

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

TATIANE CAMPOS FERNANDES

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HC – UFTM:
demandas sociais e respostas profissionais**

**FRANCA
2018**

TATIANE CAMPOS FERNANDES

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HC – UFTM:
demandas sociais e respostas profissionais**

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

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA

2018

Fernandes, Tatiane Campos.

O trabalho da/o assistente social no HC – UFTM : demandas sociais e respostas profissionais / Tatiane Campos Fernandes.
– Franca : [s.n.], 2018.

129 f.

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

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta.

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Trabalho profissional.
I. Título.

CDD – 362

TATIANE CAMPOS FERNANDES

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HC – UFTM:
demandas sociais e respostas profissionais**

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

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Prof^a. Dr^a. Fernanda de Oliveira Sarreta

1^a Examinadora: _____
Prof^a. Dr^a. Adriana Giaqueto – FCHS/UNESP

2^a Examinadora: _____
Prof^a. Dr^a. Marta Regina Farinelli – UFTM

Franca, _____ de _____ de 2018.

Dedico aos meus pais Ademar e Shirley por ter feito de mim quem sou hoje. Ao meu esposo Leonardo, meu maior incentivador. Agradeço a Deus todos os dias por ter vocês ao meu lado.

Aos assistentes sociais que participaram desta pesquisa, que lutam cotidianamente na busca pela efetivação do direito à saúde pública de qualidade.

AGRADECIMENTOS

A motivação pela qual ingressei no mestrado, foi a busca por compreensão da realidade profissional vivenciada. A relação teoria e prática tem por intenção construir uma nova prática, novas propostas e novas possibilidades.

Mas todo caminho tem seus percalços, temos nossas particularidades, e em um mundo dialético como vivemos, comigo não foi diferente. Tive um momento em que meu coração sentia uma dor muito intensa e achei que não fosse possível dar continuidade em nenhum projeto de vida, mas levantei a cabeça e retomei os compromissos firmados, dentre eles o mestrado.

Ao longo desses 26 meses contei com várias pessoas que contribuirão para esse crescimento. Meus pais Ademar e Shirley, pessoas que me mostrou a vida, me acompanhou em diversas idas à Franca, permaneciam dentro do carro durante todo o dia enquanto eu me fazia presente nas disciplinas, pois eles não sentiam à vontade em me deixar dirigir sozinha pelas estradas. Meus pais buscam da melhor forma possível me proporcionar aquilo que eles não tiveram a possibilidade de ter acesso, o **ESTUDO**. Eterna gratidão.

Agradeço ao meu esposo Leonardo, companheiro, parceiro, incentivador, amigo. Companheiro que muitas vezes me levou à Franca em dias de chuva e esteve presente em momentos desafiantes; parceiro que ficava ao meu lado acordado enquanto eu estudava até altas horas, me aguardando para dormirmos juntos; incentivador porque me motivou a inscrever para o processo seletivo do mestrado, a participar de eventos, congressos e palestras relacionados a matéria do Serviço Social e que me proporcionasse conhecimento, incentivador em momentos em que achei que não conseguiria, e ele disse: “você é inteligente e forte, você consegue, acredito em você”; amigo porque junto comigo e as amigas do mestrado, sorriu de situações inusitadas que passamos, acolheu minhas amigas que precisaram ficar em nossa casa. Não tenho palavras para descrever a gratidão por todos esses adjetivos a você atribuídos de forma justa.

As minhas colegas de trabalho que de forma indireta contribuíram com todo esse processo de conhecimento. A minha supervisora Ana Paula, que quando todos diziam que não seria possível liberação, ela buscou alternativas na escala de trabalho para que eu não me afastasse da formação continuada, a relação da teoria com a prática e por consequência enriquecesse o conhecimento do setor de Serviço Social.

Agradeço as participantes da pesquisa que na confiança me confienciaram suas experiências, angustias e propostas de trabalho. Espero retribuir de forma ética toda essa confiança, além de proporcionar novas reflexões.

As colegas que me fizeram companhia nas estradas até Franca, em especial a Mariane, que me fez sorrir e ver graça nos momentos de desespero pela complexidade de trabalhar e estudar. Serei grata as amigas que fiz no mestrado como Gabrielle Sgarbi, Gabriela Braga, Josiane, Mariane, e todos os outros que ingressaram comigo no ano de 2016. As amizades que fiz durante todo esse período, que não caberia citar aqui tantos nomes, mas deixo de forma especial agradecimento à Francislaine e Lorrainy que dividiram quarto de hotel e tivemos momentos ótimos.

Cabe agradecer aos professores que também foram de extrema importância nesse processo de formação, sendo eles: Josiane Julião que foi a primeira professora a nos acolher no universo da UNESP, Nayara Hakime me levou a refletir a particularidade das famílias, Adriana Giaqueto que na doçura e grandiosidade do seu conhecimento partilhou na sua simplicidade a importância da dimensão sócio educativa da profissão, Fernanda Sarreta de forma descontraída e, não menos séria permitiu aproximar do tema da pesquisa com seu rico conhecimento e experiência em saúde.

Meus sinceros agradecimentos aos membros e suplentes da banca de qualificação, Adriana Giaqueto, Josiane Julião, Andreia Liporoni e Claudia Julião, pelo respeito e confiança. E neste momento a banca de defesa da dissertação, Adriana Giaqueto, Marta Farinelli, Claudia Julião e Andreia Liporoni, pela disposição em acolher minha pesquisa e se dispor a contribuir com esse processo de formação.

Mas todo esse processo não seria possível se não fosse aprovada no processo seletivo em que indiquei como orientadora professora Dra. Fernanda Sarreta. Pessoa que buscou dentro do programa de pós-graduação meios legais para que houvesse uma vaga para me proporcionar o ingresso. Me acolheu com extremo carinho e confiança, na sua humildade infinita partilhou comigo todo seu conhecimento, e proporcionou crescimento e enriqueceu teórica e criticamente. Esteve presente e dedicando seu tempo a me atender sempre que apresentava dúvidas. De forma serena e positiva me acalmava nos momentos de desespero e transmitindo confiança. Esta pesquisa não seria possível sem você, é fruto do seu trabalho. Meu muito obrigada de coração.

Obrigado a todos e a Deus por me proporcionar este momento incrível na minha vida.

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa, tudo sempre passará
A vida vem em ondas,
como um mar
Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente viu há um segundo
tudo muda o tempo todo no mundo

Não adianta fugir
Nem mentir pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar

Como uma onda no mar

Como uma onda no mar

(Lulu Santos / Néelson Motta)

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade. ” (Paulo Freire).

FERNANDES, Tatiane Campos Fernandes. **O trabalho da/o assistente social no HC – UFTM: demandas sociais e respostas profissionais**. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

RESUMO

A pesquisa sobre o trabalho da/o assistente social no cenário contemporâneo, objeto de estudo, busca uma aproximação com a realidade concreta vivenciada pelo Serviço Social como profissão da saúde. A partir de um referencial crítico para a apreensão da crise estrutural do capitalismo e dos impactos na política de saúde, que nas últimas décadas tem rebatimentos significativos na privatização e na desconstrução da saúde como direito constitucional, tem como recorte as demandas sociais e as respostas profissionais para a efetivação do direito à saúde. O estudo tem como objetivo geral analisar o trabalho da/o assistente social e as respostas profissionais às demandas apresentadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM); e, como objetivos específicos: refletir os impactos da crise estrutural do capitalismo na política de saúde; conhecer como está organizado o trabalho da/o assistente social no HC-UFTM e, identificar as estratégias adotadas pelos/as assistentes sociais para atender as demandas face a efetivação do direito ao acesso à saúde. A pesquisa qualitativa realizada através de estudo bibliográfico, documental e coleta de dados em campo, optou pela entrevista com 5 assistentes sociais do hospital. A análise a partir das categorias – trabalho da/o assistente social, crise do capital, expressões da questão social e respostas profissionais, demonstra o aprofundamento das contradições, dificuldades e desigualdades que estão submetidos as/os usuários da saúde, do mesmo modo, os resultados do trabalho profissional na direção do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social. Considera-se que a pesquisa revela a importância da profissão neste espaço de trabalho e demonstra que a análise, a reflexão e o debate crítico e qualificado é fundamental para a defesa do Sistema Único de Saúde e o Projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Palavras-chave: política de saúde. Serviço Social. crise do capital. trabalho profissional.

FERNANDES, Tatiane Campos. **THE work of the social worker at Clinical Hospital – Federal University of the Triângulo Mineiro: social demands e and professional responses**. 2018. 129 p. Dissertation (Master's in Social Work) - School of Humanities and Social Sciences, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2018.

ABSTRACT

The research about the social service work in contemporary setting, study object, seeks an approximation with the concrete reality experienced by the Social Work as a profession of health. From a critical referential for the apprehension of the structural crisis of the capitalism and the impacts on health policy, that in recent decades have significant repercussions in privatization and in the deconstruction of health as constitutional law, it has as focus the social demands and the professional responses to the realization of the right to health. The general objective of the study is to analyze the work of the social worker and the professional responses to the demands presented at the Clinical Hospital of the Federal University of the Triângulo Mineiro (HC-UFTM); and, as specific objectives: to reflect the impacts of the structural crisis of capitalism on health policy; to know how the work of the social worker is organized at HC – UFTM and identify the strategies adopted by social workers to meet the demands of the realization of the right to access to health. The qualitative research carried out through bibliographical, documentary and field data collection, opted for the interview with 5 social workers of the hospital. The analysis from the categories - social worker's work, capital crisis, expressions of the social question and professional responses - demonstrates the deepening of the contradictions, difficulties and inequalities that are submitted to the health users, in the same way, the results of the work the Professional Ethical-Political Project of Social Work. It considers that the research reveals the importance of the profession in this work space and demonstrates that analysis, reflection, critical and qualified debate is fundamental for the defense of the Unified Health System and the Brazilian Health Reform Project.

