

Outros estudiosos possuem diferentes definições do papel do Estado na sociedade. Behring (2006) analisa que para Hobbes, o Estado deveria ser uma opção racional como forma de frear as paixões, o seu *estado de natureza*. Para John Locke deveria haver um pacto entre os sujeitos coletivos de uma comunidade, com a

finalidade de proteger a vida, a liberdade e a propriedade, surgindo assim a associação entre poder e propriedade. Na visão de Jean-Jacques Rousseau, o correto seria a firmação de um contrato social, pois a sociedade foi corrompida pela propriedade e, dessa forma, o poder do Estado deveria estar nas mãos do povo, na cidadania por meio da vontade geral e seria, então, um Estado de Direito.

A partir do século XVIII, com o avanço do capitalismo e das ideias liberais, novas definições sobre o papel do Estado surgiram, evidenciando a preocupação central com o mercado, e não com o seu papel de mediador das relações sociais e desigualdades. Adam Smith, considerado um dos maiores pensadores do liberalismo econômico, defendia que o Estado deveria possuir uma intervenção mínima na sociedade, pois os indivíduos são conduzidos por uma *mão invisível* (mercado), e dessa forma o Estado deveria fornecer as bases legais para uma maximização do mercado. A partir de suas ideias, o capitalismo se consolida com base no ideário de uma sociedade fundada no mérito de cada indivíduo potencializar suas capacidades consideradas supostamente como naturais, explica Behring (2006).

Tais argumentos elaborados pelos pensadores liberais entraram em crise ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX. Alguns fatores foram determinantes para essa crise, e a principal delas foi o envolvimento da classe trabalhadora e operária nas questões políticas, reivindicando direitos até então não assegurados. Além disso, a concentração de renda e a monopolização do capital, aliada a grande crise mundial de 1929, desencadearam uma crise estrutural do capital.

Mészáros (2000) que aprofunda seus estudos sobre a crise estrutural do capital, explica que essa não significa que o capital está decaindo, e sim que está buscando outras formas para se reinventar. E é nessas crises que surge a barbarização da vida social, com a degradação dos homens e da natureza.

A busca por melhores condições de vida e pela garantia de direitos, mobilizou a classe operária do mundo todo que passou a exigir respostas por parte do Estado, principalmente, com o agravamento das expressões da questão social.

No Brasil, o capitalismo e a formação do Estado se desenvolveram de formas diferentes do resto do mundo, apesar de manter as suas bases de desenvolvimento e dessa forma, as políticas de proteção social também surgiram em um contexto diferente. Para Behring e Boschetti (2011, p. 75):

O Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e patrimonialismo como prática no

sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes. O desenvolvimento da política social entre nós, como se verá, acompanha aquelas fricções e dissonâncias e a dinâmica própria da conformação do Estado.

Dessa forma, o capitalismo se desenvolveu no Brasil carregando marcas antigas de desigualdades sociais profundas. Apesar das desigualdades sociais serem marcantes no país desde o seu período de colonização e escravidão, somente no século XX a questão social e suas expressões passaram a ser reconhecidas, exigindo uma intervenção do Estado.

Os direitos sociais conquistados no início do século XX, foram pautas das reivindicações de movimentos sociais e da classe operária. Portanto, “[...] a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 79).

De acordo com Marshall (1967), os direitos sociais a partir do século XX surgiram como forma de assegurar um mínimo de bem estar social. Na análise de Simões (2008, p. 60):

A instituição dos direitos sociais logrou modificar, em parte, a desigualdade social. No final do século XIX havia se iniciado um novo período, com o primeiro grande avanço dos direitos sociais e suas mudanças significativas no princípio igualitário da cidadania.

Portanto, fica evidente que a tensão entre capital e trabalho e o poder político da classe trabalhadora, foi um importante marco para a luta por direitos sociais.

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção, saúde, previdência ou assistência social, o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. (MOTA, 2004a apud MOTA 2006, p. 40).

O capital sempre buscou adequar à Seguridade Social aos seus interesses, uma vez que ela é tanto uma necessidade dos trabalhadores, como também alvo de disputas e negociações da burguesia (MOTA, 2006).

No Brasil, a Seguridade Social é composta por um tripé e compreende o direito à saúde, à assistência social e à previdência social, conforme Artigo 1º da Lei nº 8.212,

de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social no Brasil (BRASIL, 1991). As políticas de Seguridade Social se ampliaram ao longo dos anos e em geral, foram implementadas por meio de:

[...] *ações assistenciais* para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para *cobertura de riscos do trabalho*, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa. (MOTA, 2004a apud MOTA 2006, p. 41, grifo do autor).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), elaborou em 2000 a Carta de Maceió, reafirmando a defesa da Seguridade Social pública. A categoria reafirma ainda a “[...] concepção de seguridade, entendida como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros.” (CFESS, 2000).

Ao longo dos anos, os direitos civis, políticos e sociais, foram sendo garantidos por meio das Constituições promulgadas no país, sendo que cada Constituição representa em seus artigos os princípios e contextos demandados de cada época histórica em que foram criadas. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ou cidadã como é reconhecida, é considerada a que mais avançou em termos da garantia de direitos, principalmente os direitos sociais, como saúde, educação, proteção à criança e adolescente, idosos, previdência social e seguridade social.

A garantia de um direito, por meio da Constituição Federal não significa necessariamente que o mesmo está sendo efetivado. As transformações societárias contemporâneas têm afetado o mundo do trabalho como um todo, além da vida da classe trabalhadora, no que diz respeito aos direitos historicamente conquistados a partir de lutas e reivindicações da própria população.

Essa mudança ocorre com o avanço do ideário neoliberal, que estabelece um novo modelo de acumulação de capital, com uma renovação das ideias liberais. Esse novo modelo de acumulação “[...] inclui (por definição) a informalidade do trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente uma ‘nova’ pobreza’.” (SOARES, 2000, p. 12). Portanto, com o projeto neoliberal surge a flexibilização, desregulamentação e privatização de serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado.

Surge então, uma nova configuração mundial que altera os modos de produção e, também, o papel do Estado que passa a transferir sua responsabilidade para a

sociedade civil, o terceiro setor e entidades filantrópicas, impactando as políticas sociais, em especial no campo da Seguridade Social e do trabalho. Além disso, as políticas sociais que deveriam ser universais passam a ter caráter focalizado e seletivo.

O direito universal a saúde foi conquistado pela sociedade brasileira após lutas e resistências contra o ideário neoliberal, que se iniciou na década de 1970 e se fortaleceu na década de 1980, após a segunda grande crise financeira associada ao baixo crescimento econômico de vários países do mundo.

No cenário brasileiro atual, o que se observa é um ataque aos direitos sociais conquistados.

Desde 2013 a conjuntura do país apresenta um quadro de grandes mobilizações sociais frente aos ataques do capital, por meio do patronato e do Estado, com precarização das condições de vida dos trabalhadores imposta pela terceirização, desemprego estrutural crescente, desregulamentação das relações de trabalho e cortes orçamentários em políticas sociais que reduzem direitos sociais e trabalhistas arduamente conquistados. (ABRAMIDES, 2017, p. 367).

Diante do retrocesso histórico aos ataques na vida da população e em direitos fundamentais como educação e saúde, o Serviço Social é uma profissão fundamental para a luta em defesa dos direitos da população, pois o Projeto Ético-Político organiza-se na defesa das políticas sociais universais e da responsabilidade do Estado na sua garantia. Nos espaços de atuação profissional, a categoria atua na defesa de uma sociedade justa e igualitária, e contribui para que os usuários reconheçam seus direitos e passe a reivindicá-los.

2.2 Política de Saúde no Brasil

O conceito de saúde ao longo dos anos passou por diversas mudanças e transformações até chegar ao conceito ampliado presente na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Anteriormente, a saúde estava somente relacionada a ausência de doenças, sem um conceito totalizante e ampliado que reconhecesse as diversas dimensões relacionadas à saúde.

As diferentes definições estão tanto no conceito de saúde como na própria etimologia da palavra saúde. Filho (2011, p. 15), parte do pressuposto que o conceito de saúde:

Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. Essa linha e problematização e as hipóteses dela decorrentes se desdobram num debate atual e oportuno a propósito das bases filosóficas, científicas e práticas do conhecimento sobre fatos e fenômenos, ideias e processos relativos à saúde.

Dessa forma, a análise do conceito de saúde deve ser crítica, capaz de apreender as múltiplas determinações que compõem esse conceito, buscando uma definição ampliada, sem reducionismos. Filho (2011) destaca, ainda, que a palavra saúde possui diferentes significados em diferentes línguas, porém, tanto no latim, português, francês e italiano, a palavra possui significados semelhantes relacionados ao todo, total, totalidade e inteiro. Isso significa que a saúde não é vista como algo isolado, sem conexões e nexos com outros conceitos, o que inclui tanto as dimensões físicas, sociais, intelectuais e espirituais.

Na história da humanidade, diferentes pensadores e filósofos antigos sempre estiveram em busca de uma definição do conceito de saúde e doença, e já problematizavam essa questão. Aristóteles (1985, p. 164) em um de seus livros destaca a saúde e doença como conceitos opostos:

[...] saúde e doença são contrários, mas nem m nem outro é verdadeiro nem falso [...] o bom é ao mesmo tempo bom e não mau; a primeira destas qualidades pertence-lhe por essência, e a segunda, por acidente, pois só por acidente o bom é mau.

Pode-se considerar, portanto, que saúde e doença possuem significados distintos, e que a saúde não se resume apenas na ausência de doenças, pois engloba definições mais ampliadas.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidades. A partir dessa definição, a saúde dos indivíduos está relacionada também ao ambiente em que eles vivem e aos fatores econômicos, sociais e de higiene, esclarece Sarreta (2010).

No Brasil, a saúde passou a ter a sua concepção ampliada a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), que em seu artigo 196 define a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, o conceito de saúde é ampliado e definido não somente como a ausência de doenças, considerando a redução do risco de adoecimento e o agravamento de doenças, especialmente, o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção associadas à assistência em saúde. Além disso, a Constituição prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, abrangendo fatores condicionantes e determinantes para a saúde da população (BRASIL, 1988).

A transformação no conceito ampliado de saúde foi algo histórico e marcante para a população, pois só foi possível a partir de um movimento social que contou com reivindicação de trabalhadores de saúde, sindicatos, associações, e a própria população que lutava por melhores condições de vida e por direitos universais, por ocasião do movimento pela Reforma Sanitária.

No entanto, é necessário resgatar que a intervenção estatal no Brasil na área da saúde ocorreu tardiamente, na década de 1930 do século XX. De acordo com Bravo (2006, p. 89):

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi medida pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais.

Bravo (2006) esclarece que, anteriormente à intervenção do Estado na área da saúde, o Brasil passou pela Reforma Carlos Chagas, que ocorreu em 1923. A Reforma buscava uma expansão do atendimento à saúde uma vez que, neste período, se tornou evidente as questões de higiene e saúde do trabalhador, o que possibilitou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves. As Caps eram financiadas pela União e pelas empresas e empregados, e previam os benefícios de “[...] assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.” (BRAVO, 2006, p. 90).

A política de saúde no Brasil a partir da década de 1930 foi formulada em caráter nacional e dividida em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina

previdenciária, sendo o primeiro com focalização na criação de condições sanitárias para a população urbana, e restritamente para a população do campo; e o segundo, que consegue sobressair o subsector de saúde pública a partir da década de 1960 (BRAVO, 2006).

A década dos anos 1960 foi marcada pela intensa repressão de direitos durante a Ditadura Militar, e os problemas estruturais que já existiam no país, e as mais variadas expressões da questão social, se agudizaram e tornaram-se mais complexas. Na área da saúde, surgiu o modelo de privilegiamento do setor privado, sendo que esse modelo possuía como características:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação de um complexo médico-industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (BRAVO, 2006, p. 94).

Portanto, o setor privado, empresas e grandes monopólios de medicamentos e tecnologias, passaram a integrar de alguma forma a política de saúde no Brasil. Além disso, o que houve na época foi a expansão da prática médica baseada somente nos problemas individuais e não na saúde coletiva da população, com tratamentos diferenciados, levando em consideração aqueles que tinham melhores condições de renda e podiam arcar com os custos do atendimento médico particular e aqueles que precisavam recorrer à saúde pública.

Nos anos 1980, o Brasil vivenciou um processo de democratização e uma efervescência política e social que culminou em uma nova Constituição, que buscou de alguma forma a expansão de direitos sociais. Neste período, novos sujeitos começaram a participar das discussões sobre política e sobre as reais condições e direitos da classe trabalhadora e da população. Na área da saúde, esse momento de efervescência política mobilizou a população e entidades representativas na luta pela saúde pública e de qualidade.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

Nesse sentido, na década de 1970, surge o Movimento de Reforma Sanitária, com a participação de trabalhadores de diversos setores da saúde no Brasil, além da própria população, em busca de uma saúde pública e para todos. Um dos principais marcos na área da saúde no que se refere a luta pela democratização e pelo direito universal, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), realizada em 1986 em Brasília, que culminou em um processo denominado Movimento de Reforma Sanitária. O movimento foi o marco da representatividade desses sujeitos coletivos, que incluíam trabalhadores da saúde, sindicatos, associações de moradores e movimentos sociais, que tinham como objetivo questionar e debater propostas com a intenção de estabelecer as responsabilidades do Estado em relação à saúde, questionando o direcionamento que estava sendo dado à saúde até então. De acordo com Finkelman (2002, p. 242), os princípios da Reforma Sanitária brasileira eram:

1) A melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Os sujeitos coletivos que fizeram parte deste movimento defendiam a melhoria das condições de vida da população, além de uma nova formulação da política de saúde no Brasil, que deveria possuir como princípios fundamentais a integralidade e a equidade dos serviços, além da responsabilidade do Estado para assegurar o direito à saúde para toda população. A preocupação central dos sujeitos que discutiam a Reforma Sanitária é a responsabilidade do Estado na área da saúde e nas políticas sociais, na análise de Bravo (2006, p. 101) “[...] pautando-se na concepção de Estado democrático de direito.”

A promulgação da Constituição de 1988 representou “[...] a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às

demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.” (BRAVO, 2006, p. 96). Após a aprovação da Constituição, as principais propostas e reivindicações da Reforma Sanitária foram aprovadas, ou seja, a saúde passou a ser considerada como direito universal, cabendo ao Estado o dever de provê-la com integralidade e equidade à todos os indivíduos; definição e criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com a integração de forma hierarquizada de todos os serviços públicos de saúde, com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. O mercado privado ainda possuía participação na saúde mas de forma complementar aos serviços, preferencialmente com entidades filantrópicas. De acordo com Ravagnani (2013, p. 18):

Percebe-se que a construção da ideia que afirma a necessidade do setor privado para o atendimento das necessidades humanas encontra terreno favorável quando uma gama muito grande de necessidades básicas, historicamente, não tem lugar garantido na esfera das opções e decisões macroeconômicas governamentais. Dessa maneira, visualiza-se uma aceitação, um consenso e um consentimento ideologicamente forjados, em meio à falta de opções, da proposta privatizante que responda com recursos públicos às necessidades do público usuário.