Keywords: health policy. Social Work. crisis of capital. professional work.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASSS	Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DNSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
FUNEPU	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GRS	Gerência Regional de Saúde
HC	Hospital de Clínicas
HE	Hospital Escola
IAP's	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LOS	Lei Orgânica a Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PS	Pronto Socorro

PT	Partido dos Trabalhadores
RJU	Regime Jurídico Único
SAMU	Serviço de Atendimento de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDIP	Unidade de Doenças Infecto Parasitárias
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNIUBE	Universidade de Uberaba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços Ambulatoriais	32
Tabela 2 – Unidades de Internação	33
Tabela 3 – Procedimentos Cirúrgicos	35
Tabela 4 – Atendimentos de Emergência	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Participantes da Pesquisa	26
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
 CAPÍTULO 1SERVIÇO SOCIAL E A PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE	21
1.1 Caminhos percorridos para a construção da pesquisa.....	21
1.2 Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	28
1.3 Serviço Social do HC – UFTM	37
 CAPÍTULO 2 CAPITALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE	46
2.1 Contextualização sócio histórica da crise do capital.....	46
2.2 Marcos teóricos e políticos do Sistema Único de Saúde	53
2.3 O SUS e os rebatimentos da crise estrutural do capital	62
 CAPÍTULO 3 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	72
3.1 Atuação do/a assistente social na saúde	72
3.2 Transformações societárias e o impacto na atuação profissional	82
3.3 Expressões da questão social na saúde	92
3.4 Estratégias e respostas profissionais do Serviço Social com vistas a efetivação do acesso a política de saúde	98
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
 REFERÊNCIAS.....	113
 APÊNDICE	
Apêndice A – Convite as participantes da pesquisa.....	121
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
Apêndice C – Formulário de entrevista assistente social do HC-UFTM.....	123
 ANEXO	
Anexo A - Autorização HC-UFTM para realização da pesquisa	126
Anexo B - Comprovante Envio de Projeto ao CEP	127
Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP	128

INTRODUÇÃO

As indagações apresentadas nesta pesquisa permeiam a atuação do/a assistente social na saúde, sendo que o trabalho profissional no cotidiano da pesquisadora instigou conhecer a atuação de demais profissionais do Serviço Social na saúde terciária. A reflexão sobre os desafios cotidianos que o/a assistente social vem enfrentando na efetivação da práxis profissional, especificamente na saúde.

Desde a formação acadêmica em Serviço Social até os dias atuais – que compreende um período de 11 anos – a pesquisadora atua na área da saúde, mais precisamente no contexto, hospitalar onde as expressões da questão social se tornam mais evidentes, devido à condição de fragilidade dos sujeitos pelo adoecimento.

A experiência profissional mostra, a partir da observação o descaso com a saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto por parte dos gestores, quanto por alguns profissionais da saúde. O que pode estar relacionado às precárias condições de trabalho, as longas e excessivas jornadas e vários vínculos.

Mostra, ainda, que o trabalho na saúde pública tem uma ideia construída socialmente de “coisa pobre para pobre”, com macas quebradas e enferrujadas, cadeiras sem encosto, os bancos insuficientes para acomodar todas as pessoas que aguardam atendimento, falta de material básico para os cuidados, entre outras condições que revelam o descaso com a vida humana e a saúde. Pode-se dizer, que o sentimento é de degradação do ser humano. Todos estes aspectos levaram à necessidade de aprofundar a reflexão e análise, com referencial teórico crítico, para apreensão desta realidade em que se encontra o atendimento na saúde pública.

O que difere do atendimento às pessoas com convênio médico, onde os serviços contam com melhores estruturas, e maior acesso a especialidades médicas e exames, desde o mais básico até o mais complexo. Considera-se, que grande parte dos detentores dos planos de saúde são dependentes de trabalhadores que possuíam vínculo empregatício com empresas que ofereciam o “benefício” ou mantinham a saúde privada devido ao sucateamento do SUS.

Neste espaço, é possível perceber na sua maioria, a organização familiar em termos de cuidados e busca por recursos públicos que proporcionassem qualidade de vida ao familiar doente. Esses cuidados eram possíveis, devido ao fato que nos convênios as famílias contavam com suporte mais adequado da equipe de saúde.

Toda essa realidade a partir das experiências vivenciadas, permitiu conhecer as condições de saúde que a população convive diariamente, bem como os desafios da atuação profissional do/a assistente social para um trabalho condizente ao preconizado pelo Projeto Ético Político da profissão, pautado no compromisso de lutas pela classe trabalhadora. Nesta premissa, a delimitação do objeto de estudo é a atuação do/a assistente social na saúde, com recorte às respostas profissionais apresentadas às demandas.

Tem-se como pressuposto que a atuação do/a assistente social na saúde, mais precisamente na unidade hospitalar, convive diariamente com as refrações do sistema capitalista em todos os sentidos, seja nas condições estruturais, nas condições de vida dos sujeitos atendidos, sendo solicitado a todo momento a responder a precariedade sistema, proposto pelo ideário neoliberal. A população busca no Serviço Social o conhecimento em como ter acesso às políticas sociais, que visam reduzir os impactos causados pela sociedade capitalista.

Estas inquietações levaram a buscar respostas aos seguintes questionamentos: Quais os rebatimentos da crise estrutural contemporânea na política de saúde? Qual sua correlação com a precarização do trabalho do/a assistente social, tendo como cenário político e econômico o município de Uberaba/MG? Como se dá o trabalho do/a assistente social na saúde diante da crescente demanda no SUS face à efetivação do direito ao acesso à saúde pública?

Assim, a pesquisa apresenta como objetivo geral analisar o trabalho do/a assistente social e as respostas profissionais às demandas apresentadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E objetivos específicos: refletir os impactos da crise estrutural do capitalismo na política de saúde; conhecer como está organizado o trabalho do/a assistente social no HC da UFTM e identificar as estratégias adotadas pelos/as assistentes sociais para atender as demandas face à efetivação do direito ao acesso à saúde pública.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, a partir do método materialismo histórico dialético, realizada com fonte bibliográfica, documental e coleta de dados em campo com a técnica da entrevista semiestruturada. O universo do estudo foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, M.G. – e o cenário o Serviço Social desta unidade de saúde, tendo como sujeitos participantes os/as assistentes sociais. Para análise do conteúdo, os dados foram organizados em categorias, possibilitando estabelecer estudo aprofundado das

falas e relacionar ao aporte teórico que determinam a realidade. As categorias foram organizadas como sendo: Trabalho do/a assistente social, crise estrutural, expressões da questão social e estratégias e alternativas profissionais.

A pesquisa envolveu seres humanos, portanto o projeto foi submetido na Plataforma Brasil, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP Campus Franca, S.P., sob o Parecer de nº 2.546.766.

O estudo está organizado em 3 (três) capítulos, apresentando o referencial teórico metodológico da política de saúde, do Serviço Social e do Serviço Social na Saúde, assim como, do conteúdo resultante das entrevistas com assistentes sociais do HC da UFTM. As entrevistas serão destacadas no texto em *itálico*, visando identifica-las diante as demais citações.

O Capítulo 1 apresenta o procedimento metodológico adotada para a aproximação do objeto de estudo; o Hospital de Clínicas da UFTM, que iniciou como Santa Casa, passando a federalização da instituição e findando como Universidade Federal do Triângulo Mineiro; apresenta o Serviço Social do HC-UFTM, com seus avanços e retrocessos e a forma como está organizado; e por último a caracterização dos participantes e suas particularidades.

O Capítulo 2 mostra a contextualização sócio histórica da crise estrutural do capitalismo nos últimos quarenta anos envolvendo o ideário neoliberal; marcos teóricos e políticos da saúde no Brasil, com as conquistas dos movimentos sociais em prol da efetivação do Projeto de Reforma Sanitária; o SUS e os rebatimentos da crise estrutural do capital, conseqüente legislações que regulamentam as ações na saúde, mas não garantem a efetividade da política pública.

No Capítulo 3 fica evidente a atuação do/a assistente social na saúde, que por apresentado por meio das atividades desenvolvidas pelos profissionais e as principais demandas cotidianas; transformações societárias e o impacto na atuação profissional, ressaltando os rebatimentos da crise estrutural na saúde e como isso afeta o usuário do Serviço Social; as expressões da questão social na saúde que é a base material do trabalho profissional e representam as mazelas do sistema capitalista presente na política de saúde; e para fechar estratégias e respostas profissionais: Serviço Social frente a efetivação do acesso a política de saúde, com as respostas às demandas apresentadas e os desafios para garantir os direitos sociais.

O atual contexto político e econômico do país traz consequências na efetivação das políticas sociais, sobretudo para a população usuária desses serviços, em especial na saúde. Diante desta realidade, contraditória e complexa, mas repleta de possibilidades, é que estão os/as assistentes sociais atuantes nos diversos espaços de trabalho e de legitimação do direito social. 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.

Desta forma, buscou-se alcançar os objetivos propostos no estudo, permitindo o crescimento intelectual e profissional da pesquisadora e elucidar a atuação profissional do/a assistente social na saúde, sob a perspectiva crítico dialético, calcada no Projeto Ético Político da profissão do Serviço Social.

CAPITULO 1 CAMINHOS DA PESQUISA

1.1 Caminhos percorridos para a construção da pesquisa

O estudo tem como finalidade conhecer o trabalho do/a assistente social e as respostas profissionais às demandas no cotidiano no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Para tanto, utilizou-se de procedimentos metodológicos, na fase inicial foi adotada a pesquisa exploratória para definir os pontos da investigação, a construção teórica, a elaboração de instrumentos e aproximação do campo, segundo as orientações de Minayo (2007a).

A autora destaca a relevância em discutir os elementos da fase exploratória, “[...] tempo dedicado a interrogarmos preliminarmente o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais [...]” (MINAYO, 2007a, p. 26). Portanto, o estudo propõe, a aproximação teórica da saúde como política pública, o trabalho profissional do/a assistente social na saúde e os desafios para refletir a construção de um novo exercício profissional coerente ao Projeto Ético Político do Serviço Social, sendo que estes fazem parte do primeiro elemento. Em seguida, a aproximação teórica com a experiência profissional da pesquisadora, proporcionou a construção do objeto de estudo. E, por último, tem-se a elaboração de instrumentos de aproximação do trabalho profissional dos participantes, por conseguinte a análise dos dados obtidos.

A construção da pesquisa teve como embasamento teórico o materialismo histórico dialético. Por considerar que:

[...] o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez, a dialética refere-se a métodos de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. (MINAYO, 2007b, p. 107-108).

A abordagem da política de saúde segue a perspectiva dialética, conforme será discorrido no estudo, trazendo dados históricos desta política pública como direito e o processo de transformações nas últimas décadas, de avanços e retrocessos. Considera-se o processo histórico buscando compreender que, na dialética não existe o exato, absoluto e acabado, todo o processo humano está sujeito à transformação e/ou reconstrução (MINAYO, 2007b).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Paulo Netto (2011, p. 25), traz que a análise da realidade histórica, permite compreender o movimento da sociedade contemporânea, ao pondo “[...] de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação.” Ou seja, a conclusão que se busca em um estudo é mutável, exigindo novas comprovações, retificações, reflexões, etc.

Para Paulo Netto (2011), ao compreender a estrutura e dinâmica do conhecimento teórico, o pesquisador reflete no pensamento o objeto; assim, mediante a pesquisa traz-se para o plano ideal a compreensão do objeto estudado, estabelece a construção de uma nova teoria. Trazendo para o campo da saúde, compreender o processo histórico da política, permite refletir e aproximar da realidade concreta do objeto estudado, que é a atuação profissional do/a assistente social em unidade hospitalar. Destarte, esse movimento dialético permite aproximar da diversidade de respostas apresentadas pelo/a profissional no cotidiano.

Por sua vez, a *dialética* refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, classes e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. O materialismo histórico, como caminho teórico, e a dialética, como estratégia metodológica, estão profundamente vinculados [...]. (MINAYO, 2007b, p. 108, grifo do autor)

Para analisar a realidade profissional contemporânea do/a assistente social, busca-se o materialismo histórico como caminho teórico para aproximar da efetivação da saúde enquanto política, bem como, do trabalho do/a assistente social na saúde. A dialética contribuirá para compreender o cotidiano do/a profissional e as respostas às demandas apresentadas.

Nenhuma profissão da área social conseguirá chegar ao final do milênio somente com a capacidade operacional. A essa capacidade operacional é indispensável que se somem também a consistência argumentativa, a fundamentação teórica, a construção do saber. (MARTINELLI, 1999, p. 12-13).

Por meio da abordagem qualitativa é possível captar a totalidade social das relações humanas, com ênfase no contexto da saúde pública. A pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais, “[...] trabalha com o universo dos significados, dos movimentos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.” (MINAYO, 2007a, p. 21). A

abordagem qualitativa permite reconhecer e desvelar o movimento entre o sujeito e a sua realidade, ao que tange a proposta deste estudo, é necessário apreendê-la, no cotidiano do trabalho profissional dos assistentes sociais.

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exigem uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. (MARTINELLI, 1999, p. 25).

Na perspectiva de aproximar de toda essa trajetória e experiência, buscou-se a pesquisa de campo para aproximar do objeto de estudo. A utilização desta metodologia possibilitou avaliar a relação entre a compreensão do sujeito sobre o objeto pesquisado e a realidade do exercício profissional do Serviço Social no HC-UFTM.

A escolha deste universo considera a importância deste Hospital de Clínicas para o município, sua região de abrangência, sobretudo, o próprio Estado de Minas Gerais e o país. Este espaço torna-se, portanto, relevante para que a pesquisa científica contribua com o seu real significado para a saúde pública da população brasileira.

Atualmente a equipe de Serviço Social do HC-UFTM é composta por 25 assistentes sociais, que atuam nos diversos setores e ambulatórios. A amostra da pesquisa, 5 (cinco) assistentes sociais, considerou ser adequada para revelar a realidade estudada.

A escolha desta amostra foi aleatória, buscando profissionais que atuassem na atenção básica, média e alta complexidade dentro da unidade hospitalar, por considerar que todos os espaços apresentam situações complexas e, inúmeras demandas ao Serviço Social, abrangendo o atendimento à crianças e adolescentes, adultos e idosos. Portanto, os locais de atuação das assistentes sociais participantes das entrevistas, não serão identificados, para que possa preservar as suas identidades.

Pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. (LAKATOS; MARCONI, 2013, p. 69).

Cumprindo os preceitos éticos, o Projeto de Pesquisa, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos concomitantemente ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP Campus Franca –, cujo a autorização foi concedida em 16 de março de 2018, Parecer nº 2.546.766. O Projeto de Pesquisa foi submetido também a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da UFTM, que autorizou a pesquisa, mas o estudo de campo somente poderá ser iniciado mediante a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino que propõe a pesquisa (Plataforma Brasil/Unesp – Franca).

Foi estabelecido contato com a Coordenadora do Setor Psicossocial do HC-UFTM explicando sobre os objetivos do estudo. Esta, convidou a pesquisadora a participar da reunião de equipe com assistentes sociais do HC-UFTM, momento em que seria explanado o objetivo da pesquisa e a justificativa da escolha pelas assistentes sociais como participantes. Assim sendo, a pesquisadora participou da reunião e efetivou o convite aos possíveis participantes da pesquisa. Na reunião, foi apresentado à equipe, de forma muito breve os objetivos, justificativa da pesquisa e os setores onde se pretendia fazer o levantamento de dados. Em seguida, foi entregue um convite – conforme Anexo A – aos sujeitos presentes, constando os objetivos da pesquisa, e para os profissionais dos setores indicados que não estavam presentes na reunião, o convite ficou com a Coordenadora do Setor Psicossocial.

A escolha dos setores a serem pesquisados objetivou abranger o atendimento à crianças e adolescentes, adultos e idosos. Apenas uma pessoa não aceitou participar da pesquisa, porém foi avaliado a relevância de demais espaços de atuação profissional no HC-UFTM para a pesquisa, em seguida foi realizado o convite a outro/a profissional que se disponibilizou a participar.

Durante todo o processo, houve a preocupação com o princípio ético, respeitando o sigilo na identidade de cada participante, mantendo a discrição sobre a fala dos participantes e suas limitações dos mesmos. Todos foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, a autonomia em participar e/ou recusar a fazer parte do estudo, caso não fosse de seu interesse.

O instrumental adotado foi a entrevista semiestruturada, “[...] que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se perder à indagação formulada [...]” (MINAYO, 2007a, p. 64). A entrevista como forma privilegiada de aproximação dos participantes,

permite identificar a realidade vivenciada por cada profissional no seu cotidiano de trabalho.

A pesquisadora tem no seu cotidiano profissional a experiência empírica sobre o trabalho em unidade hospitalar, e essa aproximação com outras realidades que foram apresentadas pelos participantes, junto ao material teórico, proporcionaram uma reflexão ampla sobre as possibilidades de atuação e crescimento profissional.

O roteiro da entrevista foi elaborado cuidadosamente, de forma que possibilitasse a caracterização de cada participante da pesquisa, almejando aproximar do objeto de estudo e permitir a reflexão do cotidiano profissional, seus desafios, perspectivas e estratégias utilizadas para a efetivação dos direitos sociais.

A coleta de dados em campo, foi devidamente agendado a data, horário e local indicados pelos participantes, de forma que não afetasse sua rotina diária. No momento da entrevista, novamente foi explicado o objetivo do estudo, questionou-se de que forma gostariam de ser identificados/as, sendo colocado nome fictício. Todos/as participantes indicaram um nome fictício, o qual será identificado nas suas falas no decorrer da pesquisa, conforme anexo 3. Ainda, foi explicado sobre o sigilo da identidade de cada participante e entregue o TCLE para leitura e assinatura do mesmo em duas vias, sendo uma via entregue ao entrevistado e outra para arquivo da pesquisadora.

Para garantir a fidedignidade na fala dos participantes foi utilizado a técnica do gravador de áudio, sendo previamente autorizada por todos/as; e neste momento explicou-se também sobre a não obrigatoriedade em responder as perguntas, porém não houve recusa em nenhum momento. Almejando a análise das falas, utilizou-se da análise de conteúdo, que para Setúbal (1999) este instrumento conta com qualquer mensagem ou expressão dos sujeitos sociais.

A análise de conteúdo entendida como técnica de compreensão, interpretação e explicação das formas de comunicação (escrita, oral ou icônica) tem como objetivos:

- Ultrapassar as evidências imediatas, à medida que busca a certeza da fidedignidade das mensagens socializadas e a validade da sua generalidade;
- Aprofundar, por meio de leituras sistemáticas e sistematizadas, a percepção, a pertinência e a estrutura das mensagens. (SETUBAL, 1999, p. 73).

Para tal, considera-se a descrição na íntegra do material de estudo contido na fala dos/as participantes, remetendo a importância da mensagem expressa na

comunicação, dentro do contexto da pesquisa. Para Minayo (2007a) a análise de conteúdo tem início na leitura das falas, visando aprofundar o estudo, ao ponto de relacionar o aporte teórico com os fatores característicos que determinam a realidade. Todo material transcrito foi separado por categorias de análise, explica a autora que esta categorização retém as relações sociais, guiando teoricamente ao conhecimento de um objeto. Destaca-se que as categorias foram previamente definidas conforme objetivos do trabalho e, posteriormente, foi elaborado o formulário de entrevista. Desta forma, as categorias foram organizadas conforme descrito abaixo:

- Trabalho do/a assistente social;
- Crise estrutural;
- Expressões da questão social;
- Estratégias e alternativas profissionais.

As participantes da pesquisa são identificadas como: P1 Flor, P2 Linda, P3 Maria, P4 Marisa e P5 Mônica. As perguntas iniciais da entrevista, teve como objetivo a caracterização das participantes, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Participantes da Pesquisa

Participante	Tempo de trabalho no HC-UFTM	Graduação	Carga horária
Flor	8 anos	2009	30 horas semanais
Linda	3 anos	2003	30 horas semanais
Maria	2 anos e 8 meses	2007	30 horas semanais
Marisa	3 anos e 9 meses	2003	30 horas semanais
Mônica	4 anos	2000	30 horas semanais

Fonte: Elaborado por Tatiane Campos Fernandes

Os dados destacados no quadro 1, foram baseadas nas informações fornecidas durante da entrevista, sendo possível identificar que a formação continuada é constante na vida profissional das participantes, sendo que das 5 (cinco) participantes, 3 (três) possuem especialização, 3 (três) cursam doutorado, 1 (uma) possui mestrado e 1 (uma) cursa pós-graduação Lato Sensu.

Dentre as principais atividades desenvolvidas no HC-UFTM, pelas participantes, destaca-se:

O acolhimento dos pacientes que estão em condições de conversar, porque a maioria não está, e dos familiares. Durante esse acolhimento eu faço uma entrevista, e vejo também como está no sistema o cadastro, porque eu vejo no sistema atualizado, e vejo questão de documentação, peço para atualizar,

peço pra trazer documentos. Eu participo do boletim médico; quando o médico vai conversar com a família eu participo, até para poder ver o nível de compreensão daquela família e poder ajudar durante a conversa com o médico. Durante a visita aos leitos, através da observação, eu consigo ver também a questão do vínculo com o paciente, então eu fico observando o comportamento da família com o paciente durante a visita. E através da conversa eu vou vendo se tem algum encaminhamento que precisa ser feito para rede. Às vezes questão do conselho tutelar, porque eu vou verificar a situação da família como um todo, e não só do paciente; questão previdenciária, porque a maioria trabalha, ou com vínculo ou sem vínculo, então precisa fazer orientação referente ao INSS; muitos acidentes, então tem que orientar sobre o DPVAT; às vezes acidente de trabalho, então tem que orientar sobre o CAT, e vai acompanhando e orientando onde que leva, porque eles ficam muito perdidos também. Comunicado de óbito, sempre que possível a gente participa, pra acolher e orientar o fluxo depois. (LINDA).