Portanto, apesar do direito à saúde ser garantido constitucionalmente, a participação complementar do setor privado surge como forma de opção em meio a precarização dos serviços de saúde, com uma falsa ideologia de que o que é privado possui uma qualidade melhor.

2.3 Sistema Único de Saúde e sua construção

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a saúde tem seu marco legal e passa a ser garantida como direito fundamental de todos os cidadãos, sem distinção de classe social, cor, raça e gênero. A saúde, portanto, passa ser considerada como:

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

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) foi uma importante conquista e avanço para a população brasileira, na direção da garantia de direitos. Nela, foi

introduzida a ideia da extensão dos direitos sociais, buscando corrigir as desigualdades historicamente acumuladas nos séculos anteriores (BRAVO, 2006). Dessa maneira, assegurando os direitos universais de acesso à saúde, à previdência e à assistência social, ou seja, o tripé da Seguridade Social. Sobretudo, a saúde é reconhecida em sua concepção ampliada, conforme destaca a Lei Orgânica 8080/90 que dispõe sobre as ações e serviços de saúde, destacando que a saúde não é caracterizada somente como a ausência de doença, devendo considerar a redução do risco de adoecimento e o agravamento de doenças, especialmente, o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção associadas à assistência (BRASIL, 1990).

Cabe destacar, como analisam Nogueira e Mito (2006), que o acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde representa a possibilidade de ruptura com a desigualdade social no Brasil. As autoras refletem que antes da Constituição de 1988 o acesso à saúde estava restrito aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. E, aos outros cidadãos, ou seja, a maioria da população restava os serviços de caridade e filantrópica, como as Santas Casas de Misericórdia ou ainda o mercado privado.

No entanto, a efetivação do SUS e de seus princípios e diretrizes, em especial a universalização do acesso, a integralidade da atenção em todos os níveis de atendimento e a descentralização dos serviços e ações, enfrenta desde os anos de 1990 as orientações do projeto neoliberal para a saúde. A direção privatista orienta a focalização e a seletividade, apresentando o mercado privado como alternativa viável para a saúde.

Conforme disposto no Artigo 199 da Constituição, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, indicando as condições para participar do SUS, ou seja:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Isso possibilitou a consolidação dos planos de saúde no Brasil, uma vez que a população ao não ter o direito a saúde assegurado, acaba buscando alternativas que possam atender às suas necessidades, como os planos privados.

Segundo Bravo (2006), nesta lógica neoliberal cabe ao Estado apenas assegurar o mínimo para quem não pode arcar com os custos da saúde privada, e o

mercado oferece serviços para aqueles que podem pagar. Este projeto distancia a responsabilidade do Estado em assegurar a saúde para todos os cidadãos com igualdade e equidade.

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com regionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. (BRAVO, 2006, p. 101).

O projeto privatista tem como principais características a focalização dos serviços para atender a população mais vulnerável, com um pacote básico de serviços de saúde, ampliando a privatização, o estímulo ao seguro privado, a descentralização dos serviços ao nível local e a eliminação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997).

Na análise de Bravo e Matos (2006), as políticas sociais em geral continuam fragmentadas e focalizadas, e na área da saúde, mesmo após o avanço constitucional, o Projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista continuam em disputa.

O SUS proposto na Constituição de 1988, foi regulamentado pela Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre todas as condições necessárias para promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, regulamentando ainda todo o funcionamento e organização dos serviços de saúde no país. Os objetivos e atribuições do SUS são:

Art. 5º - I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990).

Portanto, é dever do Estado garantir condições para que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde tanto para prevenção de doenças como para recuperação, devendo observar que múltiplos fatores incidem na saúde dos indivíduos.

O SUS deve ser organizado a partir das seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Estas diretrizes representam conquistas expressivas do ponto de vista da responsabilidade na gestão da saúde, ou seja, do atendimento integral que considera não apenas a recuperação da saúde de indivíduos, grupos e comunidades, do mesmo modo, da prevenção e da participação da comunidade nas decisões sobre a gestão e planejamento da política de saúde, destacando o papel dos Conselhos de Saúde. De acordo com Raichelis (2006, p. 78), os Conselhos e os espaços democráticos de participação social nas decisões sobre a saúde do país fortalecem:

[...] a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser alargados para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político.

Ainda, segundo a autora, “[...] são espaços que estão sendo construídos pela ação coletiva de inúmeros sujeitos sociais.” (RAICHELIS, 2006, p. 84). E ainda “[...] podem provocar mudanças substantivas na relação Estado-sociedade [...] e contribuir com a construção/consolidação de uma cultura política contra-hegemônica, por meio da prática da socialização da política e da distribuição de poder.” (MORONI; CICONELLO, 2005, p. 39 apud RAICHELIS, 2006, p. 84).

Entretanto, contrariando os objetivos da Reforma Sanitária e de todos os avanços consideráveis do SUS, o projeto neoliberal ganha força na década de 1990, reafirmando o projeto privatista e a focalização das políticas sociais nos mais pobres. Dessa maneira,

[...] a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2006, p. 100).

As consequências da orientação neoliberal recaem nas políticas sociais, e na política de saúde para o desmonte do SUS, sendo que os recursos governamentais que deveriam ser repassados para o setor público, são cada vez mais desviados para ao setor privado.

Filho (1982) analisa que, como o recurso governamental para a saúde não é capaz de oferecer assistência à toda população brasileira, a população necessita buscar a saúde suplementar através dos planos de convênio. Esse processo está sendo cada vez mais fortalecido no país, o que demonstra o afastamento do Estado

de suas responsabilidades e a presença do setor privado na política pública de saúde, além dos crescentes processos de terceirização.

No SUS, como nos bairros periféricos, há descuido com ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema. O SUS vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira. Em síntese, o SUS vem conformando uma ética, uma estética e um padrão de funcionamento em correspondência com o modo de vida da maioria; em muitos aspectos e situações, confirmando um padrão de descaso e de desrespeito à dignidade humana. (CAMPOS, 2018, p. 5).

A análise de Campos (2018) demonstra que cada vez mais o SUS está sendo enfraquecido tanto pela própria política que é cada vez mais seletiva e focalizada, quanto pelos próprios gestores e trabalhadores da saúde que parecem se conformar com a atual situação do Brasil e da política nacional de saúde.

A luta por uma política de saúde universal e para garantia dos princípios e das diretrizes do SUS, é uma luta coletiva. É preciso também, lutar contra as desigualdades sociais e econômicas, buscando uma sociedade justa e igualitária, por meio de políticas públicas que fortaleçam os direitos da população. Campos (2018, p. 5) aponta que a defesa do SUS deve ser um compromisso da sociedade civil para reforçar o movimento de luta pela Reforma Sanitária:

[...] a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais, nesse momento em particular, depende da sociedade civil mais do que do Estado e dos políticos profissionais. Depende da revitalização do movimento sanitário e de sua articulação com amplos setores da sociedade – movimentos de luta por direitos, como o das mulheres, dos idosos, das populações indígenas e negra, dos portadores de patologias, das várias crenças religiosas que participam também da vida social, dos sindicatos, enfim, temos que verbalizar um projeto inclusivo de sociedade e, especificamente, de direito à saúde.

É preciso retomar o processo histórico de reivindicações por um sistema que seja capaz de atender toda população. Para isso é necessário o fortalecimento de ações sociais para diminuição de desigualdades e na direção de melhores condições de vida para a população, investindo em uma constante melhoria da infraestrutura das cidades pensando em uma reforma urbana capaz de modificar a estrutura. É preciso, ainda, fortalecer as ações de todas as áreas do SUS, desde atenção básica até alta complexidade e, principalmente, a parte de gestão e de financiamento das ações de saúde, priorizando o atendimento público (CAMPOS, 2018). Para transformar essas

ações em realidade, é preciso ainda alterar o modo de financiamento das políticas de proteção social incluídas na Seguridade Social, a partir de uma mudança econômica.

CAPÍTULO 3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

3.1 Serviço Social e o trabalho em saúde

O Serviço Social é uma profissão que, historicamente, está presente no trabalho em saúde e possui orientações e atribuições específicas para esta área o que demonstra a importância de aprofundar esta reflexão.

Nesse sentido, para compreender a centralidade da categoria trabalho e suas relações na sociedade capitalista atual, é preciso uma aproximação com a teoria marxista que explica a formação deste modelo de sociedade, tendo como base a categoria trabalho.

De acordo com Marx (2013), o trabalho é fundamental para que os homens possam se constituir como ser social, ele é um mediador entre os homens e a natureza. O homem modifica a natureza por meio de seu trabalho, atuando de forma consciente e intencional sob a natureza para satisfazer suas necessidades básicas e de sobrevivência. Marx (2013, p. 255) analisa que: “[...] o trabalho é, antes de tudo, um processo entre homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza.”

Assim, os homens se distinguem dos animais, exatamente por essa capacidade de transformação da natureza em algo pensado e concreto. O homem idealiza suas ações e o resultado final de seu trabalho antes de sua execução.

Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. (MARX, 2013, p. 255-256).

Portanto, o resultado final do trabalho dos homens é idealizado e objetivado para um determinado fim. Dessa forma, os homens criam maneiras de superar a natureza, dando o sentido para suas ações, criando as condições necessárias para sua sobrevivência e existência. Tanto o homem quanto a natureza são transformadas nesse processo.

Na análise de Lukács (2012, p. 286) “[...] o próprio ser humano que trabalha é transformado por seu trabalho; ele atua sobre a natureza exterior e modifica, ao

mesmo tempo, sua própria natureza, desenvolve as 'potências que nela se encontram latentes' e sujeita as forças da natureza a seu próprio domínio.”

Ao longo dos anos, o sentido do trabalho se modificou e como consequência do sistema capitalista, os homens perderam a sua característica de sujeito pensante no mundo do trabalho, pois suas ações foram tomando formas cada vez mais mecanizadas e automáticas, no sentido de executarem tarefas sem objetivar algo. O trabalho vivo se transformou em trabalho morto. Além das formas mecanizadas de produção, com o capitalismo observa-se que o trabalhador perde a sua autonomia sobre o que está sendo produzido, além de intensificar a exploração dos trabalhadores que se submetem a jornadas exaustivas de trabalho não remunerados da forma adequada pois o patrão se apropria por meio da mais valia, gerando assim mais lucro e acumulação da propriedade privada.

Essa transformação ocorreu, principalmente, com o processo de mudança no próprio instrumental de trabalho, com o avanço de máquinas e tecnologias na produção das grandes indústrias. Indiscutivelmente, o avanço tecnológico possibilitou mudanças significativas para toda população e, em alguns aspectos, melhorou a qualidade de vida dos homens, no sentido de ter facilidade de acesso a bens materiais.

Além disso, conforme analisa Antunes (2006), o saber científico e o saber laborativo não se sobrepõe um ao outro, pois necessariamente, mesmo com o avanço das indústrias, as máquinas não superam a necessidade da utilização do trabalho vivo para determinado fim. As grandes indústrias sempre terão a necessidade de utilizar o trabalhador para operar suas máquinas e, dessa forma, o trabalho pensado dos trabalhadores ainda será necessário.

É, pois, essa condição que exige um trabalhador ainda mais “capacitado”.

Estabelece-se, então, um complexo processo interativo entre trabalho e ciência produtiva, que não pode levar à extinção do trabalho vivo. Este processo de retroalimentação impõe ao capital a necessidade de encontrar uma força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada, ao menos nos ramos produtivos dotados de maior incremento tecnológico. (ANTUNES, 2006, p. 12)

Dessa forma, se intensificam a exploração do trabalho, com novas formas de precarização e transformação do trabalho vivo. Essas mudanças ocorreram na era do fordismo/taylorismo e a partir da década de 1980 se acentuaram, período em que o capitalismo buscou novas formas de acumulação e aumento da produção com a

intensificação da precarização do trabalho, a flexibilização e a terceirização, afetando diretamente a vida da classe trabalhadora.

Para Antunes, surgem alterações significativas.

Novos processos de trabalho emergem, onde o *cronômetro* e a *produção em série e de massa* são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado. (ANTUNES, 2006 p. 24, grifo do autor).

O desenvolvimento das forças produtivas e o desenvolvimento da sociedade capitalista transformam as relações sociais, agudizam as expressões da questão social e interferem diretamente no trabalho em saúde

Para Paulo Netto (2001) o Serviço Social não atua diretamente na produção de algo material. O seu trabalho possui uma capacidade interventiva, atuando diretamente com a classe trabalhadora e os usuários no desenvolvimento de ações, com o objetivo de fortalecer o acesso aos direitos sociais. Embora, o Serviço Social não tenha a função de produzir bens materiais, ele atende contraditoriamente o capital por meio das políticas públicas, uma vez que a profissão surgiu neste contexto social e está inserida na divisão social do trabalho como mediador, desenvolvendo ações determinadas pelo Estado e pelas instituições.

Na saúde a compreensão da categoria trabalho é importante para que os trabalhadores reflitam criticamente sobre o seu trabalho e o direcionamento do mesmo para a classe trabalhadora. Acrescenta-se nesta reflexão que o posicionamento ético e o comprometimento com a classe trabalhadora brasileira são fundamentais. Segundo Barroco (2008), a ética está na construção sócio histórica do ser social, e significa que a partir do momento que o homem rompe com a natureza para satisfazer suas necessidades ele passa a se construir como um novo ser.

O Serviço Social como categoria profissional que atua ao lado da classe trabalhadora, na defesa e garantia de direitos, é uma importante para a profissão e contribui na construção do SUS constitucional. Martinelli (1995, p. 17), ao analisar a identidade da profissão, ressalta que:

[...] mais do que uma categoria filosófica, dotada de estatuto lógico e otológico, a identidade profissional está sendo pensada dialeticamente, como uma categoria política e sócio-histórica que se constrói na trama das relações sociais, no espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que a engendram e são por elas engendradas.

Nesse sentido, o Serviço Social brasileiro é uma profissão que se constrói na divisão social e técnica do trabalho, entre o conflito da burguesia e da classe trabalhadora. Para Paulo Netto (1992, p. 23), o surgimento do Serviço Social como profissão está vinculado à emergência da questão social, “[...] como o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que reclamados pela classe operária no curso da consolidação do capitalismo monopolista, atrelada aos conflitos da relação capital/trabalho.” O autor esclarece que o Estado assume no capitalismo monopolista, no que toca às políticas sociais, o papel de “conciliador/mediador”, entre os interesses antagônicos da burguesia e proletariado.

O Serviço Social caracteriza-se como uma profissão investigativa e interventiva que atua diretamente na realidade social, nesse sentido, o assistente social trabalha com as mais variadas expressões da questão social que é:

[...] apreendida como o conjunto expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1982, p. 27).

A profissão teve seu surgimento atrelado à Igreja Católica, na década de 1930, e era vista como uma filantropia e ajuda aos mais necessitados, como prática assistencialista e voluntária (MARTINELLI, 1995). Além disso, era uma profissão para as mulheres, no sentido de que deveriam contribuir para a sociedade, pois eram vistas como as responsáveis pelos cuidados com as tarefas domésticas e com a família.

De acordo com Faleiros (2001, p. 88) “[...] o trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida.”

Portanto, a profissão surge com um viés conservador, sendo utilizada pelo capital para a manutenção da ordem vigente e uma forma de amenizar os conflitos entre as classes sociais, visto que, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho na passagem do século XIX para o século XX, afetaram a vida da população e agudizaram as expressões da questão social. O capital “[...] gera o mundo da cisão, da ruptura, da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida, na luta pela superação da sociedade burguesa. (MARTINELLI, 2005, p.54).

A visão do assistente social no início da profissão era ingênua e maniqueísta: “[...] ingênua porque pressupunha a solução dos problemas globais partindo de cada um deles isoladamente. Maniqueísta porque dividia o mundo entre bons e maus, abusadores e não-abusadores, rebeldes e integrados.” (FALEIROS, 2001, p. 89). E essa visão da profissão é resultado do contexto histórico e social do surgimento do Serviço Social no Brasil, pois os determinantes sociais da época motivaram os assistentes sociais a terem essa visão da categoria profissional.

O primeiro curso para exercício da profissão foi realizado em São Paulo pelo Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) em 1932, e era voltado para mulheres jovens e católicas, representantes da burguesia (MARTINELLI, 1995). As ações interventivas da profissão nas instituições estavam vinculadas à prestação de serviços aos mais pobres e marginalizados. Segundo Martinelli (2005, p. 66):

[...] a origem do Serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido.

A profissão nasceu ancorada na prática assistencialista e era vista pelo Estado apenas para solucionar os problemas e amenizar os conflitos com a classe trabalhadora. Ao longo dos anos, a profissão sofreu interferência de várias correntes teóricas, metodológicas e de formas de intervenção distintas. A partir dos anos de 1940, a profissão sofre a influência norte americana e o direcionamento para a atuação profissional segue orientada pelo projeto desenvolvimentista, adotado no Brasil a partir de alianças políticas com os Estados Unidos. Iamamoto (2000) reflete que neste momento, o rompimento da profissão com a sua origem católica se dá com o surgimento e inserção no mercado de trabalho a partir das grandes instituições que surgem e o assalariamento da força de trabalho.

A expansão da profissão vinculada à ideologia desenvolvimentista é profundamente analisada por Iamamoto (2000) e Castro (2010), demonstrando a estreita relação do Serviço Social brasileiro e da América Latina com a hegemonia norte-americana no pós Segunda Guerra Mundial na década de 1940. O projeto desenvolvimentista leva a uma nova atuação do profissional, voltada para o Desenvolvimento de Comunidade, estreitamente vinculada à orientação teórica e metodológica funcionalista.

Para Yamamoto (2000), a expansão da profissão não conseguiu incorporar de maneira coerente às particularidades nacionais, quer seja no discurso quer seja na prática, e se colocou acima das lutas de classes e negou o caráter antagônico dos interesses de classes. Contudo, o Desenvolvimento de Comunidade, como técnica ou campo da intervenção profissional, teve um papel fundamental na conversão do apostolado em agente de transformação. Na análise de Castro (2010), é a partir desta nova identidade que começa a tomar corpo a reflexão alternativa, que se manifestará posteriormente no processo conhecido como reconceituação.

O Movimento de Reconceituação, iniciado na década de 1960, foi um importante marco para o Serviço Social no continente latino americano, a partir da intenção de ruptura com o conservadorismo, historicamente presente na profissão, para uma diferenciação e redefinição do seu papel na sociedade. Segundo Faleiros (1987, p. 51): “[...] a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora.”

De acordo com Paulo Netto (2008), a partir do Movimento de Reconceituação, inicia-se uma busca pelo pluralismo na profissão e a adoção de novas teorias capazes de explicar com profundidade a realidade da sociedade capitalista. A aproximação do Serviço Social com o pensamento marxista, a categoria passa a ter um novo olhar para a realidade social e um novo tipo de intervenção, considerando as contradições, os conflitos, ou seja, a estrutura da sociedade capitalista, de exploração e dominação, tendo como referência a realidade social, com a finalidade de compreendê-la de forma mais totalizante.

O Movimento de Reconceituação, portanto, foi responsável por uma transformação no interior da categoria profissional, seja em suas bases teóricas, assim como na prática profissional. O recente Código de Ética de 1993 (CFESS, 1993), expressa e materializa essas transformações. Ele tem o direcionamento claro na defesa e garantia dos direitos sociais, e a busca por uma sociedade justa e igualitária.

A categoria profissional passa a ter uma dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política com a aproximação com a teoria social crítica. Tais dimensões são indispensáveis para uma atuação crítica e comprometida do Serviço Social e estão explicitadas no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 (CFESS, 1993), que tem como princípios fundamentais a defesa intransigente dos

direitos humanos, posicionamento em favor da equidade e justiça social e garantia de pluralismo profissional, com respeito a todas correntes teóricas democráticas que compartilham dos mesmos princípios e valores da categoria profissional.

O Serviço Social passa a ser reconhecido não somente como uma prática interventiva, mas também com uma profissão que produz conhecimentos cientificamente capaz de explicar criticamente as relações sociais e as situações do cotidiano profissional. Essa relação da teoria e prática não deve ser vista como uma dicotomia, uma vez que a teoria e a prática se complementam, “[...] teoria e prática mantêm uma relação de unidade na diversidade, formam uma relação intrínseca, sendo o âmbito da primeira o da possibilidade e o da segunda o da efetividade”, explica Santos (2010, p 5).

Sendo assim, a relação teoria e prática faz parte de um movimento histórico e dialético que se dialogam permanentemente, ou seja, para interpretar algo de forma dialética, deve-se partir do real para as ideias, do que é concreto e vivo.

A partir da aproximação com o marxismo o Serviço Social passou a buscar uma compreensão da realidade sem reducionismos, buscando romper com a aparência e imediaticidade das relações. A partir do materialismo histórico dialético, a profissão passou a fazer aproximações e mediações com a realidade social. Para Pontes (1997, p. 154-155), a categoria mediação, assim como as dimensões interventiva e investigativa, indispensáveis para o exercício profissional, é necessária para a intervenção profissional para se aproximar da essência das relações, pois não é possível fragmentar o real e interpretá-lo sem fazer uma conexão com os elementos que o compõe:

O estudo do método dialético marxista, enquanto situado como uma das concepções teórico-metodológica dentro do Serviço Social, vem sendo tematizado há, no mínimo, vinte anos. A tentativa de aprofundar o estudo sobre a categoria de mediação – uma das medulares categorias que infibram a concepção dialética a de Marx – e é resultante deste processo, de amadurecimento teórico da profissão.

Portanto, para aprofundar a compreensão da categoria do trabalho em saúde, é fundamental essa reflexão. A mediação surge como uma forma de organizar as situações para que elas sejam compreendidas da melhor forma, pois no cotidiano profissional, a categoria lida com situações que demandam soluções rápidas e objetivas, sem perder a criticidade. Dessa forma, para compreender o histórico da profissão e sua relação com a construção da política social e de saúde no Brasil, é

preciso partir de um fenômeno universal para a compreensão de uma situação particular, assim como em todas as situações do cotidiano na saúde.

Na área da saúde, assim como em outras áreas de atuação, o assistente utiliza a mediação no atendimento direto aos usuários, uma vez que a mediação é uma categoria ontológica, pois faz parte do contexto social e é construída historicamente, além de ser um movimento dinâmico do real.

O Serviço Social brasileiro tem uma participação ativa na defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública do Estado, universal e integral. A profissão participa de maneira ativa no processo de gestão da saúde, atuando na organização de serviços, planejamento, execução e avaliação de programas, no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente. Especialmente nos municípios, onde se realiza efetivamente o trabalho e se concretizam as ações de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas sociais. (SARRETA; BERTANI, 2011, p. 34).

Ainda, segundo as autoras:

A profissão vem produzindo conhecimentos e experiências para o enfrentamento dos desafios vivenciados nesta área, provocando o alargamento da prática profissional, que, associada à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, vem legitimando o trabalho e ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social. Sobretudo, o Serviço Social se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população – trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como expressões da questão social. (SARRETA; BERTANI, 2011, p. 34).

O compromisso profissional do assistente social está direcionado pela qualidade dos serviços oferecidos, na produção teórico-científica, buscando estratégias qualificadas para o enfrentamento dos desafios e respostas no âmbito das políticas públicas, e da política de saúde.

O Serviço Social é uma profissão – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sociotécnica do trabalho – com estatuto jurídico reconhecido (Lei 8.669, de 30 de junho de 1993); enquanto profissão, não é uma ciência nem dispõe de teoria própria; mas o fato de ser uma profissão não impede que seus agentes realizem estudos, investigações, pesquisas etc. e que produzam conhecimentos de natureza teórica, incorporáveis pelas ciências sociais e humanas. Assim, enquanto profissão, o Serviço Social pode se constituir, e se constituiu nos últimos anos, como uma área de produção de conhecimentos [...]. (PAULO NETTO, 2012, p. 12).

O projeto profissional da categoria tem a liberdade como valor central, e reflete o compromisso com a autonomia e a busca pela emancipação dos sujeitos. Essa

dimensão associada à perspectiva socioeducativa permite o fortalecimento da classe trabalhadora, para que reconheça os seus direitos e passe a se mobilizar e organizar para sua efetivação.

Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais. Afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 4).

Ainda neste sentido,

Ao viabilizar o acesso a um recurso material concreto ou contribuir com o acesso a um direito do usuário, o(a) assistente social não apenas repassa o material, mas o faz dentro de um processo educativo, que exige diálogo competente, troca de informações, orientações, potencialização da organização e mobilização dos sujeitos para a conquista dos seus direitos. A dimensão socioeducativa é, portanto, fundante na identidade do Serviço Social. O trabalho do(a) assistente social situa-se predominantemente no campo político-ideológico. (JACINTO, 2017, p. 88).

O projeto profissional inclui, do mesmo modo, valores, ideias e opções ético-políticas e teórico-metodológicas que assinalam o compromisso da categoria com a classe trabalhadora brasileira.

Na atualidade, de acordo com Paulo Netto (2012), existem na sociedade projetos em disputa, que vão contra os princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social. São projetos aliados ao neoliberalismo, responsável pela redução dos direitos sociais, a privatização dos serviços e a focalização de políticas públicas e de afastamento do papel do Estado na garantia dos mínimos sociais para a população.

O Projeto de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970, é um movimento inacabado e precisa ser cada vez mais fortalecido. O projeto possui pontos em comum com o Projeto do Serviço Social.

O projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a liberdade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206).

Portanto, o Projeto Ético-Político do Serviço Social está em consonância com o Projeto de Reforma Sanitária, na defesa dos princípios e diretrizes do SUS, e reafirmam o trabalho em saúde na defesa dos direitos sociais da população. De acordo com Miotto e Nogueira (2006, p. 222), “[...] a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social”, são pontos em comuns entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária.

3.2 As atribuições do assistente social na saúde

O Serviço Social é considerado uma profissão da saúde, conforme a Resolução do CFESS Nº 383 de 1999 (CFESS, 1999), que caracteriza em seu artigo 1º o assistente social como profissional da saúde, atuando por meio de políticas sociais.

O aprofundamento científico, sobre os determinantes do trabalho profissional e dos instrumentos próprios da profissão, ajuda na elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais e de saúde. A dimensão interventiva e investigativa está estabelecida no projeto profissional como condição central da formação e da relação teoria e realidade. A atitude investigativa é um suposto para a sistematização teórica e prática do exercício profissional, assim como para a definição de estratégias e o instrumental técnico que potencializam as formas de enfrentamento da desigualdade social (CFESS, 2010).

A postura investigativa afirma-se como parte constitutiva do exercício do assistente social e os requisitos para o desenvolvimento da pesquisa científica (GUERRA, 2009, p. 16): “[...] aqui se coloca a dimensão investigativa: ela é a dimensão do novo – questiona, problematiza, testa as hipóteses, permite revê-las, mexe com os preconceitos, estereótipos, crenças, superstições, supera a mera aparência, por questionar a ‘positividade do real’.” A autora coloca dois desafios à profissão:

- 1) investir na pesquisa qualificada que responda às requisições dos sujeitos coletivos que demandam a profissão (e não apenas as do mercado de trabalho) cujo resultado seja o investimento na organização de tais setores. Neste âmbito, o assistente social pode buscar as mediações e/ou sistemas de mediações capazes de desencadear possibilidades de acesso deles aos canais institucionais; 2) investir em uma política nacional de pesquisa socialmente compromissada, que trate de aspectos relevantes para a sociedade brasileira, especialmente para a classe trabalhadora e suas formas de organização. (GUERRA, 2009, p. 17).

O desenvolvimento de análises, estudos e pesquisas, deve partir de situações concretas da realidade, abrangendo os condicionantes históricos, sociais, econômicos, culturais, as contradições e conflitos presentes na realidade, desvendando o que é imediato, indo além do que está aparente.

No que diz respeito ao trabalho profissional na Santa Casa de Franca/SP, a categoria busca esse aprofundamento teórico e de conhecimento do próprio trabalho. Ao traçar o Planejamento Estratégico, é possível apreender as maiores potencialidades e fragilidades do trabalho, buscando um aperfeiçoamento contínuo para uma melhor intervenção profissional.

De acordo com o Planejamento Estratégico³ da categoria na instituição, a principal missão é Intervir nas manifestações da questão social identificadas no atendimento hospitalar e ambulatorial, segundo princípios do Projeto Ético-Político, para recuperação e promoção da saúde e cidadania, buscando aprimorar as relações dentro da instituição e também com outros setores para garantia do acesso da população usuária aos direitos e fortalecimento do SUS, com compromisso à dignidade da vida humana (SANTA CASA, 2016).

Essa visão da categoria reflete os princípios fundamentais do SUS, que visam a garantia de acesso universal e com equidade tanto para prevenção como também para recuperação da saúde dos indivíduos.

Os valores defendidos pelo Serviço Social da instituição estão, em sua maioria, em consonância com os princípios do Código de Ética dos Assistente Social (1993), no que diz respeito à manter atitude responsável, comprometida, disciplinada e colaborativa; praticar a humanização do atendimento e das relações com equidade; atuar com ética, honestidade, dentro dos princípios da legalidade; cultivar a transparência e o respeito nas relações com a sociedade; oferecer ambiente que inspire a dignidade e a confiança de seus colaboradores; investir continuamente em tecnologia e capacitação de seus trabalhadores e otimizar a gestão dos recursos na construção da sustentabilidade (SANTA CASA, 2016).

A categoria dentro da instituição busca sempre o fortalecimento em rede, realizando a articulação com os Conselhos Municipais, movimentos sociais, profissionais da saúde e de outras áreas de compartilham os mesmos princípios e

³Disponível em Anexo B

valores da profissão, além da articulação com órgãos públicos que tenham o compromisso com a defesa dos direitos da população.

Esse trabalho em rede é de extrema importância para atender as demandas complexas da profissão, uma vez que, a saúde não está apenas relacionada à doença e a fatores biológicos. Segundo Neves (2009, p. 149), “[...] as redes podem ainda ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns.” Dessa forma, o trabalho em rede possibilita que a população tenha um acesso a vários equipamentos institucionais que contribuem para o acesso aos direitos como medicamento, recursos hospitalares para recuperação da saúde e também acesso a políticas de proteção social. De acordo com Sarreta (2012, p. 45), “[...] a perspectiva interdisciplinar, permite a troca de experiências e ressalta a responsabilidade compartilhada na construção cotidiana do direito à saúde, capaz de atender as demandas contemporâneas.” A perspectiva da intersetorialidade também deve fazer parte do trabalho da categoria, pois o trabalho com os demais setores que atuam na defesa e promoção dos direitos da população é fundamental para o acesso aos direitos sociais.