Normalmente o meu atendimento é somente a pacientes internados, a usuário que estão internados no hospital. É feito o acolhimento social, que eu tenho um instrumento que eu criei, uma entrevista, em que eu tento buscar as informações pertinentes, que é a matéria do Serviço Social. As questões trabalhistas, previdenciárias, de benefícios, atendimento junto à rede socioassistencial, a composição do grupo familiar. Porque eu tento num primeiro momento fazer esse atendimento para conhecer essa realidade do usuário mas também da família, pra poder entender o contexto em que a pessoa vive. Quando a pessoa é um usuário que está num processo de reinternação, a gente já conhece o paciente, já conhece a história, aí é feito esse acolhimento, mas de uma forma só pra ver o que tá acontecendo naquele momento. Mas diariamente eu faço acompanhamento social. Eu vou em todos os leitos daquela unidade onde eu trabalho, converso com o usuário, converso com os familiares no horário de visita, então eu faço o acompanhamento social. Das demandas, a que mais aparece para mim é a questão trabalhista e previdenciária [...]. (MARIA).

O [...] meu trabalho com eles é no sentido de trabalhar o paciente e a família, para que essa família consiga lidar com o paciente que muitas das vezes fica dependente, parcialmente ou na sua totalidade, pra que essas famílias tenham condição de lidar com esses pacientes após a alta. Então orientações geralmente são no sentido de orientações previdenciárias e trabalhistas; do município, de onde conseguir o quê? Porque a gente tem uma dificuldade da contrarreferência, e orientação para questão de medicação de alto custo, fralda, dieta; muito paciente vai para casa dependendo de dieta, de traqueo, então é no sentido de orientar os direitos mesmo. Muita gente não sabe nem que tem direito ao auxílio doença, então passa por essas orientações. E a gente tem um trabalho muito legal ali com a equipe, tem uma equipe de médicos, tirando um ou outro, que a gente consegue conversar muito bem, então a gente consegue ter um diálogo e trabalhar principalmente a questão da alta responsável com o médico, fisioterapeuta, fono, e psicologia. (MARISA).

As participantes destacam a preocupação com a família no que diz respeito a compreensão do tratamento que está sendo realizado, vínculos afetivos, além de orientações, encaminhamentos à rede sócio assistencial e acolhimento social. Foi destacado instrumentos técnico operativos do Serviço Social utilizado durante atendimento, a identificação do grupo familiar e sua dinâmica, as demandas apresentadas e orientações.

Subsequente a transcrição das falas, análise das comunicações, unidos ao referencial teórico e a experiência profissional da pesquisadora, realizou-se a interpretação dos dados e análise do conteúdo, que serão apresentados no decorrer dos capítulos.

Considerando a perspectiva ética, a pesquisadora preocupada com a devolutiva da pesquisa realizada aos participantes, questionou-se aos mesmos como gostariam de receber o produto final, tendo todos optado pelo material escrito.

1.2 Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

O universo da pesquisa, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), traz uma trajetória, que teve como projeção inicial a Santa Casa de Misericórdia de Uberaba/MG.

Dados históricos sinalizam que um reverendo franciscano conhecido por Frei Eugênio foi à Câmara Municipal de Uberaba em busca de autorização para criar um hospício de caridade para doentes desvalidos, sendo a autorização concedida em fevereiro de 1859. Assim, o Frei construiu uma casa, onde sediaría o setor administrativo da Santa Casa, bem como sua própria residência (SILVA, C., 2008). Com a sua morte em 1871, iniciava-se em 1886 um movimento em busca de reconstrução do hospital, mas somente em 1898 tem início o funcionamento da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, com a finalidade de criação de uma associação de beneficência pública e a missão de atender enfermos de ambos os sexos.

Em 1921 ocorreu um incêndio nas dependências da Santa Casa, levando a destruição do mobiliário e arquivo e o Dr. José Ferreira que se tornou o sucessor de Frei Eugênio, no ideal de reconstrução da Santa Casa de Misericórdia, não mediu esforços e mobilizou parte influente da sociedade uberabense na luta pela construção do novo prédio. Em 1924 foi concedida a subvenção para a construção das novas instalações que foram inauguradas em setembro de 1926 (SILVA, C., 2008).

Em março de 1935 foi inaugurado o segundo prédio da Santa Casa, e na ocasião o governador de Minas Gerais, Juscelino Kubitschek de Oliveira, doou o prédio da Cadeia Pública de Uberaba para o funcionamento da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM). O antigo prédio da Cadeia Pública passou por uma reforma em meados de 1952, e a Santa Casa se tornaria o Hospital da FMTM,

sendo que o fato se concretizou em 1954. Visando cumprir as exigências legais de proporcionar espaço para o trabalho profissional aos alunos da FMTM, foi firmado convênio com a Santa Casa de Misericórdia em 1954 (LOPES; CHAPADEIRO, 2003).

Anos depois, mais precisamente no dia 08 de junho de 1967, a Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, tornou-se uma instituição federal passando a ser identificada como Hospital Escola (HE) da FMTM, por meio do Decreto n. 60.837 em 08 de junho de 1967, e o hospital da Santa Casa e todo seu terreno foi incorporado ao patrimônio da União em abril de 1968.

Com toda essa transição, encerra o ciclo da Santa Casa de Misericórdia e inicia-se a trajetória do HE da FMTM. Destaca-se que a FMTM é uma Instituição Federal de Ensino Superior, que foi fundada em abril de 1953 por um grupo de 18 (dezoito) profissionais que se organizaram para efetivar esse projeto (LOPES; CHAPADEIRO, 2003). A consolidação legal da FMTM ocorreu em 24 de dezembro de 1959, através do Decreto n. 47.844, e a Federalização da Instituição ocorreu em 1960, através da Lei n. 3.856 de 18 de dezembro de 1960.

Segundo Maria Antonieta Borges Lopes, houve várias versões para explicar a criação da FMTM. Diante dessa gama de divergências, em algumas há certo consenso. O primeiro é que a população uberabense não estava satisfeita com a política do Estado de Minas Gerais, sobretudo a tributária, durante o governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira (JK), que declarou ser candidato à sucessão de Getúlio Vargas na presidência do país. Diante desse descontentamento, JK resolveu fazer um levantamento para conhecer as necessidades da população do Estado de Minas Gerais, e detectou-se que os uberabenses tinham o sonho de ter, na cidade, uma Faculdade de Medicina. Diante dessa necessidade, o então governador JK fez a proposta ao deputado Mário Palmério e a Lauro Fontoura, dando, ainda, apoio a um grupo de 18 profissionais, que seriam os fundadores. Na época, Dr. Lauro Fontoura e o diretor da Faculdade, Dr. Mozart Furtado Nunes, o Presidente da República, Getúlio Vargas, e o Ministro da Educação, Antônio Balbino, assinaram a autorização de funcionamento, como constava do Decreto n. 249, de 24 de março de 1954, com base em projeto técnico-pedagógico elaborado segundo a legislação educacional vigente (SILVA, C., 2008, p. 54-55).

No ano de 1973 inicia-se a construção do Hospital Escola da FMTM, e foi inaugurado em agosto de 1982, e com a transferência dos leitos e salas de cirurgia foram transferidos para as novas instalações. O antigo prédio da Santa Casa foi desativado e tombado em maio de 1994.

A partir da ampliação do HE, seria necessário a contratação de mais profissionais de saúde para trabalharem nas novas instalações, porém esse processo ocasionou intenso desgaste aos gestores, pois o governo federal proibiu a contratação

de funcionários. Desta forma, o então diretor José Fernando Borges Bento, adotou uma ousada estratégia para nomeação de 300 funcionários concursados, por meio de convênio firmado com a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), considerando que esta Fundação alocaria recursos para o HE (LOPES, CHAPADEIRO, 2003). Esta é uma empresa de direito privado, sem fins lucrativos, “Foi instituída em 1982, com a finalidade de promover o ensino e a pesquisa e prestar assistência à saúde, remunerada ou não a comunidade.” (FUNEPU, 2008, p. 4).

A nova estrutura do HE proporcionaria melhores condições de atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), além de melhores oportunidades de aprendizagem prática e uma variedade de cursos técnicos, graduação e pós-graduação.

Com a construção do Hospital Escola, foi possível oferecer aos alunos da FMTM um local mais adequado à qualidade do ensino e da aprendizagem que se almejava. Até então, o ensino era praticado em Instituições e outros hospitais da cidade através de convênios com: Asilo São Vicente de Paula, Hospital da Criança, Instituto dos Cegos do Brasil Central, Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, Sanatório Espírita, Hospital do Pênfigo. Desde sua fundação, a FMTM desenvolveu-se nos aspectos quantitativo e qualitativo criando, além do Curso de Medicina, a partir de 1989, o Curso de Graduação em Enfermagem, e, a partir de 2000, o Curso de Graduação em Biomedicina, bacharelado. (SILVA, C. 2008, p.56).

Em todo o complexo hospitalar, vários serviços foram incorporados como: Ambulatório Maria da Glória, Clínica Civil, Hemocentro, Centro de Reabilitação, etc. O Ambulatório Maria da Glória inicialmente, destinava-se ao atendimento de usuários com hanseníase e tuberculose. Devido ao fluxo de atendimento, na década de 1980 foi aprovado projeto para ampliar suas instalações. Este ambulatório mudou-se para o novo prédio no ano de 2000, passando a atender diversas especialidades médicas na modalidade de consulta ambulatorial (SILVA, C., 2008).

Aproximadamente, durante 17 anos a Clínica Civil funcionou em prédio anexo ao Hospital Escola, como estratégia para aumentar a receita e suprir os custos do hospital, a Funepu inaugura em 1993 o atendimento na Clínica Civil (FUNEPU, 2008, p. 16). Esta unidade de internação hospitalar é destinada exclusivamente ao atendimento de pessoas detentoras de convênios, além de atendimentos particulares. Mas no final de outubro de 2010 foi encerrando as atividades da Clínica Civil e passando todo o complexo hospitalar do HE a atendimento totalmente pelo SUS (FUNEPU, 2011).