Além disso, tendo em vista que a saúde não é determinada somente pela ausência de doenças, o trabalho em rede com a assistência social e com outros espaços de fortalecimento de direitos e políticas públicas, é fundamental para garantir a saúde integral da população.

A categoria profissional da instituição considera como pontos fortes do trabalho a mediação/articulação interna e externa; criticidade no relacionamento; descentralização da prática profissional; respeito ao usuário; abertura para discussão entre equipes e o comprometimento profissional. Esses pontos refletem a importância do trabalho crítico e reflexivo do assistente social que constrói mediações a partir de determinada realidade para atender os usuários com comprometimento. Além disso, a discussão dos casos em equipe, reflete a importância do trabalho multiprofissional pois, facilita a comunicação em equipe, possibilita a discussão de casos em conjunto com todas as áreas e conseqüentemente isso interfere nos atendimentos dos usuários dos serviços de saúde (SANTA CASA, 2016).

As atividades realizadas pelo Serviço Social na Santa Casa são expressivas e refletem a responsabilidade profissional com os usuários. De acordo com o Plano de

Trabalho⁴ da categoria, dentre as atividades estão o atendimento social em que são realizadas avaliação social: investigação social, orientação e encaminhamento aos recursos necessários; atividades administrativas: reuniões me equipe e interdisciplinar, treinamentos, tabulação, indicadores de complexidade e registro de reunião e participação em comissões: na Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes com atividades socioeducativas, pesquisas, tabulação e análise de indicadores.

A supervisão de estágio reforça ainda o compromisso com a formação profissional, buscando: oferecer a oportunidade do profissional juntamente com o estagiário atuarem nas diversas manifestações da questão social, oportunizando a construção e/ou a socialização de conhecimentos e reflexões sobre o desenvolvimento da competência profissional; propiciar ao estagiário o desenvolvimento de sua capacidade de investigar, apreender criticamente, estabelecer proposições e intervir na realidade social; possibilitar momentos de reflexão crítica sobre a prática num esforço de ir além da lógica instrumental do agir profissional com a proposta de construir novas possibilidades para a intervenção profissional.

Todas essas ações do Serviço Social reforçam o compromisso da categoria com a classe trabalhadora na defesa dos direitos sociais e aos recursos de saúde, com o direcionamento para uma sociedade justa e igualitária. Porém, essa atuação é permeada por limites e desafios das próprias políticas de proteção social como do campo de trabalho.

O atendimento da população nos serviços de saúde tem sido marcado por grandes impasses, desde a efetividade no direito ao acesso ao serviço, até a integralidade no atendimento. Conseqüentemente, essa situação se faz presente no cotidiano do assistente social, onde os usuários da saúde buscam alternativas para efetivação do direito aos serviços de saúde. Frente a uma miríade de demandas está o desafio posto ao profissional .

O contexto político e econômico que se apresenta no país, pode justificar conseqüências na efetivação das políticas sociais, mas também para a população usuária dos serviços de saúde. Num contexto de precarização das condições de trabalho, a classe trabalhadora vive cotidianamente as refrações do capital na sociabilidade capitalista, as quais se manifestam nas mais diversas formas, seja nas

⁴ Disponível em Anexo A.

condições objetivas e organização do trabalho, na expropriação da força humana de trabalho, na mesma intensidade, o aumento dessa população nos serviços de saúde da rede pública.

Principalmente nas grandes cidades, o quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química etc., e, conseqüentemente, aumentando a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde. (VASCONCELOS, 2002, p. 29).

Nessa direção, os usuários dos serviços de saúde buscam pela efetivação desse direito, mas deparam-se com o desmantelamento, a desarticulação dessa política e de seus trabalhadores. Este é o retrato da crise estrutural que se revela na realidade desses sujeitos, em especial na saúde.

É importante reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo de saúde/doença. (COSTA, 2000, p.35).

O exercício profissional do Assistente Social na contemporaneidade pauta-se nas expressões das desigualdades sociais, que por sua vez é fruto do modo de acumulação capitalista. A questão social em seu ápice necessita de um profissional que vem atuar nas suas expressões.

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 2000, p. 41).

O assistente social tem um papel importante neste processo de democratização do SUS. Costa (2000) elucida o compromisso Ético-Político profissional do assistente social, diante sua competência técnica-operativa e teórico-metodológica, em dar respostas aos impasses para a efetivação da saúde pública. Tais impasses são reflexos da desigualdade social, da distribuição descomedida dos bens e serviços construídos historicamente pelos sujeitos coletivos. De acordo com Martinelli:

No plano das políticas públicas e de sua operacionalização, há dificuldades de se estabelecerem princípios realmente educativos que busquem efetivar

acesso e garantia de direitos para os sujeitos que são demandantes das práticas institucionais. (MARTINELLI, 2011, p. 6).

Diante da realidade, contraditória e complexa, mas repleta de possibilidades, é que estão os assistentes sociais atuantes nos diversos espaços de trabalho e de legitimação do direito e da coisa pública. Nessa direção estão os profissionais, trabalhadores da saúde, que no cotidiano criam estratégias para a superação da contradição entre aquilo que está disposto na lei e o não acesso aos serviços de saúde.

Não obstante as lutas pela efetivação de um projeto profissional que busca a ruptura com o conservadorismo profissional, o que se identifica na saúde são ações arraigadas às exigências do capital e pouca visão crítica. Ainda que essa prática não seja condizente com a expectativa individual de cada profissional, a exigência de respostas imediatas impostas no cotidiano traz ao Assistente Social uma dicotomia entre discurso e projeto profissional.

Refletir a inserção do Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde nos traz balizas mais claras sobre as origens dos limites postos ao nosso exercício profissional – limites tanto estruturais da política e dos serviços de saúde, bem como das características próprias da constituição da profissional no país – que uma vez identificados nos dão melhores condições para enfrentarmos a realidade e construirmos estratégias, possíveis e coletivas, para o aprimoramento do exercício profissional comprometido com os direitos dos usuários do SUS. (MATOS, 2013, p. 67).

Um dos desafios marcantes nos espaços de saúde é a dificuldade de trabalhar em equipe, pois o trabalho em saúde exige profissionais comprometidos na defesa da saúde de seus usuários. Muitas vezes dentro das instituições existe muitas cobranças em relação aos atendimentos realizados, e os assistentes sociais são solicitados para enfrentar e solucionar demandas complexas em um tempo muito curto.

De acordo com Sarreta (2012), as transformações societárias estão sendo responsáveis por um novo padrão de trabalho, com características de mercadoria, que se preocupam apenas com a imediatividade das situações sem levar em consideração os determinantes de cada situação particular. Ao analisar o significado do trabalho em saúde, segundo Sarreta (2010, p. 115):

Expressam sentimentos tanto positivos quanto desmotivadores e conflituosos. São sentimentos diretamente influenciados pelas condições de trabalho – políticas, sociais, técnicas, éticas, materiais, que se referem à valorização do trabalhador como sujeito protagonista do processo de trabalho, mas também a desvalorização do trabalhador e de seu próprio

trabalho, expressa na postura da chefia, direta e/ou indireta, e no direcionamento dado ao trabalho.

Além disso, as condições de vida dos usuários atendidos e dos trabalhadores da saúde interferem diretamente no atendimento oferecido.

A pobreza, o sofrimento, a falta de perspectiva, interfere na disposição do trabalhador, levando-o a sentimentos de incapacidade e impotência diante da realidade apresentada. Por outro lado, torna-se evidente que quando o trabalhador se sente útil e percebe que sua ação ajuda no atendimento oferecido ao usuário, há um sentimento de satisfação pessoal e profissional, subjetiva e concreta. Desse modo, as contradições apresentadas pelo trabalho na saúde são complexas e envolvem uma postura de compromisso com a vida humana. (SARRETA, 2010, p. 115)

Isso reflete o novo padrão de trabalho (ANTUNES, 1999), em que são exigidos profissionais qualificados, visando a competitividade para contribuir no aumento da produção, fazendo com que o trabalho não seja mais pensado e construído, e sim burocrático, mecânico e repetitivo, não atendendo as reais necessidades dos usuários atendidos.

Outro desafio que expressa a falha da política de saúde é a falta de ações preventivas, na atenção básica, com um trabalho interventivo na promoção da saúde. Essa falta de ações aumenta o número de demandas da alta complexidade pois a população adocece mais e isso exige uma intervenção mais especializada, aumentando conseqüentemente o número de usuários atendidos pelo Serviço Social.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil, dentro da atenção básica de saúde, têm um papel estratégico no SUS que é o de promover, prevenir e proteger a saúde da comunidade por meio da visão integral e garantia de acesso aos serviços por meio da proximidade com a comunidade. (MARTINS, 2010, p. 54).

Os desafios do trabalho em saúde são expressivos e estão associados a deficitária política de saúde do Brasil, que interfere nas condições concretas do trabalho em saúde.

Verifica-se a tendência de fragmentar os usuários dessas políticas segundo características de geração - jovens, idosos, crianças e adolescentes -, de gênero e étnico-culturais - mulheres, negros e índios -, abordados de forma transclassista e em sua distribuição territorial, o que ocorre em detrimento de sua condição comum de classe. (IAMAMOTO, 2009, p. 9).

De acordo com Planejamento Estratégico do Serviço Social da Santa Casa de Franca, os principais desafios dentro da instituição são: a omissão do poder público

com políticas públicas fragmentadas e insuficientes; o número insuficiente de assistentes sociais para atender as demandas. Limite institucional com diversidade de condutas comprometedoras, divergindo do objetivo da Instituição; a divergências de opiniões entre os profissionais da saúde; as condições de trabalho e sobrecarga da equipe; a ausência de política pública para recurso após alta hospitalar; e o aumento de casos de alta complexidade (SANTA CASA, 2016)

Além disso, a categoria apresenta como pontos fracos e que podem ser melhorados: a imediatividade na prática cotidiana; a falta de trabalho preventivo/orientação; o trabalho com grupo e o trabalho coletivo; o administrativo; a segurança no trabalho e integridade emocional e física; o espaço físico e sigilo; e o atendimento ao usuário externo (SANTA CASA, 2016). Estes desafios são expressivos e refletem a importância do trabalho do assistente social neste espaço de atuação e como a análise e o reconhecimento de seu trabalho é importante para que as chefias da instituição reflitam sobre essa atuação profissional e o seu verdadeiro sentido.

O assistente social no exercício profissional vislumbra a realidade concreta que atua, identificando as particularidades do entorno que envolve seu cotidiano, bem como os determinantes em saúde e como eles se fazem presentes na atuação profissional. Portanto, a qualificação e formação profissional continuada são inerentes à qualidade dos serviços prestados à população usuária, possibilitando superação da dicotomia entre teoria e prática; prática profissional e projeto profissional, visando responder de forma ética e competente as demandas colocadas no campo da saúde.

A profissão passou por um momento de ruptura com o conservadorismo, buscando a efetivação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, pautado na liberdade como valor ético central, compromisso com a emancipação humana e expansão dos indivíduos sociais, tendo como fundamento da intervenção profissional as expressões da questão social.

Destarte, é preciso apropriar-se dos fundamentos teórico metodológico, ético-político e procedimentos técnico-operativos, focando na visão crítica da realidade, que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira e burocrática, na defesa intransigente pela política pública de saúde, plena garantia dos direitos sociais e fortalecimento da participação popular.

3.3 A atuação profissional do Serviço Social na Santa Casa de Franca

As atribuições do assistente social na saúde oferecem aos profissionais subsídios para a atuação profissional e qualificam essa atuação nos diferentes espaços. Essas atribuições são orientadas pelo Código de Ética da Profissão e pela Lei de Regulamentação da Profissão (1993), que asseguram os direitos e deveres dos assistentes sociais. Em relação aos direitos profissionais, cabe destacar: a garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, a liberdade para o exercício da profissão, a participação e elaboração de políticas sociais, a inviolabilidade do espaço de trabalho, arquivos e documentações, o aprimoramento profissional e a autonomia do exercício da profissão com liberdade para realizar estudos e pesquisas (CFESS, 1993).

Além disso, o assistente social tem atribuições interventivas privativas à categoria profissional, conforme estabelecido pelo CFESS. Entre as atribuições privativas estão:

Formular e executar os programas, projetos, benefícios e serviços próprios da Assistência Social, em órgãos da Administração Pública, empresas e organizações da sociedade civil;
Elaborar, executar e avaliar os planos municipais, estaduais e nacional de Assistência Social, buscando interlocação com as diversas áreas e políticas públicas, com especial destaque para as políticas de Seguridade Social;
Formular e defender a constituição de orçamento público necessário à implementação do plano de Assistência Social;
Favorecer a participação dos(as) usuários(as) e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento público;
Assessorar os movimentos sociais na perspectiva de identificação de demandas, fortalecimento do coletivo, formulação de estratégias para defesa e acesso aos direitos; Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre acesso e implementação da política de Assistência Social;
Realizar estudos sócio-econômicos para identificação de demandas e necessidades sociais. (CFESS, 2012, p. 12).

Em relação ao trabalho na saúde, o assistente social atua no atendimento direto aos usuários por meio de atendimentos individuais ou em grupo, com equipe multiprofissional, reforçando os princípios da Reforma Sanitária. A categoria atua em eixos estratégicos na saúde. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2014), os eixos são: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social;

investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2014, p. 39).

Os atendimentos aos usuários são realizados em diferentes espaços de saúde, como unidades de Estratégia de Saúde da Família, postos de saúde, hospitais, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) e outras instituições sejam elas públicas ou privadas. São atendimentos que demandam ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação interdisciplinar (CFESS, 2014).

Com o agravamento das contrarreformas na saúde e o retrocesso nos princípios fundamentais do SUS, as demandas que chegam até os assistentes sociais são cada vez mais complexas e refletem essa precarização dos serviços de saúde. Dentre as principais demandas, estão a demora no atendimento, a falta de recursos materiais para a recuperação da saúde, a burocratização dos serviços e a prática curativa nos espaços de saúde.

Para elucidar essas atribuições do trabalho em saúde, as principais demandas profissionais e as respostas da categoria a essas demandas, os gráficos abaixo permitem uma visualização dos atendimentos do Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP. Os gráficos representam os atendimentos realizados pelo Serviço Social entre os meses de janeiro a agosto de 2017.