A inauguração do Centro de Reabilitação ocorreu em 04 de agosto de 1987, visando a reabilitação física e/ou reintegração de usuários no meio social e profissional. Há também o fornecimento de aparelhos ortopédicos por meio do Programa de Órtese e Próteses. Já a Fundação Hemominas, conforme Decreto n. 45.822 de 19 de dezembro de 2011, tem por finalidade garantir à população a oferta de sangue e hemoderivados de boa qualidade, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Estadual de Saúde. A Fundação funcionava nas dependências do Hospital Escola, teve o prédio construído junto ao complexo do Hospital, inaugurado em 1995, atende hospitais de Uberaba e alguns municípios da região, com administração está vinculada a Fundação Hemominas (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2014).

Com a ampliação e a modernização, o Hospital Escola passou a ser Hospital de Clínicas, considerando que a FMTM foi transformada em Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por meio da Lei n. 11.152 de 29 de julho de 2005, sancionada pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva (SILVA, C., 2008).

Por meio da obtenção de certificação de Hospital de Ensino, foi possível oferecer campo de estágio para cursos técnicos e da graduação, que são ministrados pela UFTM e outras unidades de ensino, além de residência médica em diversas áreas do conhecimento, residência multiprofissional e programa de pós-graduação lato sensu e stricto sensu.

O HC-UFTM atende 27 municípios que pertencem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), sendo o único hospital de Uberaba que oferece atendimento de alta complexidade¹ totalmente pelo SUS. No entanto, frente à nova orientação liberal para as políticas públicas, em janeiro de 2013 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) passou a gerir o HC-UFTM, visando a melhoria da qualidade de assistência prestada.

Esse processo desencadeou a contratação de profissionais em 2013, e a nomeação dos aprovados a partir de fevereiro de 2014 (EBSERH, 2017). No primeiro ano desta nova administração, foram disponibilizadas 702 vagas para as diversas áreas da saúde e, no ano de 2015 mais 22 vagas para médicos e um para tecnólogo em radiologia.

¹ “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).” (BRASIL, 2009, p. 32).

Portanto, neste momento o HC-UFTM dispõe de quatro modalidades de vínculo empregatício, sendo elas: Funepu, Ebserh, empresas terceirizadas e funcionário público federal, sendo os três primeiros, contratação por regime celetista. Significa a orientação de Estado mínimo, ferindo os preceitos constitucionais quanto ao dever do Estado, como provedor do direito à saúde pública.

O HC-UFTM possui uma área física construída de 34.525,93* m², distribuídos entre ambientes de internação, ambulatorios, pronto-socorro, serviços de diagnóstico e tratamentos especializados. *Exceção: Centro de Oncologia” (EBSERH, 2017, p. 6). Os ambulatorios contam uma média de 190 consultórios no total, sendo que os atendimentos realizados, em dados quantitativos, no ano de 2016 foram de 262.717, conforme tabela 1.

Tabela1 - Serviços Ambulatoriais

SERVIÇO	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	TOTAL
Consultas ambulatoriais	63.169	62.998	126.167
Consultas Centro de Reabilitação	2.797	3.284	6.081
Total de consultas ambulatoriais	65.966	66.282	132.248
Procedimentos ambulatoriais	24.662	31.030	55.692
Procedimentos Centro de Reabilitação	13.952	15.338	29.290
Total procedimentos ambulatoriais	38.614	46.368	84.982
Consultas Central de quimioterapia	4.860	3.667	8.527
Quimioterapia	2.941	1.720	4.661
Outros procedimentos	7.224	7.403	14.627
Número de campos de radioterapia	6.406	4.334	10.740
Número de usuários atendidos	117	102	219
Hemodiálise	3.370	3.343	6.713
Total atendimentos	24.918	20.569	45.487

Fonte: Elaborado por Tatiane Campos Fernandes.

Tais informações foram disponibilizadas pela Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatísticas do HC-UFTM. Os procedimentos ambulatoriais são caracterizados por pequenos procedimentos realizados nos consultórios, como exemplo, a retirada de pontos cirúrgicos, remoção de talas de gesso, curativos

simples, etc. O número de consultas com especialidades médicas é significativo, cerca de 132.248, mas exíguo diante da complexidade da política de saúde atual.

Ressalta-se que estão dentro de outros procedimentos, atendimentos como os exames laboratoriais, sangria, mielograma, pulsão, atendimento de interconsultas; e os campos de Radioterapia referem-se as sessões realizadas.

No ano de 2016, os leitos ativos para internação hospitalar totalizavam 296 e mais 6 leitos de hospital-dia², conforme informações disponibilizadas pela Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatísticas do HC-UFTM, sendo distribuídos da seguinte forma:

Tabela 2 - Unidades de Internação

UNIDADES DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS
Pronto Socorro Adulto	22
Pronto Socorro Infantil	10
Terapia Renal	04
Pediatria	24
Neuroclínica	10
Neurocirurgia	07
Onco-Hematologia (TMC)	06
Unidade de Terapia Intensiva Adulta	10
Unidade de Terapia Intensiva Coronariana	10
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	04
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	16
Ortopedia	17
Otorrinolaringologia	01

UNIDADES DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS
Oftalmologia	02
Clínica Cirúrgica	61
Clínica Médica	37

² Hospital-Dia é considerado atendimento de baixa complexidade, porém que exige suporte hospitalar. Dentre as finalidades desta modalidade de atendimento, cabe destacar a de reduzir a reincidência em internação hospitalar, reduzir o tempo de internação, consequentemente, diminuir o risco de infecção e estresse do cliente. (EBSERH, 2017)

UDIP (Unid. Doenças Infecto Parasitárias)	09
Ginecologia	13
Obstetrícia	22
Berçário	11
Total de leitos de internação	296
Hospital-Dia	06
Total de leitos de internação e Hospital-Dia	302

Fonte: Elaborado por Tatiane Campos Fernandes.

A internação hospitalar é realizada de acordo com diagnóstico de cada pessoa atendida, indicando a unidade de internação que será encaminhado. Através da indicação de leitos, conforme tabela 2, é possível identificar a amplitude de casos atendidos dentro do complexo do HC-UFTM, sendo este um hospital de referência em média³ e alta complexidade para Uberaba e região.

A Carta de Serviços ao Cidadão do Hospital de Clínicas da UFTM, descreve como serviços oferecidos de alta complexidade:

- Captação, retirada, transplante e acompanhamento pós-transplante de rins e de córneas;
- Retirada de órgãos e tecidos;
- Terapia Renal Substitutiva;
- Tratamento Ortopédico;
- Tratamento Oftalmológico;
- Neurocirurgia;
- Tratamento Oncológico/Câncer;
- Procedimentos cardiovasculares (cirurgia cardíaca, implante de marcapasso definitivo, implantação de stents, radiologia intervencionista);
- Nutrição enteral e parenteral;
- Medicina física e reabilitação;
- Terapias Intensivas (neonatal, pediátrica, adulta e especializada);
- Tratamento da AIDS;
- Gestação de alto risco;
- Transplante autólogo de medula óssea;
- Assistência ao Indivíduo com obesidade;
- Assistência em Urgência/Emergência;
- Laboratório especializado em Aids e Citopatologia. (EBSERH, 2017, p. 11-12).

Os procedimentos cirúrgicos realizados em 2016 serão identificados como eletivos, de urgência e transplante e de retiradas, conforme representados na tabela a seguir:

³ “Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.” (BRASIL, 2009, p. 207).

Tabela 3 - Procedimentos Cirúrgicos

SERVIÇO	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	TOTAL
Cirurgias Eletivas	1.470	1.745	3.215
Cirurgias de Urgência	2.169	2.143	4.312
Total de cirurgias	3.639	3.888	7.527
Transplantes realizados no HC-UFTM	40	27	67
Retiradas realizadas no HC-UFTM	14	37	51
Total de procedimentos transplante	54	64	118

Fonte: Elaborado por Tatiane Campos Fernandes.

São consideradas cirurgias eletivas, aquelas identificadas a necessidade de procedimento cirúrgico e previamente agendada pelo médico assistente que acompanha o usuário no ambulatório do HC-UFTM, e identifica a necessidade de procedimento cirúrgico. As urgentes são decorrentes de internações advinda das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), vítimas de acidente de trânsito ou trabalho, em caso de consequência de internação hospitalar prolongada, etc. O Hospital de clínicas realiza transplantes de córnea e retirada de órgãos e tecidos. EBSERH (2017).

Todas as informações das tabelas foram disponibilizadas pela Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatísticas do HC-UFTM. Os atendimentos de Pronto Socorro (PS) também fazem parte dos atendimentos de saúde no complexo hospitalar do HC-UFTM, referente ao ano de 2016.

Tabela 4 - Atendimentos de Emergência

Pronto Socorro Adulto	18.773	19.438	38.211
Pronto Socorro Infantil	1.370	1.170	2.540
Total de consultas emergenciais	20.143	20.608	40.751

Fonte: Elaborado por Tatiane Campos Fernandes.

A disparidade do atendimento do PS Adulto em relação ao PS Infantil se dá pelo fato da diversidade de áreas atendidas no primeiro. O PS Adulto abrange Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia. O PS Infantil tem atendimento pediátrico em geral e vítima de violências.

O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2016) realizado em Uberaba, estima que o número populacional do município para 2017 é de 328.272. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) – (MINAS GERAIS, 2017), indica que a população que compõe os 27 municípios da macrorregião de Uberaba é em média de 689.202 habitantes. Esse último número pode haver uma defasagem, se comparado a estimativa populacional do IBGE para Uberaba, neste mesmo ano.

O que se pretende enfatizar com a apresentação destes dados numéricos, é que os números de atendimentos realizados nos serviços ambulatoriais, unidades de internação, procedimentos cirúrgicos e atendimentos de emergência são o suficiente para atender apenas pequena parte da população do SUS que compõem a macrorregião, ou seja, a demanda é consideravelmente maior que a oferta de serviços.

No que se refere as formas de acesso ao atendimento no HC-UFTM, para a primeira consulta em ambulatórios, o usuário deve possuir encaminhamento médico das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e inserir esta solicitação no sistema da Fila Eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e, para agendamento de retorno ou consulta com outra especialidade médica solicitada por um médico do HC-UFTM, o usuário segue diretamente aos guichês de atendimento do ambulatório. No caso de atendimento de outros municípios a marcação é através da Regulação Assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), o SUS Fácil⁴.

Os pacientes recebidos pelo Pronto-Socorro têm as seguintes origens:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu /Resgate/Corpo de Bombeiros, Polícias Militar, Rodoviária, Florestal, Civil e Federal; Concessionárias das rodovias;
- Todos os casos de Urgências em ginecologia, oftalmologia e HIV/AIDS;
- Todos os casos provenientes dos Ambulatórios do Hospital de Clínicas e Hemocentro, com encaminhamento padronizado e contato prévio com as equipes de plantão;
- Pacientes em tratamento continuado, devidamente identificados por relatórios de médicos da UFTM, tais como doenças hematológicas em quimioterapia, pós-transplantes, pós-cirúrgicos até 30 dias;
- Todos os pacientes trazidos ao Pronto Socorro com história de trauma ou vítima de violência, constatada pela equipe multidisciplinar de plantão;

⁴ “O SUSFácil é um software de Regulação Assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais, garantindo, assim, melhorias constantes no acesso e atendimento prestado à população. [...] As Centrais de Regulação Assistencial são estruturas operacionais que, interpostas entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, são capazes de dar a melhor resposta possível, em um dado momento, para um problema assistencial específico.” (MINAS GERAIS, [2011]).

- Toda intoxicação exógena e envenenamento por agente que coloque em risco a vida do paciente, além de acidente por animais peçonhentos;
- Porta aberta até 72 horas a vítima ou suspeita de abuso sexual, adultos e crianças; (EBSERH, [2017]).

A internação hospitalar pode ocorrer por meio de encaminhamento do Pronto Socorro do HC-UFTM (urgência/emergência), de forma eletiva, transferência de outros hospitais e por regulação do SUS Fácil. Após atendimento no PS e identificado a necessidade de prolongar o tratamento, o usuário será encaminhado a unidade de internação. A internação eletiva, ocorre quando o médico do ambulatório solicita um procedimento cirúrgico e/ou tratamento indicado para suporte hospitalar, assim, será agendado previamente a data do procedimento e internação. As transferências para o HC são reguladas pelo sistema do SUS Fácil, em sua maioria, são usuários que necessitam de procedimento e/ou suporte de alta complexidade.

Portanto, a porta de entrada para atendimento no HC-UFTM no município de Uberaba são as UPA's, e para os atendimentos da região é por regulação via SUS Fácil, que também são provenientes da UPA dos municípios de referência.

Para seu funcionamento, o HC-UFTM dispõe de terceirização como modalidades de contrato trabalho. Além dos servidores federais, com Regime Jurídico Único (RJU), existem os contratos da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (Funepu) e as empresas terceirizadas, como: a Calseng Serviços, responsável pela contratação de profissionais de recepção; a Pluri Serviços que coordena profissionais do serviço de limpeza; Resende está à frente do serviço de portaria; e Nutrisabor responsável pelo setor de nutrição hospitalar, envolvendo profissionais como cozinheiro, copeiro, nutricionista, açougueiro, etc.

Todo esse processo histórico de transformações ocorridas no Hospital de Clínicas da UFTM, é importante para compreender a inserção do Serviço Social neste espaço de atuação profissional, o qual está sujeito a avanços, retrocessos, limites e desafios.

1.3 Serviço Social do HC – UFTM

A história do Serviço Social no Hospital de Clínicas da UFTM inicia-se em 1982 quando ainda era Hospital Escola da FMTM. Neste ano, foram efetivadas 4

assistentes sociais aprovadas em Concurso Público Federal, sendo identificado inicialmente como Serviço Social médico. Dessas profissionais efetivadas, 2 trabalhavam na Unidade de Internação e 2 no Ambulatório, além de contribuir na administração institucional com levantamento de dados.

O Serviço Social não dispunha de sala de atendimento, telefone, e outros recursos, e o atendimento era marcado pela execução de atividades atribuídas por outros profissionais como: comunicação de altas e óbitos, ligações telefônicas, dentre outras (SILVA, C., 2008). No que diz respeito a essa atuação e a ausência de estrutura adequada “O Serviço Social no Brasil nasce e se desenvolve nos marcos do pensamento conservador [...]” como ressalta Iamamoto (2000, p.219).

O Serviço Social intervia em situações de conflito ou problemáticas sociais que interferiam no diagnóstico e no tratamento do usuário dos serviços de saúde, visando reduzir os agravos que pudesse prejudicar o tratamento de saúde. Constitui atribuições do/a assistente social no HE-UFTM naquele período:

- Atendimento assistencial - Prestação de ajuda material e encaminhamento a recursos internos e externos;
- Atendimento preventivo – aplicação de técnicas de esclarecimento ao paciente e familiares, visando prevenir o surgimento de problemas psicossocial;
- Atendimento terapêutico – ajuda ao paciente e a família a superar situações sociais problema que dificultam a reabilitação social do paciente em ambiente hospitalar;
- Atendimento psicossocial – aspectos trabalhados de acordo com técnicas específicas do serviço social;
- Alta problema – problemas sociais que dificultam a saída do paciente do hospital e ausência de condições para fazer as necessidades básicas (SILVA, c. 2008, p. 67).

O/A assistente social era chamado a intervir em caso de transferência de usuários a outros hospitais/cidades, sendo que o/a profissional realizava avaliação socioeconômica e encaminhava para a Diretoria Administrativa do HE. (SILVA, c., 2008). Ainda, destaca-se algumas situações de alta que o Serviço Social era acionado em casos de “altas problemas” como: paciente que reside sozinho; pacientes de outros municípios sem recurso financeiro; rejeição materna de Recém-Nascido; pacientes com necessidades especiais que devem ser cuidados pela família; paciente em cuidados paliativos; menor desacompanhado e idosos (SILVA, C., 2008, p.68)

A partir de abril do ano de 1986 ficou definido em reunião entre chefias de diversos setores que algumas ações, até então realizadas pelo Serviço Social, não

mais seriam executadas pelo/a profissional, como o aviso de óbito que ficaria a cargo da enfermagem, aviso de alta e ligações seriam de responsabilidade do Setor de Admissão e Alta. A atuação do/a profissional do Serviço Social no caso de comunicado de óbito era no sentido de acolher a família e prestar orientações pertinentes aos tramites burocráticos. Observa-se, portanto, algumas mudanças relacionadas a atuação profissional.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro começa a influenciar o trabalho profissional, com a reflexão crítica da realidade vivenciada e a necessidade de mudanças no cotidiano. Para Bravo (2008), o Serviço Social brasileiro sofre influências da conjuntura econômica e política, com a crise do Estado, a falência da atenção em saúde e a proposta de Reforma Sanitária e, ao mesmo tempo, tem-se a negação do Serviço Social tradicional, objetivando uma nova direção à profissão.

No ano de 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, visando estabelecer saúde como direito de todos, fruto do movimento de Reforma Sanitária brasileira. Neste período, o Movimento de Reconceituação contribui para um novo posicionamento do Serviço Social, perante as instituições empregadoras e os usuários. No âmbito da saúde, o/a profissional passou a ampliar sua intervenção, com ações de prevenção e promoção da saúde, visando trabalhar a autonomia do sujeito e os direitos do cidadão.

Um novo posicionamento profissional se fez presente do bojo da atuação do/a assistente social do HE, a partir de julho de 1987 seu trabalho está voltado à promoção, educação e emancipação do usuário, alterando suas rotinas, atribuições e competências. Houve resistência de alguns profissionais, mas foi o primeiro passo dos assistentes sociais para uma prática voltada à consolidação do direito à saúde (SILVA, C., 2008).

O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história. (IAMAMOTO, 2000, p. 49, grifo do autor).

No cenário nacional vários acontecimentos influenciaram esta nova conduta profissional como a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a Lei Orgânica da

Saúde Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990b), o Estatuto da Criança e Adolescente Lei n. 8069/90 (BRASIL, 1990a) e a Lei n. 8662/93 que regulamenta a profissão do/a assistente social. Essas legislações são dirigidas à garantia dos direitos sociais.

Nos anos de 1990 o Serviço Social do Hospital Escola era referência para a cidade de Uberaba - MG, pois era uma das poucas instituições que contava com o/a profissional na equipe de saúde. Neste período o setor contava com 7(sete) assistentes sociais, sendo 3 (três) contratadas pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU). A responsável pelo setor era a assistente social Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, que representou o Serviço Social na instituição por 10 (dez) anos. As profissionais do HE colaboraram na organização do I Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba que ocorreu em maio de 1990, levantando alguns temas de relevância sobre a atuação profissional.

Na mesma ocasião, o objetivo do Serviço Social, no HE era o de intervir nas situações sociais problemas ou conflitivas apresentadas pelo paciente, que pudessem intervir no diagnóstico ou no tratamento médico hospitalar ou ambulatorial. As dificuldades apresentadas durante o evento foram: falta de verbas para o Serviço Social Médico, falta de sala nas unidades de atendimento, falta de local adequado para encaminhar os pacientes com sequelas graves e falta de medicações específicas diversas para pacientes carentes de recursos (SILVA, C., 2008, p.70).

Esse é um momento em que a conjuntura histórica é complexa. O projeto neoliberal, as políticas de redução do papel do Estado, as privatizações e o incentivo do mercado como provedor da saúde, confronta-se com o projeto profissional do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária. Neste contexto, o Serviço Social é desafiado a atuar diante das demandas emergentes, na direção de consolidação dos direitos sociais.

Em 1993 foi realizado no concurso federal para contratação de Assistente Social para o HE, sendo contratadas em 1994, para vários setores, compondo as equipes interdisciplinares do hospital.

Observa-se que os avanços do Serviço Social no HE caminham na direção do debate da categoria profissional. O ano de 1993 constitui um marco histórico importante para a profissão, com a aprovação do Código de Ética Profissional do/a assistente social (CFESS, 1993), a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei n. 8.662/93 (BRASIL, 1993) e o Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741/2003 (BRASIL, 2003).

A Lei n.8.662/93, acima examinada, resulta da iniciativa do Congresso Nacional, na condição de representante da vontade política nacional, promovendo o discernimento objetivo da profissão, relativamente às demais profissões, distinguindo suas competências e atribuições privativas e a estrutura e funcionamento de seus órgãos institucionais. Já o código de ética resulta, por determinação da lei profissional, de um ato de auto-regulamentação da categoria, por meio de seu órgão máximo de representação, o encontro CFESS/CRESS, instituindo os valores éticos que devem presidir a autonomia profissional. (SIMÕES, 2008, p. 507-508).

Com esses acontecimentos ocorrendo no cenário nacional, o HE foi modificando sua gestão institucional. Na internação hospitalar, foram liberados acompanhantes para crianças e idosos do SUS, dentre outras rotinas que foram reavaliadas e implementadas conforme a legislação.

Em 1999, por determinação da Diretoria Administrativa do Hospital Escola e da Chefia do Pronto Socorro, o Serviço Social passou a atender em regime de 24 horas ininterruptas.

De acordo com documentos do Setor de Serviço Social, verificou-se que, em 2000, o seu objetivo geral era assim definido: atuar no complexo hospitalar seguindo os princípios ético-políticos do Serviço Social, estando sintonizado com os avanços teórico-metodológicos atuais, contribuindo, assim, para a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Escola.