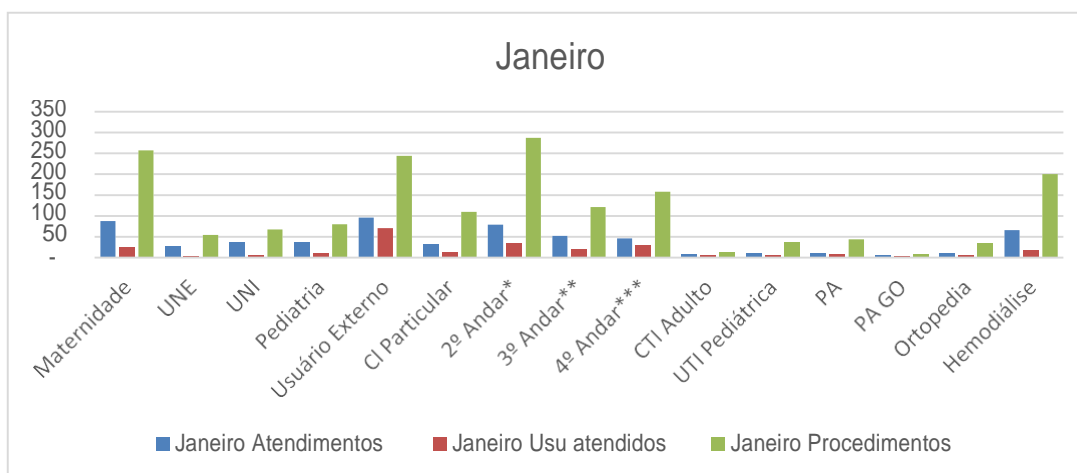
Os atendimentos estão divididos em: números de atendimentos, número de usuários atendidos e o número de procedimentos realizados, ou seja:

- número de atendimentos refere-se a quantidade de atendimentos realizados pelo Serviço Social em todos os setores;

- número de usuários atendidos refere-se a quantidade de usuários atendidos pelo Serviço Social e,

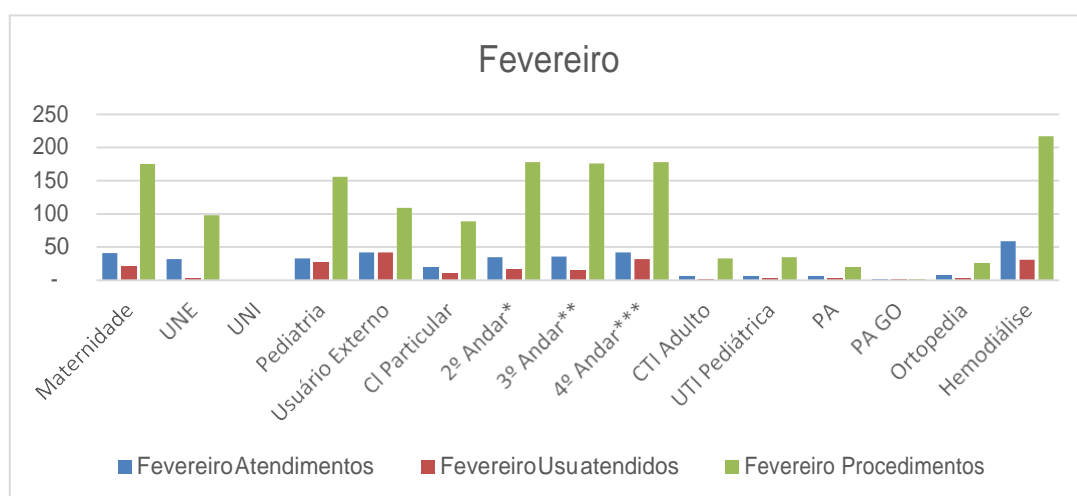
- número de procedimentos realizados refere-se a quantidade de procedimentos realizados com cada usuário, como por exemplo, encaminhamentos, orientações, telefonemas, relatórios dentre outros procedimentos necessários.

A coluna azul representa o número de atendimentos, a coluna laranja o número de usuários atendidos e a coluna cinza o número de procedimentos realizados.

Gráfico 1 – atendimentos do Serviço Social de Janeiro/2017

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

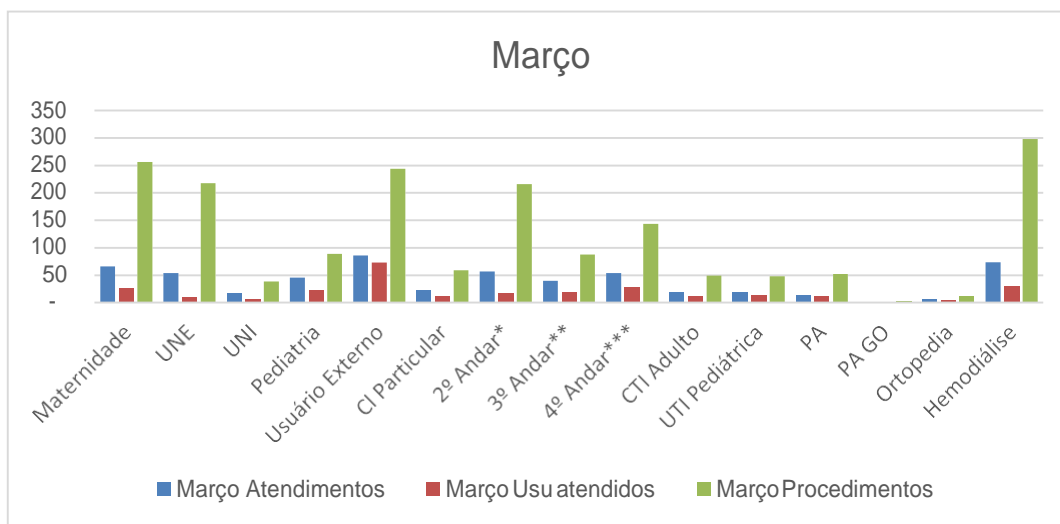
O Gráfico 1 demonstra a quantidade expressiva de número de procedimentos realizados pelo Serviço Social da instituição. Isso reflete que, para um usuário são necessárias diversas intervenções profissionais, seja no sentido de orientações, encaminhamentos ou relatórios. Os procedimentos realizados demandam um maior tempo de intervenção profissional, e isso reflete o quanto o número de assistentes sociais da instituição é baixo em relação ao número de usuários e procedimentos realizados. No mês de janeiro é bastante expressivo o número de usuários atendidos na Maternidade, Usuários Externos, 2º andar e Hemodiálise.

Gráfico 2 – atendimentos do Serviço Social de Fevereiro/2017

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Durante o mês de fevereiro, o gráfico 2 mostra que houve uma queda no número de procedimentos realizados nos setores do hospital com exceção para a UNI que teve uma queda no número de usuários atendidos e número de procedimentos, e Hemodiálise, que teve um aumento no número de procedimentos realizados assim como na UNE.

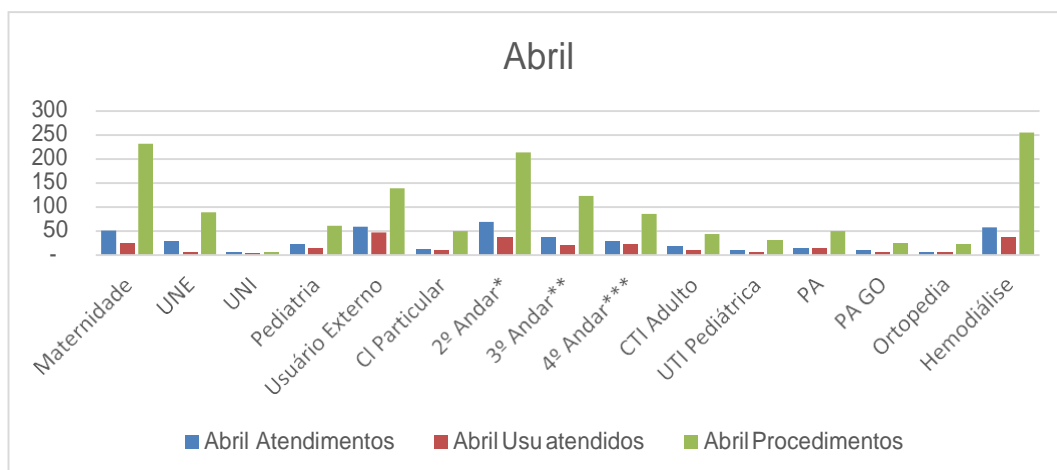
Gráfico 3 – Atendimentos do Serviço Social de Março/2017



Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Durante o mês de março houve um aumento expressivo do número de atendimentos na Maternidade e Hemodiálise, tanto em relação aos atendimentos realizados, como também, em relação a quantidade de procedimentos, assim como os procedimentos realizados com UNE, Usuário Externo e 2º andar.

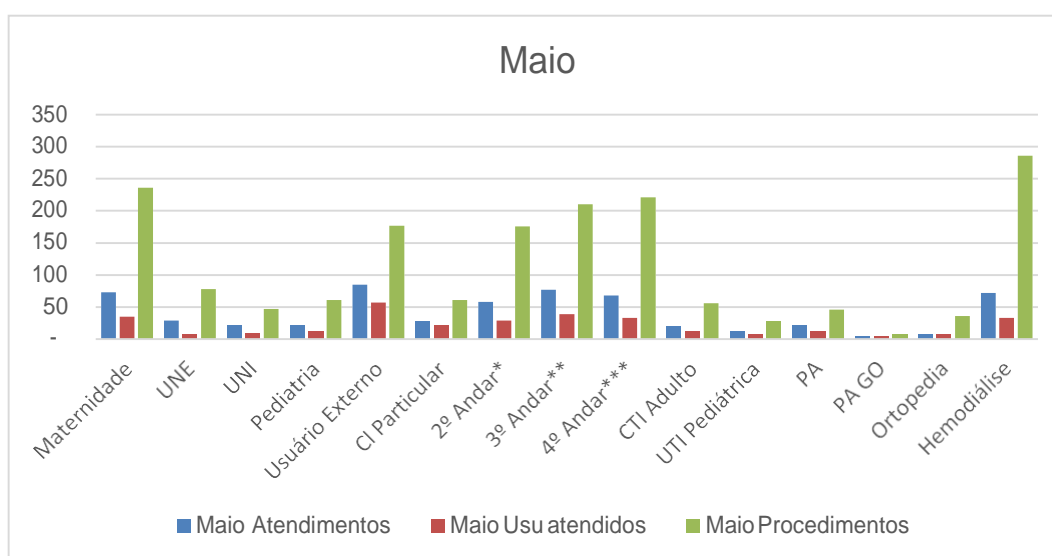
Gráfico 4 – Atendimentos do Serviço Social de Abril/2017



Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

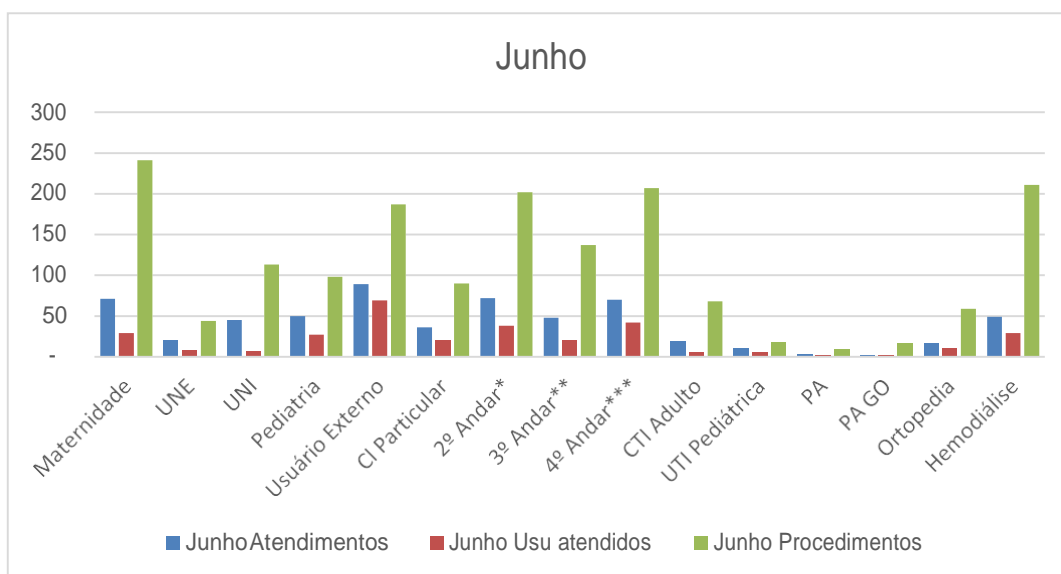
O gráfico do mês de abril reflete uma queda do número de atendimentos realizados com os Usuários Externos, ou seja, com familiares, acompanhantes ou responsáveis pelos usuários hospitalizados; e também, na UNE. O número de atendimentos e procedimentos realizados na Maternidade e Hemodiálise manteve-se alto, assim como nos meses anteriores.

Gráfico 5 – Atendimentos do Serviço Social de Maio/2017



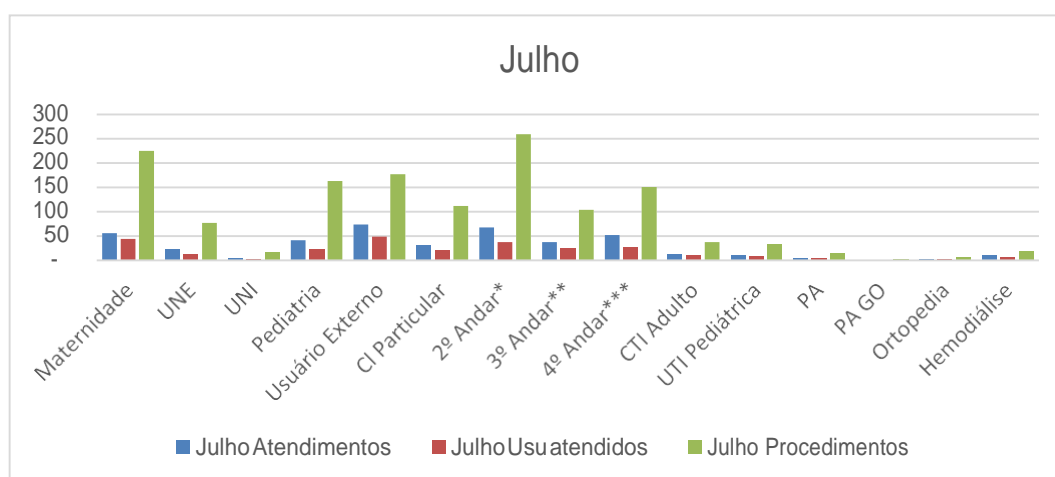
Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Durante o mês de maio houve um aumento no número de usuários atendidos na Hemodiálise e o número dos demais setores manteve-se sem alteração significativa, com exceção da UNE que teve uma queda expressiva. E, no mês de junho, gráfico 6, não houve mudanças significativas no número de usuários atendidos e de procedimentos realizando, mantendo similaridade com os meses anteriores, como pode ser observado a seguir:

Gráfico 6 – Atendimentos do Serviço Social de Junho/2017

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

O mês de julho, conforme demonstra o gráfico 7, representa uma queda significativa no número de atendimentos, usuários atendidos e o número de procedimentos realizados, em todos os setores.