A partir do ano de 2001, o setor de Serviço Social, começou a integrar a Comissão Intra Hospitalar de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos sendo que, anteriormente a essa data, fazia parte do Programa de Doação de Órgãos. (SILVA, C., 2008, p. 72).

Neste período, se identifica a mudança de paradigmas na atuação do/a assistente social na saúde. O/A profissional preocupa-se com os avanços teórico-metodológicos, capacitações, produção de novos materiais teóricos e organização de eventos envolvendo a participação de assistentes sociais e demais profissionais da saúde, além da comunidade.

Fato importante ocorrido em 2003, foi a parceria firmada entre a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro com a Universidade de Uberaba (UNIUBE) para a concessão de Estágio Supervisionado aos discentes do Curso de Graduação em Serviço Social da Uniube, sendo ofertadas inicialmente, 3 vagas, uma em cada espaço de atuação diferente, ou seja, Pediatria, Pronto Socorro e Centro de Reabilitação.

Neste sentido, o Estágio Supervisionado contribuirá para os avanços do Serviço Social no HE, como reflete Iamamoto (2000).

O estágio é caracterizado, nas diretrizes curriculares, como *atividade curricular obrigatória*, que se configura a partir da inserção do aluno no

espaço sócio-ocupacional, tendo em vista a sua capacitação para o trabalho profissional. [...] é antecedido de uma prévia aproximação à realidade do mercado profissional de trabalho, por meio de contatos e observação do trabalho de assistentes sociais e de estudos teóricos e empíricos sobre a questão social e suas manifestações específicas na realidade do município e/ou região. (IAMAMOTO, 2000, p. 283-284, grifo do autor).

O que o espaço de estágio é a oportunidade ao aluno da graduação de estabelecer a relação teoria/prática, subsidiando sua formação profissional, e o trabalho profissional no hospital.

Os avanços para o Serviço Social continuaram, em 2003 a profissão tem importante participação em diversas Comissões Intra Hospitalares, treinamentos, cursos de capacitação, encontros e fóruns, todos na área da saúde, sendo realizados em Uberaba e outros municípios e estados do país. Nesse sentido, enfatiza a participação do/a profissional não apenas na assistência aos usuários do HE como também na extensão e na pesquisa, fomentando a criação de cursos de pós-graduação.

Em 2004 o setor de Serviço Social do HE em conjunto com a Associação de Assistentes Sociais de Uberaba (atualmente inativa), promove o Encontro de Assistentes Sociais, realizado nas dependências da Uniube, onde foi debatido sobre a atuação profissional em diferentes espaços sócio ocupacionais da cidade, desde o âmbito privado, ONG's, como nas esferas municipal, estadual e federal. Neste mesmo ano, os gestores do HE, convocam o Serviço Social a participar de Programas Institucionais, como Gestão Hospitalar para cursos de capacitação e reuniões, o Humaniza SUS e a Gestão e captação de recursos (SILVA, C., 2008).

Seguindo a direção do compromisso ético-político da profissão o Serviço Social no ano de 2005 esteve à frente na participação de Conselhos locais, associações de usuários, comissões hospitalares, conferências municipal e estadual de direitos, além de coordenação de projetos, Cátia Silva (2008, p. 75), destaca como avanços:

Nessa trajetória, referindo-se ao ano de 2006, o Serviço Social do HE, participou do Planejamento Estratégico institucional, definido que se tem como missão do Serviço Social: prestar atendimentos sociais aos usuários, incentivando-os a participarem da busca da saúde através do conhecimento de alternativas de mudanças nas situações sociais que possam interferir no processo saúde-doença.

No mesmo sentido, definiu-se como visão: ser referência nacional em prestação de serviços na área de Serviço Social com ênfase na prevenção, promoção e assistência em saúde e na formação de recursos humanos. E como negócio: atendimento ao usuário e suas respectivas famílias embasados nos princípios e diretrizes do SUS (Lei n. 8080, de 19/09/1990) e

no Código de Ética dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS n. 273/93, de 13/03/1993).

Ainda, destaca-se a participação popular na gestão da saúde, veiculação de informações sobre direitos e responsabilidades no tratamento de saúde, participação em ações de promoção e prevenção.

Os usuários do Serviço Social no HE, em sua grande maioria têm seus direitos violados e pouco conhecimento sobre os seus direitos. Portanto, cabe ao assistente social o atendimento das necessidades apresentadas, resultantes das contradições da sociedade capitalista, trabalhar com o usuário no sentido de fortalecer a defesa dos direitos sociais. Na equipe de saúde, considera-se a importância do trabalho interdisciplinar.

Nesta perspectiva, quando pensamos no potencial de contribuição do assistente social para o trabalho interdisciplinar na saúde, entendemos que sua contribuição deve se dar a partir de seu olhar técnico especializado e diferenciado em relação aos usuários dos serviços de saúde e sua condição de vida. (SILVA; MENDES, 2013, p. 59).

Em 2005 a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), foi reconhecida como Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), bem como o Hospital Escola, tornou-se Hospital de Clínicas (HC).

Visando consolidar o Serviço Social na UFTM, no ano de 2006, a chefia do setor encaminha ao Reitor da Universidade a proposta de criação do Curso de Graduação do Serviço Social, bem como o Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social, tendo como responsáveis a Professora Dra. Rosane Aparecida de Sousa Martins e a assistente social Ivone Aparecida Vieira da Silva, como reflete Cátia Silva (2008).

O quadro de profissionais do Serviço Social no HC-UFTM em 2007, era composto por 15 assistentes sociais, demonstrando as conquistas efetivadas da categoria profissional, no entanto, diante da complexidade de demandas, este número de profissionais é insuficiente para atender todas as solicitações direcionadas à profissão (SILVA, C., 2008).

O Serviço Social no HC-UFTM organização do seu trabalho, utiliza dentre os instrumentos de atuação a entrevista, o encaminhamentos a recursos de comunidade, o registro de intervenção em prontuários, a visita domiciliar, a dinâmica de grupo, os

relatórios sociais e supervisão de estágio, a participação e organização de eventos, bem como representação do Serviço Social em diversos conselhos municipais (SILVA, C., 2008). Ainda, atua em diversos programas institucionais e atende todas as unidades/complexo do HC.

Para comemorar os 25 anos do Serviço Social no HC-UFTM em 2007, foi realizada a “1ª Jornada de Serviço Social, com o tema Ética, Qualidade de Vida e Saúde” (SILVA, C., 2008, p.79). Entre os debates houve a reflexão sobre as ações na saúde, a interlocução entre ensino, a pesquisa e a extensão, dentre outros, e houve a participação de profissionais de diversas áreas da saúde de Uberaba e da região, além de docentes e discentes de vários cursos de graduação. A 1ª Jornada contou também com apresentação de trabalhos na modalidade de pôster e oral.

Neste sentido a 1ª Jornada contribuiu para ampliar a discussão e reflexão acerca da política de saúde e desafios profissionais nesta área. Por considerar os espaços de discussão e, conseqüentemente de formação importante e rico, foi promovido ainda em 2007 pelo setor o III Seminário de Estágio Supervisionado em Serviço Social.

Para comemorar o Dia do/a assistente social, realizou-se em 2008 a II Jornada de Serviço Social na Saúde da UFTM em parceria com a Associação dos Assistentes Sociais de Uberaba, na perspectiva de refletir sobre intersectorialidade e o trabalho profissional. Contou-se com a participação de docentes representante de 2 universidades privadas da cidade, do CRESS-MG, professores da UNESP de Franca/SP e da UFTM, além de discentes e profissionais de Uberaba e região.

A criação e o desenvolvimento do trabalho do/a assistente social no HC-UFTM, até 2007, foi realizada tendo como base o estudo bibliográfico em especial Cátia Silva (2008), sendo que a partir de 2008, seria necessário a pesquisa documental, que não foi possível realizar devido a limitações institucionais e a pesquisadora não obteve autorização.

Em 2014 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares assumiu a gestão administrativa do HC-UFTM. Assim, houve a contratação de 15 (quinze) assistentes sociais, que passaram a integrar a equipe do Serviço Social, totalizando 25 profissionais.

Para conhecer como está organizado o Serviço Social no HC-UFTM, as falas participantes mostram que:

Nós somos 25 assistentes sociais, hoje, sendo que 4 estão afastadas por licença médica, e estamos distribuídas cada uma em uma clínica aqui. A gestão, tem uma referência técnica, mas é uma gerência compartilhada, tem uma comissão técnica, também, que são 3 pessoas, representando vínculos diferentes que nós temos: o RJU, a Funepu e a Ebserh. Eles auxiliam as decisões da referência técnica, essa é a nossa forma de gestão compartilhada. (LINDA).

Hoje o hospital ele é dividido por unidades, então temos a Unidade Psicossocial, e ela contempla três subunidades: Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria. Então hoje o Serviço Social encontra-se dentro da Unidade Psicossocial. E nós somos divididas por clínicas, há uma divisão [...] de acordo com algumas unidades, também, por exemplo: a unidade de pediatria, a unidade materno-infantil, mas isso não quer dizer que só tenha uma assistente social para cada unidade, não. Por exemplo, a unidade materno-infantil, nós temos três assistentes sociais (MÔNICA).

Portanto, atualmente, o HC-UFTM dispõe de uma Unidade Psicossocial, que inclui a Psicologia, a Psiquiatria e o Serviço Social, cuja gestão está sob a responsabilidade de uma assistente social. O Serviço Social é uma subunidade, coordenado por uma assistente social que é a referência técnica do setor, que conta 25 profissionais de Serviço Social, ou seja: 7 RJU, 3 contratos pela Funepu e 15 vinculados à Ebserh. É perceptível que as transformações ocorridas no mundo do trabalho também afetaram o Serviço Social.

Frente a todos estes dados, considera-se a evolução da profissão no HC-UFTM, os avanços, representação em diversos setores e ações/projetos em que o profissional está inserido, bem como a participação e organização de eventos pertinentes ao Serviço Social.

CAPITULO 2 CAPITALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 Contextualização sócio histórica da crise do capital

As transformações societárias de acordo com Paulo Netto (1996) criam novas formas de produção e de reprodução social, interferindo diretamente no mundo do trabalho a partir de 1970, provocando mudanças significativas na sociedade capitalista. Neste período, o capital enfrenta uma crise de retração na atividade econômica e se vê forçado a buscar alternativas de enfrentamento a esse retrocesso. A estratégia do capital para superação desta crise é a reorganização da economia, surgindo transformações provocadas pelas tensões ocasionadas pelo novo padrão de acumulação, conhecido como reestruturação produtiva, por meio da acumulação flexível.