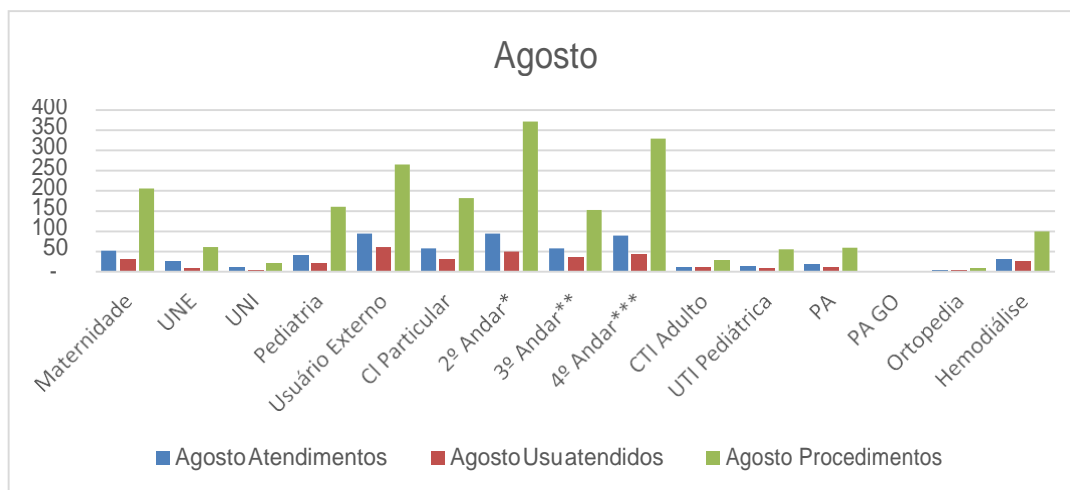
Gráfico 7 – Atendimentos do Serviço Social de Julho/2017

Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Em julho, portanto, o setor que teve a maior queda foi a Hemodiálise, se comparado com os meses anteriores. Em contato com o Serviço Social da Santa Casa, foi informado que essa queda se deve ao fato do desligamento de uma assistente social que realizava os atendimentos na Hemodiálise e também nos outros

setores do hospital. Durante esse período, o atendimento teve que ser realizado pelas outras profissionais, sobrecarregando a carga de trabalho, uma vez que a demanda de atendimentos é muito expressiva.

Gráfico 8 – Atendimentos do Serviço Social de Agosto/2017



Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

Durante o mês de agosto o fluxo de atendimentos começou a ser reestabelecido, e o número dos atendimentos da Maternidade, Usuário Externo, 2º andar e 4º andar se manteve alto com exceção da Hemodiálise, pois durante o mês de agosto a instituição ainda não havia contratado um/a novo/a profissional para atuar neste setor.

De acordo com os dados quantitativos obtidos sobre o Serviço Social da Santa Casa de Franca/SP, os atendimentos de cada setor estão divididos em complexidades, de nível I, que representa o número mais baixo de complexidade, até o nível V que representa o número mais elevado de complexidade. Analisando os gráficos do período de 8 meses de atendimento (janeiro a agosto de 2017), pode-se observar que os setores com maior demanda de atendimentos são Usuários Externos, 2º andar e Maternidade, ou seja, resumidamente:

1. Setor de Usuários Externos com 625 atendimentos, sendo uma média de 104 atendimentos mês;
2. Setor do 2º andar possui 532 atendimentos em média, ou 88 por mês e,
3. Setor da Maternidade possui em média 498 atendimentos no período analisado, ou seja, 83 por mês.

No entanto, ao incluir nesta análise todos os setores, o Serviço Social realizou em 8 meses o total de 4.209 atendimentos, dando uma média de 526 atendimentos por mês, e 23 atendimentos realizados por dia por 5 assistentes sociais na Santa Casa de Franca.

Conforme abordado, as demandas de cada setor que chegam ao Serviço Social são complexas e em alguns casos possuem semelhanças, as quais serão apresentadas e detalhadas a seguir:

1. Demandas da Maternidade

- Pré-natal irregular;
- Falta de suporte familiar;
- Doenças psíquicas;
- Maternidade Precoce;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Resistência ao tratamento;
- Retirada de recém-nascido para adoção;
- Laqueadura;
- Situação de rua;
- Violência;
- Preparo de alta hospitalar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);

2. Demandas de Usuários Externos

- Falta de suporte familiar;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Doenças psíquicas;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Situação de rua;
- Preparo de alta hospitalar.

3. Demandas da Unidade Neonatal Interno (UNI)

- Retirada de recém-nascido para adoção;
- Doenças psíquicas;
- Pré-natal irregular;
- Falta de suporte familiar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Maternidade precoce;
- Situação de rua;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Violência;
- Preparo de alta hospitalar.

4. Demandas da Unidade Neonatal Externo (UNE)

- Pré-natal irregular;
- Falta de suporte familiar;
- Doenças psíquicas;
- Maternidade Precoce;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Violência;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Preparo de alta hospitalar.

5. Demandas da Pediatria

- Violência;
- Falta de suporte familiar;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Preparo de alta hospitalar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

6. Demandas da Clínica Particular

- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Falta de suporte familiar;
- Doenças psíquicas;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Situação de rua;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Preparo de alta hospitalar.

6. Demandas do 2º Andar

- Doenças psíquicas;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Abandono familiar;
- Falta de suporte familiar;
- Violência;
- Suicídio;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Preparo de alta hospitalar;
- Situação de rua;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

7. Demandas do 3º Andar

- Doenças psíquicas;
- Falta de suporte familiar;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Falta de suporte familiar;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Preparo de alta hospitalar;
- Situação de rua;

- Resistência a alta hospitalar.
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

8. Demandas do 4º Andar

- Deficiência;
- Doenças psíquicas;
- Falta de suporte familiar;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Dificuldade socioeconômica;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Preparo de alta hospitalar;
- Violência;
- Situação de rua;
- Resistência a alta hospitalar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

9. Demandas do CTI Adulto

- Óbito;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Violência;
- Preparo de alta hospitalar;
- Falta de suporte familiar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

10. Demandas da UTI Pediátrica

- Maternidade precoce;
- Preparo de alta;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;

- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Falta de suporte familiar.

11. Demandas do PMP

- Violência;
- Resistência ao tratamento;
- Situação de rua;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Falta de suporte familiar;
- Suicídio;
- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte);
- Preparo de alta hospitalar.

12. Demandas do Plantão GO

- Violência;
- Maternidade precoce;
- Retirada de recém-nascido para adoção;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

13. Demandas da Ortopedia

- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;
- Falta de suporte familiar;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Situação de rua;
- Preparo de alta hospitalar;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).

14. Demandas da Hemodiálise

- Dificuldade de acesso a medicação e recursos públicos;

- Falta de suporte familiar;
- Pobreza/Vulnerabilidade socioeconômica;
- Situação de rua;
- Uso de álcool, tabagismo e drogas;
- Violência;
- Suicídio;
- Resistência ao tratamento;
- Orientações sobre acesso a recursos de saúde (medicação, dieta, aparelhos e transporte).
- Deficiência

O gráfico 9, a seguir, representa de forma quantitativa, o número de demandas de cada setor atendido pelo Serviço Social na Santa Casa. Importante observar como as demandas são variadas e expressam as condições objetivas dos usuários atendidos. Apesar de serem demandas de diferentes naturezas, são expressivas e semelhantes em vários setores, o que demonstra que as manifestações da questão social estão presentes no cotidiano da população atendida.

Gráfico 9 – Demandas do Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP



Fonte: Elaborado por Gabriela Cristina Braga Bisco.

O gráfico 9 foi elaborado com a intenção de demonstrar quantitativamente, o número expressivo de demandas que chegam até o Serviço Social. Cabe destacar que as demandas são variadas e representam a realidade dos sujeitos atendidos, e

os rebatimentos das expressões da questão social na vida desses sujeitos. As maiores demandas são em relação à falta de suporte familiar, preparo de alta hospitalar, orientações sobre acesso a recursos de saúde e dificuldade de acesso à medicação.

De acordo com dados obtidos, os atendimentos na Maternidade representam os níveis VI e V de complexidade. Isso significa que as demandas deste setor são as mais distintas e necessitam de uma maior intervenção profissional, além de representarem as mais variadas expressões da questão social. Os atendimentos na Unidade Neonatal Interno (UNI) e Unidade Neonatal Externo (UNE), são semelhantes as demandas da Maternidade, pois em ambos os setores são atendidas mulheres grávidas que estão esperando o momento do parto ou que já tiveram seus bebês. A análise destes setores foi feita em conjunto para uma melhor interpretação dos dados.

A principal demanda apresentada nestes setores é a falta de pré-natal ou o pré-natal irregular, sem suporte familiar, o que perfaz 2% da demanda no Serviço Social nestes setores. O pré-natal é um direito garantido a todas mulheres grávidas e deve proporcionar o bem estar físico e emocional durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto. O acolhimento das mulheres desde o início da gravidez possibilita que a mesma tenha uma gestação mais saudável, visando o bem estar não só da mulher, mas também da criança que irá nascer. É necessário:

Planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério. A LC deve abordar atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentados no período gestacional, fundamentada no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, incluindo a estrutura dos serviços de saúde existentes. Para garantir qualidade, não se pode prescindir da adequada infra-estrutura, de profissionais capacitados (médicos, enfermeiras, enfermeiras obstétricas e obstetristas) e da organização dos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades de saúde. (SÃO PAULO, 2017).

Portanto, o atendimento às mulheres grávidas deve fazer parte de uma rede de atenção à saúde organizada, que possibilite desde o acolhimento dessas gestantes até os recursos e orientações necessárias para o momento do parto. No SUS, os atendimentos na fase pré-natal são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são divididas de forma descentralizada, em bairros das cidades, para facilitar o acesso de todas as mulheres. Dessa forma, a rede de atenção a mulher deve oferecer

toda a estrutura necessária para o atendimento, além de possuir uma localização que facilite o acesso das gestantes.

Este ponto representa uma das dificuldades de muitas mulheres em realizar o pré-natal, pois muitas vezes, as cidades não possuem essa infraestrutura necessária e existe a dificuldade de locomoção para que as gestantes cheguem até as unidades de saúde. Além disso, a própria falta de profissionais na rede de saúde dos municípios prejudica o atendimento devido à demora para marcar a consulta até a realização de exames de rotina. É preciso, portanto, conhecer a realidade dessas mulheres, o contexto social e os determinantes sociais da realidade em que estão inseridas. Cada mulher vivencia o processo da gestação de formas diferentes e é importante que a individualidade de cada uma seja respeitada durante todo o processo de atendimento.

As realizações de campanhas nacionais desenvolvidas pelo Ministério da Saúde também são importantes para que cada vez mais as mulheres reflitam sobre a importância da realização do pré-natal. Além dessa demanda específica, em muitos setores estão presentes a questão da maternidade precoce, com gravidez na adolescência. Esse tipo de demanda requer uma intervenção junto às famílias dessas jovens mães, para verificar se existe o suporte familiar necessário para auxiliá-las nesse momento, buscando um fortalecimento de vínculos caso seja necessário.

De acordo com dados do site das Nações Unidas do Brasil, o número de adolescentes grávidas no Brasil representa a sétima maior taxa da América do Sul com um índice de 65 gestações para cada adolescente de 15 a 19 anos. Além disso, fatores econômicos e sociais também interferem na gravidez dessas adolescentes. O número de adolescentes grávidas reflete a situação socioeconômica em que estão inseridas e reforçam as desigualdades sociais. Segundo relatório sobre a Situação da População Mundial formulado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2017, p. 11) em 2017:

Entre as adolescentes, que enfrentam as vulnerabilidades adicionais associadas ao fato de serem jovens, aquelas nos domicílios que estão entre os 20% mais pobres nos países em desenvolvimento têm cerca de três vezes mais partos na adolescência do que as adolescentes nos domicílios que estão na camada dos 20% mais ricos. As adolescentes nas áreas rurais têm duas vezes mais partos do que suas contrapartes nas cidades.

Os dados ainda refletem que na maioria dos países em desenvolvimento, as mulheres têm menos opções de alternativas para contracepção, além da dificuldade de acesso ao pré-natal (UNFPA, 2017). Todos esses fatores relacionados a limitação

do acesso aos serviços de saúde, a informação sobre alternativas para prevenção associadas as dificuldades socioeconômicas interferem na questão da gravidez na adolescência.

A questão da dificuldade socioeconômica e vulnerabilidade social também são marcantes nesses setores, o que dificulta o acesso desses usuários aos serviços e a rede de saúde, além das dificuldades para aquisição de recursos necessários para recuperação da saúde como medicamentos e alimentação. Essa questão reforça mais uma vez que a saúde é determinada por múltiplas determinações e condições materiais e sociais dos indivíduos.

Outra demanda marcante são os casos que envolvem o uso de drogas e problemas de saúde mental durante a gestação. Atualmente, apesar do avanço das informações relacionadas ao uso de drogas na gravidez, muitas gestantes continuam utilizando álcool, cigarro e outros tipos de drogas durante o período de gestação e amamentação das crianças.

As informações sobre os riscos do uso de drogas ilícitas durante a gravidez deve fazer parte do planejamento adotado no pré-natal, e também fazem parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para que as mães tenham acesso a informação e a conscientização do mal que esse uso faz tanto para a sua saúde quanto a da criança.

Uma demanda complexa e que exige um preparo e análise crítica dos profissionais são os casos que envolvem violência e principalmente violência doméstica. Nesses casos é preciso uma intervenção de forma adequada buscando conhecer a realidade dessas mulheres e o meio social em que elas vivem para preservá-las e protegê-las caso seja necessário, buscando uma articulação com a rede de proteção a mulher do município.

É importante a análise de todas essas demandas na perspectiva de totalidade para que não sejam interpretadas de forma equivocada, culpabilizando a mulher pelas situações apresentadas. Todos sabemos do papel que a mulher teve até anos atrás e como ainda existem visões conservadoras que são transmitidas para essas mulheres. Além disso, as mudanças estruturais, sociais e econômicas afetam a vida como um todo, incluindo a saúde física e emocional dessas mulheres, em especial as mulheres grávidas, pois a gestação representa uma enorme mudança de vida tanto para as mães quanto para as crianças que irão nascer.

Respeitar a individualidade e as escolhas de cada uma é dever de todos os profissionais da saúde, principalmente os assistentes sociais que trabalham com as mais variadas expressões da questão social e que lutam por uma sociedade justa e livre de qualquer tipo de preconceito e opressão assim como assinala o Projeto Ético-Político da profissão.

O setor de Pediatria também possui as mesmas demandas complexas da Maternidade, UNI e UNE, principalmente em relação a vulnerabilidade social e falta de recursos para garantir os mínimos sociais. Isso reflete diretamente na saúde das crianças, pois muitas vezes elas necessitam de dietas específicas para alimentação e continuação do tratamento.

Além dessa demanda, o suporte familiar fragilizado e questões de suspeitas de violência contra crianças é uma situação marcante. É preciso um trabalho crítico e interventivo nessas questões para assegurar a proteção das crianças, conforme está previsto da Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990) sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que determina:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Outro setor com um número alto de demandas é o de Usuários Externos que representa os atendimentos realizados com pessoas que não estão hospitalizadas. Esse atendimento é realizado principalmente com familiares e acompanhantes de usuários que estão sendo atendidos na Santa Casa.

As principais demandas deste setor é a busca por informações e orientações, principalmente no momento da alta dos pacientes, pois este momento exige uma preparação tanto do paciente quanto de suas famílias. O trabalho de orientação e informação faz parte das atribuições do assistente social na saúde e possibilita que os usuários reconheçam seus direitos e dessa forma o profissional contribui para o seu acesso e para uma transformação da realidade de cada usuário.

Uma das principais dificuldades encontradas neste setor é o da alta qualificada, momento em que os usuários e suas famílias devem receber as orientações necessárias em relação aos cuidados que deverão ser tomados após a alta hospitalar, em relação ao uso de medicamentos e recursos necessários para a recuperação da saúde. Essas orientações devem ser realizadas tanto por assistentes sociais como

por toda equipe multidisciplinar da instituição. A alta qualificada é determinada pela Resolução SS 13 de 05/02/2014 que orienta este procedimento “[...] para as áreas de clínica médica, com ênfase em hipertensão arterial e diabetes, e materno-infantil, com ênfase na gestante e recém-nascido de risco.” (BRASIL, 2014, p. 2).

Além disso, é importante este trabalho articulado no momento da alta hospitalar para verificar se determinado usuário possui suporte familiar para auxiliar nos cuidados para a recuperação da saúde. Dessa forma, caso este suporte seja fragilizado, é importante a articulação com a rede sócio assistencial do município para que as necessidades deste usuário sejam atendidas.

Porém, devido ao alto número de demandas de atendimentos em todos os setores do hospital e o número baixo de profissionais para realizar este trabalho, sabemos da dificuldade de trabalhar essas questões em equipe e com todos os usuários devido a sua complexidade.

Outra demanda marcante nos setores é a questão da dificuldade de acesso a medicamentos e a recursos materiais para recuperação da saúde. O acesso a medicamentos pela rede pública de saúde é feito através do RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, criado pelo Ministério da Saúde em 2010 que possui uma lista dos medicamentos considerados essenciais de acordo com o perfil epidemiológico do Brasil e que deve atender toda a população de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2010).

Para o acesso da população a estes medicamentos, é necessária uma prescrição médica específica, com uma descrição clara da necessidade do tratamento com determinado remédio. Essa questão é uma dificuldade encontrada na instituição pois muitas vezes os médicos não preenchem a receita de forma adequada. Além disso, o processo para aquisição destes medicamentos é algo complexo e burocrático, o que leva muitas pessoas a desistirem do tratamento, pois a solicitação do medicamento não é atendida imediatamente, o que prejudica a saúde dos usuários e sua qualidade de vida.

Apesar do direito ao medicamento e a recursos para promoção e recuperação da saúde serem garantidos legalmente, muitos usuários enfrentam dificuldades para a efetivação deste direito e acabam recorrendo judicialmente para que o acesso seja efetivado.

Nos demais setores como, PA e PA GO, Clínica Particular, 2º andar, 3º andar e 4º andar, as demandas são parecidas com os outros setores em relação a situações

de vulnerabilidade social, falta de recursos necessários para o tratamento e após a alta hospitalar, suporte familiar fragilizado e situações de violência.

A falta de recursos para o tratamento após a alta hospitalar e a dificuldade de acesso a estes recursos, seja de aspirador, suplementação para alimentação, remédios, fraldas, equipamentos hospitalares como maca, cadeira de rodas e andadores, aparecem em todos os setores da instituição e representam uma dificuldade da população para o acesso a estes recursos.

No CTI Adulto e UTI Pediátrica os atendimentos são mais complexos devido à gravidade dos casos e demandam uma intervenção mais profunda em conjunto com a equipe médica do hospital para tratar o usuário em sua totalidade. Nestes setores, o atendimento com as famílias também é algo essencial, pois as famílias também acabam sofrendo e adoecendo devido a fragilidade das condições de saúde dos pacientes.

Na Hemodiálise uma demanda marcante é a questão da falta de transporte público para locomoção dos pacientes, pois muitos estão debilitados e dependem de maiores cuidados. Além disso, como o atendimento na Santa Casa de Franca é uma referência para 22 municípios da região, muitos pacientes são de outras cidades e fazem o tratamento em Franca. Essa falta de condições essenciais para continuidade do tratamento prejudica a saúde destes sujeitos, que enfrentam verdadeiros desafios para continuidade do tratamento.

Todas essas demandas são marcantes e representam a importância do trabalho do assistente social junto aos usuários e suas famílias para o fortalecimento dos direitos sociais e acesso a recursos básicos para promoção e recuperação da saúde.

Os gráficos demonstram que o número de demandas é expressivo e que o número de assistentes sociais na instituição é relativamente reduzido. Conforme apresentado, além da alta demanda de usuários atendidos, o número de procedimentos referentes a acolhimento, encaminhamentos, orientações sobre recursos socioassistenciais, orientações previdenciárias, mediação de conflitos, dentre outros, é alto em relação ao número de profissionais.

Como reflete Vasconcelos (2008, p. 247, grifo do autor):

[...] independente da unidade, 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.

Essa característica se deve ao fato da postura investigativa que é marcante na categoria profissional além da complexidade de seu trabalho. Na análise de Nicolau “[...] o trabalho do assistente social incide sobre a consciência de outros indivíduos sociais e de si próprio, objetivando a mudanças de atos e comportamentos.” (NICOLAU, 2004, p. 86).

Além disso, a clara falta de recursos básicos é um enfrentamento constante da categoria dentro da instituição. Essa falta de recursos representa um limite profissional, pois por mais que o assistente social desenvolva ações de fortalecimento de direitos, sozinho ele é incapaz de conseguir a garantia dos mesmos. Para isso é preciso o fortalecimento constante de políticas públicas de proteção social, tanto de assistência quanto de saúde, capazes de atender toda a população de forma universal assim como determinado na Constituição Federal.

Estes elementos representam alguns dos desafios colocados cotidianamente no exercício profissional e que afetam não só a vida dos sujeitos atendidos como também dos próprios assistentes sociais que se sentem impotentes diante de determinadas situações.

Todas essas demandas marcam ainda as expressões da questão social que são latentes no espaço profissional.

A questão social, considerada pela categoria profissional como a base de sua fundação na especialização do trabalho do assistente social, precisa ser apreendida na contradição fundamental da sociedade capitalista: Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção de desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados neste terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou fugir deles porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2006, p. 28).

Estas manifestações são resultantes da relação contraditória entre capital e trabalho, gerando desigualdades como o desemprego, exploração, adoecimento, fome, pobreza, entre outras formas de exclusão social que constituem as demandas de trabalho dos assistentes sociais. Na saúde, as expressões destas desigualdades e injustiças sociais se manifestam pelas perdas do trabalho, da renda, da falta de recursos materiais e físicos para se ter saúde, as quais estão associadas e interferem diretamente no processo saúde-doença. O agravamento da pobreza e das condições

indignas de vida resulta em problemas graves, determinam e interferem diretamente no processo saúde-doença como demonstra as demandas do Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP.

Neste sentido, para o enfrentamento dos limites encontra-se como possibilidades para a efetivação de direitos, a organização do trabalho a partir de relatórios, dados estatísticos e programas sobre as demandas na saúde. Os dados apresentados de maneira quantitativa associada a abordagem qualitativa do trabalho profissional, ao mesmo tempo, é importante para mensurar as necessidades apresentadas no cotidiano, podendo ser transformadas em projetos de trabalho. (BISCO, 2015, p. 54-55).

Por meio de pesquisas científicas, dentro das próprias instituições de trabalho, é possível quantificar e conhecer a realidade deste trabalho com alternativa para propor novos caminhos para intervenção profissional. Segundo Guerra (2009, p. 1) é preciso cada vez mais o fortalecimento da categoria e o trabalho de profissionais:

Capazes de desvendar as dimensões constitutivas da chamada questão social, do padrão de intervenção social do Estado nas expressões da questão social, do significado e funcionalidade das ações instrumentais a este padrão, através da pesquisa, a fim de identificar e construir estratégias que venham a orientar e instrumentalizar a ação profissional, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas e/ou consolidadas, mas sua reconstrução crítica.

O assistente social, portanto, deve assumir uma postura investigativa dentro do espaço de trabalho, fortalecendo a atividade profissional determinada e influenciada pela realidade. Ao imprimir uma postura investigativa no trabalho, o assistente social fortalece o seu trabalho que é determinado e influenciado pela realidade concreta. Por meio da pesquisa científica e da atividade profissional, é possível gerar dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais e a implementação das políticas sociais (GUERRA, 2009). Assim, as informações das experiências desenvolvidas e socializadas podem contribuir na elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa apreensão do trabalho do assistente social na saúde, com visibilidade para os dados quantitativos do cotidiano profissional, proporcionou valiosas reflexões que possibilitaram um aprofundamento na realidade dos usuários atendidos e também do trabalho profissional, seus desafios e possibilidades.

O Serviço Social passou por transformações no interior de sua categoria ao longo de sua história todo o movimento de busca e ruptura com o conservadorismo histórico fazem parte da luta da própria categoria. O trabalho coletivo e as lutas coletivas da categoria mais do que nunca precisam ser reabastecidas diante dos desmontes nos direitos sociais da população.

No trabalho em saúde, diante da complexidade das demandas e dos atendimentos, é preciso dar visibilidade e demonstrar a importância desse trabalho para as instituições e para o poder público, como forma de valorizar a profissão e fortalecer os direitos dos usuários. Além disso, é importante problematizar tais demandas com os próprios usuários em relação ao direito à saúde buscando fortalecer essa participação popular nas decisões sobre a saúde do município por meio dos Conselhos Municipais, por exemplo.

O trabalho do assistente social caracteriza-se como um trabalho interventivo e prático, pois o profissional intervém diretamente na realidade dos usuários, buscando conhecer e se aprofundar nessa realidade para orientações que irão refletir na vida social desses sujeitos. Porém, essa prática profissional não deve ser deslocada de um contínuo acúmulo teórico para subsidiar ainda mais essa prática e intervenção, contribuindo para um trabalho crítico e reflexivo.

O Serviço Social na Santa Casa de Franca possui um alinhamento com Projeto Ético-Político da categoria e com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, além de uma busca contínua pelo conhecimento científico com a finalidade de fortalecer a prática de acordo com o perfil das assistentes sociais da instituição.

Os desafios do trabalho profissional são expressivos e refletem as expressões da questão social no cotidiano dos usuários e os rebatimentos da dissolução dos direitos sociais historicamente garantidos frente o atual contexto brasileiro como a falta de recursos públicos para garantir o acesso da população para a promoção e recuperação da saúde.

Os resultados obtidos através da pesquisa evidenciam o grande número de demandas que são atendidas pelo Serviço Social e que representam as expressões da questão social na vida dos sujeitos. Uma grande preocupação evidenciada na

pesquisa diante do alto número de demandas, é o grande número de mulheres que não realizam o pré-natal ou o fazem de forma irregular. Essa questão merece destaque, uma vez que, o pré-natal é de extrema importância para o desenvolvimento das crianças, que poderão ter consequências para o resto de suas vidas. Portanto, é necessário investir em pesquisas para compreender os motivos que levam as mulheres a não realizar o pré-natal.

No cotidiano profissional os desafios ainda refletem a precariedade do próprio trabalho do Serviço Social, com um alto número de atendimentos; procedimentos e número de usuários atendidos para uma quantidade mínima de profissionais.

Essa dinâmica de flexibilização/precarização/desregulamentação atinge também as relações e o trabalho dos profissionais de nível superior que atuam em instituições públicas e privadas no campo das políticas sociais. Gerando rebaixamento salarial, intensificação do trabalho, precarização dos vínculos e condições de trabalho, perda e/ou ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento da produtividade, insegurança do emprego, ausência de direitos sociais e trabalhistas, pressões pelo aumento da produtividade, insegurança do emprego, ausência de perspectivas de progressão na carreira, ampliação da competição entre trabalhadores, adoecimento, entre tantas outras manifestações decorrentes do aumento da exploração da força de trabalho assalariada. (RAICHELIS, 2011, p. 41).

O assistente social é duplamente desafiado profissionalmente, uma vez que por ser um profissional assalariado ele depende das condições objetivas das instituições que atuam para o desenvolvimento de seu trabalho. Além disso, a matéria de trabalho do assistente social são as próprias políticas públicas que asseguram direitos para população e essa atuação depende também do desenvolvimento e da efetivação dessas políticas.

Sobre a precariedade do trabalho em saúde, a pesquisa realizada levou a refletir que essa situação não é algo novo no campo de trabalho, pois:

A falta de profissionais para atender a demanda institucional representa uma precarização do trabalho das assistentes sociais, pois as demandas são complexas e muitas vezes exigem um tempo maior de intervenção, o que faz com que as assistentes sociais tenham que selecionar os casos mais urgentes para dar conta do atendimento e das necessidades apresentadas. (BISCO, 2015, p. 58).

Na área da saúde é evidente, portanto, que os desafios fazem parte do cotidiano profissional, mas é preciso refletir também como o assistente social tem enfrentado esses desafios com alternativas e propostas. O próprio fortalecimento da categoria profissional na instituição é uma possibilidade de enfrentamento dos limites

cotidianos. Esse fortalecimento reflete no trabalho profissional, permitindo que os próprios usuários também passem a se fortalecer e reivindicar seus direitos (BISCO, 2015).

É preciso cada vez mais fortalecer as ações nos espaços de saúde juntamente com os usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e outras profissões que compartilham os mesmos princípios e valores, com a finalidade de somar forças para resgatar o SUS universal e com qualidade para toda a população.

Espera-se que os resultados obtidos a partir dessa pesquisa permitam um novo olhar para a atuação do assistente social na saúde, ressaltando a importância deste profissional para o fortalecimento do direito social à saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C. Lutas sociais e desafios da classe trabalhadora: reafirmar o projeto profissional do serviço social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 2017.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez : Ed. Unicamp, 2006.

ARISTÓTELES. **Ética a Nôcomaco**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

BARROCO, M. L. S. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISCO, G. C. B. **Serviço Social na saúde**: limites e desafios para efetivação de direitos dos usuários na Santa Casa de Franca/SP. 2015. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 16 jan 2018.

_____. IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca/panorama>. Acesso: 22 dez 2017.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso: 15 dez 2017.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso: 6 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. 7. ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/29/Rename-2010.pdf>. Acesso: 02 nov 2017

_____. São Paulo. **RESOLUÇÃO SS Nº .13, DE 05-02-2014**. Determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSTentáveis e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, São Paulo, SP, 2014.

Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.fev.14/iels26/E_R-SS-13_050214.pdf. Acesso: 18 nov 2017.

BRAVO, M. I. S. **SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO CAPITALISMO**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

CASTRO, M. H. **HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA**. Trad. José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 2010.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO**, Volume: 22, Número: 65, Publicado: 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2018.v22n64/5-8/pt>. Acesso: 04 out 2017.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasília, DF, 1993.

_____. **Resolução CFESS n.º 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: DF, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso: 13 set 2017.

_____. **CARTA DE MACEIÓ SEGURIDADE SOCIAL PÚBLICA: É POSSÍVEL!** Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf. Acesso: 20 jan 2018.

_____. **ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM QUESTÃO**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso: 9 dez 2017.

_____. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 02 fev 2018.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: **POLÍTICA DE SAÚDE E INOVAÇÃO INSTITUCIONAL**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **REVISTA SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE**, n.62. São Paulo: Cortez, 2000.

FALEIROS, V. de P. **SABER PROFISSIONAL E PODER INSTITUCIONAL**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Confrontos teóricos do movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina. **SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE**. São Paulo: Cortez Ano VII, nº 24, 1987.

FILHO, N de A. **O QUE É SAÚDE?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FILHO, G. C. **A “QUESTÃO SOCIAL” NO BRASIL**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

FINKELMAN, J. (Org.). **CAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GIL, C. **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA SOCIAL**. São Paulo, Atlas, 8. ed. 2008.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS; ABEPSS (Org). **SERVIÇO SOCIAL**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE**: trabalho e formação Profissional. São Paulo, Cortez, 2000.

_____. O Serviço Social na Cena Contemporânea. In: CFESS; ABEPSS (Org). **SERVIÇO SOCIAL**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009.

_____; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1982.

JACINTO, A. G. Trabalho socioeducativo no Serviço Social à luz de Gramsci: o intelectual orgânico. **KATÁLYSIS**, v. 20. n. 1 p. 84-92, Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802017000100084&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 03 set 2017.

KOSIK, C. **DIALÉTICA DO CONCRETO**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LUCÁKS, Georg. **PARA UMA ONTOLOGIA DO SER SOCIAL I**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MARX, Karl. **O CAPITAL: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital** (tradução de Rubens Enderle). São Paulo: Boitempo, 2013.

MARTINS, A. S. R. O fortalecimento da atenção básica. In: **PACTO PELA SAÚDE: conversando sobre o SUS**. Universidade Estadual Paulista – UNESP Franca. 2010.

MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. In: **Outubro Revista**, n. 2, 2000.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **REVISTA SERVIÇO SOCIAL & SAÚDE**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634843>. Acesso: 18 maio 2017.

_____. **PESQUISA QUALITATIVA: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

_____. **SERVIÇO SOCIAL: identidade e alienação**. 16. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MATOS, M. C. **SERVIÇO SOCIAL, ÉTICA E SAÚDE: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MARSHALL, T.H. **CIDADANIA, CLASSE SOCIAL E STATUS**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **KATÁLYSIS**, vol. 16, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/05.pdf>. Acesso: 15 out 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

_____. SANCHES, O. **QUANTITATIVOS-QUALITATIVOS: oposição ou complementaridade?** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso: 15 set 2017.

MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MONTAÑO, C. E. **TERCEIRO SETOR E QUESTÃO SOCIAL: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NICOLAU, M. C. C. Formação e fazer profissional do assistente social: trabalho e representações sociais. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, São Paulo, n. 79, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000139&pid=S1414-4980200800020001300013&lng=pt. Acesso: 05 ago 2017.

PAULO NETTO, J. Cinco notas a propósito da questão social. **TEMPORALIS: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, Brasília, v. 2, n. 3, 2001.

_____. **CAPITALISMO MONOPOLISTA E SERVIÇO SOCIAL**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE**, São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm. Acesso em: 05 ago 2017.

_____. **INTRODUÇÃO AO ESTUDO DO MÉTODO EM MARX**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PREFEITURA. **PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA**. Franca, São Paulo. Disponível em: <http://www.franca.sp.gov.br/noticias/desenvolvimento/apresentacao-historia>. Acesso em 17 dez 2017.

PONTES, R. N. **MEDIAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

RAICHELIS, R. O trabalho e os trabalhadores do SUAS: o enfrentamento necessário na assistência social. In: BRASIL: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Gestão do Trabalho no SUAS**: uma contribuição necessária. Brasília, DF, 2011.

_____. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

RAVAGNANI, C. L. C. **A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE**: direito garantido, não se compra, não se vende. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**, OMS, Brasil, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso: 20 ago 2017.

SARRETA, F. O. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. **COLEÇÃO SCIELO PROCEEDINGS**, v. 1, 2012. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/49.pdf>. Acesso em 15 out 2017.

_____. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES DO SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica da Fundação UNESP, v.1. 2010. Disponível em http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_sau_de_trab_SUS.pdf. Acesso: 30 jun 2017.

_____. BERTANI, I. F. A construção do SUS e a participação do assistente social. **SERVIÇO SOCIAL & SAÚDE**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11. 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1377>. Acesso: 15 jul 2017.

SÃO PAULO, **MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf. Acesso: 23 nov 2017.

SANTA CASA. **SANTA CASA DE FRANCA**. Franca, São Paulo. Disponível em: <http://www.santacasadefranca.com.br/complexo/sobre-a-fscmf>. Acesso em 15/12/2017.

SIMÕES, C.. **CURSO DE DIREITO DO SERVIÇO SOCIAL**. Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 3. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. In: **Coleção Questões da Nossa Época**; v. 78. São Paulo, Cortez, 2000.

SANTOS, C. M. dos. **NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA? MITOS E DILEMAS NA RELAÇÃO ENTRE TEORIA, PRÁTICA, INSTRUMENTOS E TÉCNICAS NO SERVIÇO SOCIAL**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL**, 2017. Disponível em <http://unfpa.org.br/swop2017/swop2017.pdf>. Acesso em 23 fev 2018.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, E M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: **SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXOS

Anexo A - PLANO DE TRABALHO E SUPERVISÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DE FRANCA - 2017



PLANO DE TRABALHO E SUPERVISÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇOS SOCIAL NA SANTA CASA DE FRANCA - 2017

I – IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Praça Dom Pedro II, nº 1826 – Centro – Franca/SP.

Natureza jurídica: Privada

Telefone: 3711-4062 e 3711-4063

Supervisora do Serviço Social:

Email:

II – MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência à saúde com excelência e responsabilidade social, orientada para o desenvolvimento científico através do ensino e da pesquisa.

III – VISÃO INSTITUCIONAL

Ser uma instituição com equilíbrio econômico e financeiro, reconhecida pela excelência na assistência à saúde e na geração do conhecimento, através da melhoria contínua, tecnologia inovadora e comprometimento de seus colaboradores.

IV – MISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Atender a manifestação da questão social identificadas no atendimento hospitalar e ambulatorio, segundo princípios do projeto ético político, para recuperação, promoção da saúde e cidadania.

V – VISÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Buscar a excelência enquanto Serviço Social Hospitalar aprimorando as relações intra e extra institucional para garantia do acesso da população usuária aos direitos e fortalecimento do SUS, com compromisso à dignidade da vida humana.

VI – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua em diversos setores de atendimento aos usuários quando internado ou em atendimento ambulatorial. Possui 07 (sete) Assistentes Sociais atuantes na área de assistencial com usuários em atendimento nas Unidades de Internação da Santa Casa e Hospital do Coração, Ambulatório de Hemodiálise, Hospital do Câncer e Centro de Reabilitação. Os profissionais de Serviço Social trabalham em escala de trabalho de 30 (trinta) horas semanais alternando o período de trabalho a cada 04 (quatro) meses. Os profissionais se organizam para o trabalho nos setores que foram referenciados, com atividades direcionadas pelo planejamento estratégico.

Os atendimentos sociais são classificados por níveis de complexidade, tabulados, transformados em indicadores e utilizados para análise e construção de novas possibilidades de intervenção profissional.

VII – ATIVIDADES REALIZADAS

- Atendimento social: avaliação social, investigação social, orientação e encaminhamento aos recursos necessários.
- Atividades Administrativas: reuniões de equipe e interdisciplinar, treinamentos, tabulação, indicadores de complexidade, registro de reunião.
- Participação em comissões: Comissão Intra-Hospitalar de Transplante com atividades socioeducativas, pesquisas, tabulação e análise de indicadores.

VIII – OBJETIVOS DO ESTÁGIO

- Oferecer a oportunidade do profissional juntamente com o estagiário atuarem nas diversas manifestações da questão social, oportunizando a construção e/ou a socialização de conhecimentos e reflexões sobre o desenvolvimento da competência profissional.
- Propiciar ao estagiário o desenvolvimento de sua capacidade de investigar, apreender criticamente, estabelecer proposições e intervir na realidade social.
- Possibilitar momentos de reflexão crítica sobre a prática num esforço de ir além da lógica instrumental do agir profissional com a proposta de construir novas possibilidades para a intervenção profissional.

IX – PROPOSTA DA SUPERVISÃO

O estagiário será direcionado para desenvolver atividades conforme a rotina programada pelo supervisor, todas as atividades desenvolvidas serão registradas em formulários específicos do serviço social da Santa Casa e avaliadas no momento da supervisão.

A supervisão dar-se-á em dois momentos, diariamente, de forma individual entre o supervisor e o estagiário, em que haverá a análise das atividades desempenhadas no cotidiano; e mensalmente, de forma coletiva com a equipe de Serviço Social, supervisor acadêmico e os estagiários para discussão de casos.

X – CRONOGRAMA DA SUPERVISÃO

SUPERVISÃO DIÁRIA: Segunda a Sexta feira no horário do estágio, desenvolvida pelo supervisor de campo e estagiário.

SUPERVISÃO MENSAL: Uma vez por mês, contando com a presença de todos os estagiários do Complexo Santa Casa.

XI - AVALIAÇÃO

Periodicamente as atividades serão avaliadas e analisadas entre supervisores de campo, supervisor acadêmico e estagiários. Os estagiários serão avaliados conforme o formulário específico emitido pela UNESP.

Franca, 11 de Maio de 2017.

Assistente Social
Supervisora do Serviço Social

Anexo B - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2016



PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2016

Hospital: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca Cidade do Hospital: Franca - SP		
Setor: Serviço Social		Data: 28/03/2016
Supervisora: Márcia Floro da Silva		
<p>Negócio</p> <p>Contribuir para efetivação de direitos</p> <p>Missão</p> <p>Intervir nas manifestações da questão social identificadas no atendimento hospitalar e ambulatorial, segundo princípios do projeto ético político, para recuperação, promoção da saúde e cidadania.</p> <p>Visão</p> <p>Buscar a excelência enquanto Serviço Social Hospitalar aprimorando as relações intra e extrainstitucional para garantia do acesso da população usuária aos direitos e fortalecimento do SUS, com compromisso à dignidade da vida humana.</p> <p>Valores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter atitude responsável, comprometida, disciplinada e colaborativa; 2. Praticar a humanização do atendimento e das relações com equidade; 3. Atuar com ética, honestidade e austeridade, dentro dos princípios da legalidade; 4. Cultivar a transparência e o respeito nas relações com a sociedade; 5. Oferecer ambiente que inspire a dignidade e a confiança de seus colaboradores; 6. Investir continuamente em tecnologia e capacitação de seus colaboradores; 7. Otimizar a gestão dos recursos na construção da sustentabilidade. 	<p>Potencialidade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Articulação com Conselhos Municipais e Movimentos sociais. 2- Articulação com profissionais da saúde dos órgãos públicos e Ministério público. 3- Aprimorar a análise e exposição sucinta dos indicadores. <p>Pontos Fortes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mediação/Articulação interna e externa 2. Criticidade no relacionamento; 3. Descentralização da prática profissional; 4. Respeito ao usuário 5. Abertura para discussão entre equipes; 6. Comprometimento profissional; <p>Vulnerabilidade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Mudança de perfil das demandas com maior ocorrência de complexidade IV e V. 2- Omissão do poder público: políticas públicas fragmentadas e insuficientes. 3- Número de profissionais A. S. insuficientes para a demanda. <p>Pontos Fracos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imediaticidade na prática cotidiana; 2. Falta de trabalho preventivo/orientação; 3. Trabalho com grupo/Trabalho Coletivo; 4. Administrativo; 5. Segurança no trabalho/Integridade emocional e física; 6. Espaço físico/Sigilo; 7. Atendimento a usuário externo. 	<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Novas políticas e direcionamento do SUS (Humanização); 2. Criação do Colegiado Gestor; 3. Estreitar relações com Ministério Público, Secretarias e Serviços de Rede para se tornar oportunidade. <p>Vulnerabilidade</p> <p></p> <p>Pontos de Defesa</p> <p></p> <p>Ameaças</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limite institucional com diversidade de condutas comprometedoras, divergindo do objetivo da Instituição; 2. Divergências de opiniões; 3. Condições de trabalho e sobrecarga da equipe; 4. Ausência de política pública para recurso após alta hospitalar; 5. Aumento de casos de alta complexidade. <p>Defesa</p> <p></p> <p>Debilidade</p> <p></p>

Anexo C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ao responsável pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Franca/SP

Eu, Gabriela Cristina Braga Bisco, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP – Franca, venho solicitar autorização para realizar na Santa Casa de Franca/SP, o projeto de pesquisa O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: reflexões sobre as atribuições profissionais na perspectiva da efetivação do direito à saúde, orientado pela Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta.

A pesquisa tem como objetivo estudar a política pública de saúde e evidenciar a contribuição do trabalho do/a assistente social para a efetivação do direito social à saúde na Santa Casa de Franca/SP. Os procedimentos adotados constam no projeto de pesquisa (em anexo), assim como os dados a serem oferecidos pela Santa Casa de Franca/SP.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida por meio das pesquisadoras Gabriela (16 99979-6902 gabrielacristina.bragabisco@gmail.com) e Prof.^a Fernanda (fersarreta2009@yahoo.com.br). A qualquer momento a instituição poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa. Os dados obtidos na pesquisa serão posteriormente publicados.

Autorização Institucional

Eu, José Cândido Chimionato, responsável pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Franca/SP, declaro que fui informado/a sobre a pesquisa acima e autorizo a execução da pesquisa na instituição.

Responsável pela instituição

José Cândido Chimionato
Presidente
Diretoria Administrativa
F.S.C.M.F.

Fernanda Sarreta
Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta
Orientadora e pesquisadora responsável – UNESP

Gabriela Cristina Braga Bisco
Gabriela Cristina Braga Bisco
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UNESP

Anexo D - DECLARAÇÃO



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA
DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua Dr. Júlio Cardoso, 1826 – Franca – SP
CEP 14400.730 – 016.3711.4000

DECLARAÇÃO

Eu, **Rute Cristina B. Morais Silva**, na qualidade de Supervisora de Ensino e Pesquisa da **Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca** – declaro estar informada da pesquisa **“O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: reflexões sobre as atribuições profissionais na perspectiva da efetivação do direito à saúde”**, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Gabriela Cristina Braga Bisco**.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme o princípio da ética em pesquisa no país declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa, com condições para o desenvolvimento deste projeto.

Informo que se trata de uma pesquisa cujos procedimentos metodológicos não envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, sendo assim, dispensa o registro e avaliação do Sistema CEP/CONEP, conforme Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.

Termos em que,

Concede autorização prévia.

Franca, 19 de Março de 2018.

Rute Cristina B. Morais Silva

Departamento de Ensino e Pesquisa

Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Anexo E - CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito o(s) pesquisador (es) **Gabriela Cristina Braga Bisco**, sob responsabilidade do orientador **Fernanda de Oliveira Sarreta**, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, a pesquisa intitulada "**O Serviço Social na Santa Casa de Franca/SP: reflexões sobre as atribuições profissionais na perspectiva da efetivação do direito à saúde**".

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Franca Local 20 de maio de 2018 data

José Cândido Chimionato
Presidente
Diretoria Administrativa
E.S.C.M.F

Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

Nome – cargo/função