A reestruturação produtiva vai significar que as empresas investem em estratégias e buscam tecnologias para a retomada da produção. Neste sentido, há uma superação da economia e do crescimento, aumentando significativamente a produção de mercadorias, até que o círculo vicioso recomece. A crise afeta também os pequenos e médios capitalistas, com falências e perda das empresas, gerando mais desemprego nesse ciclo vicioso.

As empresas em sua organização, buscam reduzir custos e ampliar os lucros, desta forma, reduzir o valor da força de trabalho, torna-se fundamental. Tem-se o encolhimento dos salários e dos direitos trabalhistas conquistados, com isso a busca pela produção da mais-valia, que sugere o trabalhador polivalente, a contratação de mão de obra terceirizada, o aumento da jornada de trabalho e o crescimento da tecnologia nos meios de produção.

Paulo Netto e Braz (2006) trazem como principais características desta nova organização capitalista:

- Produção conforme demanda e não mais em série;
- Implantação de novas tecnologias no chão de fábrica, por conseguinte o aumento da produtividade e minimização do trabalho vivo;
- Descentralização das unidades produtivas, como exemplo a transferência de unidades para regiões periféricas onde é grande a possibilidade de exploração da força de trabalho;

- Trabalho polivalente, sendo o trabalhador incentivado a desenvolver diversas atividades;
- O trabalho coletivo, que o sujeito não se reconhece como participante do produto final;
- terceirização da mão de obra precarizando as relações de trabalho;
- Por fim, o alijamento dos direitos trabalhistas conquistados, em detrimento ao aumento da lucratividade.

A partir dessas mudanças, propaga-se o exército industrial de reserva, impulsionado pela expansão das multinacionais, e aberta a livre concorrência entre os trabalhadores e a desvalorização da mão de obra por parte dos proprietários dos meios de produção, elevando os lucros com a produção de mais-valia. Esse regime de governo, foi marcado por intensas repressões, uma delas à classe trabalhadora, considerando:

Como a única maneira que assegurar as taxas de crescimento de 7% ao ano consistia em aprofundar os ataques à classe operária, chegou um ponto em que o processo se tornou insuportável e a classe operária foi obrigada a recorrer ao expediente da greve (SANTOS NETO, 2015, p. 258)

Na sociedade civil, enquanto um grupo pequeno detém o capital e se articula de maneira crescente, as classes subalternas experimentam crises visíveis, ao mesmo tempo, emergem deste grupo sujeitos coletivos e novos movimentos sociais. Estes movimentos, lutam por direitos trabalhistas e sociais, visando a ampliações da legislação cidadã, que vem dando energia nova a sociedade civil, despertando o espírito democrático. Todavia, se esses movimentos não unem a instâncias políticas para articular e universalizar os interesses coletivos que os fortalecem, seu poder emancipatório fica comprometido (PAULO NETTO, 2012).

O Estado burguês mantém seu caráter de classe e se redimensiona, sendo que sua primeira mudança é a redução do seu papel regulador. Com o rompimento do pacto do capital que suportava o Welfare State, como estado de bem-estar social, as coberturas das políticas sociais públicas são retiradas e há o corte dos direitos sociais, redução do Estado, visando reduzir os custos do capital. Entretanto, essa redução advém da ordem de flexibilização e da desregulação, decorrente da globalização (PAULO NETTO, 2012).

Paralelo a todas essas transformações, ocorrem alterações significativas no âmbito da cultura. Propaga-se a educação formal, novas formas de comunicação,

dentre outras, que refletem na organização familiar, onde mulheres e jovens se inserem cada vez mais no mercado de trabalho.

Neste sentido, explica Paulo Netto (2012) que a Crise Estrutural do capitalismo tem início com a depressão econômica generalizada, marcada pela queda das taxas de lucro, pelo crescimento do desemprego, os cortes nos gastos sociais, a supressão de direitos e das garantias sociais, entre outras. Mas, não somente a crise financeira, faz parte da dinâmica capitalista, sendo que esta crise manifesta envolvendo a estrutura da ordem capitalista, seja ela social, política, cultural ou demais formas.

Todas as outras dimensões da vida humana – política, direito, ciência, filosofia, educação, arte, valores, religião, ecologia, psicologia, relações sociais, vida pessoal e familiar – são profundamente afetadas por essa crise nos fundamentos materiais da sociedade. E estas dimensões, por sua vez, retornam sobre a crise material estabelecendo-se um processo reflexivo em que todas elas interferem tanto na matriz como entre si (TONET, 2009, p. 109).

A organização do capitalismo tardio, como é o caso do Brasil, marcado pela flexibilização do trabalho afeta, do mesmo modo, o país que passa por transformações societárias, devido a sua subalternidade ao capitalismo mundial e por sua formação econômica. (PAULO NETTO, 1996)

No Brasil todo esse processo ocorre no governo do regime militar, que se consolidou em 1964 com base em alianças de interesses entre militares e capitalistas. O governo militar proporcionou excelentes condições para consolidação do capital e as relações de poder das multinacionais sob o mercado e a mão de obra no país. Ainda, marca a intensa migração rural para as cidades, além da eliminação da produção agrícola para subsistência, submetendo a produção à indústria.

O golpe de 1964 representou grande entrave aos movimentos sociais e grevistas, com intervenção federal aos sindicatos, perseguição e prisão de seus líderes. Neste período, como ataques aos trabalhadores destacam-se o rebaixamento dos salários, a repressão da legislação trabalhista, e os como mecanismos de controle com a intervenção dos tribunais do trabalho (SANTOS NETO, 2015). Desta forma, as greves no final dos anos de 1970 foram intensas mobilizando inúmeros trabalhadores que lutavam contra a intensificação das relações de trabalho, a redução dos salários e a repressão da legislação.

Neste período, em que o sistema capitalista foi afetado com a queda das taxas de lucros, a alternativa encontrada para manter o êxito financeiro foi a exploração dos

trabalhadores com a introdução de novas tecnologias, a intensificação da jornada de trabalho gerando a mais-valia, terceirização no trabalho e redução dos direitos trabalhistas e sociais. Todo esse processo gera o aumento do trabalho informal, o trabalho precarizado ou escravizado, um retrocesso, devido à falta de acesso a riqueza socialmente produzida e a bens materiais.

Cabe destacar o movimento dos metalúrgicos da área industrial da região metropolitana de São Paulo que marcou a história pelas lutas por direitos trabalhistas, melhores salários e condições de trabalho. Por um lado, o proletário tem em suas mãos a força para fazer mudanças nas relações de trabalho, pois sem eles não há produtividade, não há crescimento das taxas de lucro, analisa Santos Neto (2015). E, por outro, o capitalista tem consciência deste fato, e vem a todo momento estabelecendo negociações. Essas reivindicações e negociações vai até a década de 1990.

Com a crise dos anos 70, as idéias neoliberais preconizam a desarticulação do poder dos sindicatos, como condição de viabilizar o rebaixamento salarial, aumentar a competitividade dos trabalhadores e impor política de ajuste monetário. Essas medidas têm por fim atingir o poder dos sindicatos, possibilitar a ampliação da taxa “natural” de desemprego, implantar uma política de estabilidade monetária e uma reforma fiscal que reduza os impostos sobre as altas rendas e favoreça a elevação das taxas de juros, preservando os rendimentos do capital financeiro (IAMAMOTO, 2008, p. 141).

Desta forma, os trabalhadores se dispersam dos movimentos espontâneos, e buscam erigir-se por meio de partidos políticos, sendo representados pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que primam por melhores condições de vida na ordem burguesa, perdendo sua essência e oposição as contradições impostas pelo capital. A base de suas lutas constitui-se neste momento, pelo movimento da “Diretas Já” e reforma da Constituição Federal, reflete Santos Neto (2015).

A entrada dos anos de 1980 marca a luta pela redemocratização do país, pela crise política e institucional, além da crise da previdência social e o movimento da reforma sanitária. Ainda, nesta década houve a grande vitória da classe trabalhadora com a efetivação da Constituição Federal de 1988, visando garantir os direitos sociais da população brasileira. Mas, para Santo Neto (2015), essas lutas em nada abalarão o sistema capitalista, menos ainda seria capaz de alterar significativamente as condições de vida do proletariado, pois com a consolidação do capitalismo acirrou os ataques aos direitos dos trabalhadores.

A década de 1990, remete ao desmonte das greves e, conseqüentemente, violação dos direitos trabalhistas. As conquistas obtidas, como a efetivação das políticas públicas através dos movimentos sociais, foram em parte aprovadas no texto constitucional, garantindo direitos aos cidadãos, mas ainda não são suficientes ou capazes de reduzir as desigualdades sociais.

Período em que imperou a política neoliberal e privatização de órgãos públicos, o que reduziu significativamente os postos de trabalho, recrudescendo ainda mais a submissão do trabalhador ao sistema capitalista. “A ameaça de desemprego transforma os trabalhadores em seres dóceis e submissos à superexploração de capitalistas ávidos por mais-trabalho” (SANTOS NETO, 2015, p.271).

Dada essa realidade, cresce inexoravelmente o exército industrial de reserva, não cabendo ao governo neoliberal interceptar o crescimento do desemprego que é inerente ao processo de acumulação do capital, e esse exército é parte fundamental para manter o domínio sobre a força de trabalho. O exército industrial de reserva proporciona ao capitalismo o controle do mercado de trabalho e da produção de mais-valia, ao mesmo tempo, o desemprego faz minar estabilidade social o que afeta a estrutura do sistema, além de elevar o quadro de violência.

A atual inserção do País na divisão internacional do trabalho, como um país de economia dita “emergente” em um mercado mundializado, carrega a história de sua formação social, imprimindo um caráter peculiar à organização da produção, às relações entre o Estado e a sociedade, atingindo a formação do universo político-cultural das classes, grupos e indivíduos sociais. Tais desigualdades revelam o descompasso entre temporalidades históricas distintas, mas coetaneamente articuladas, atribuindo particularidades à formação social do País. Afetam a economia, a política e a cultura, redimensionando, simultaneamente, nossa herança histórica e o presente. (IAMAMOTO, 2008, p. 128). Grifos da autora.

No sistema capitalista que privilegia o regime de acumulação financeira, cresce a concentração de renda e aumenta a pobreza, ou seja, amplia a distância entre a renda adquirida pelo trabalho da renda do capital, gerando a questão social. Destaca Iamamoto (2008), que as principais expressões da questão social são o desemprego, a redução da renda e crescimento da pobreza, agravando as desigualdades socioeconômica, de gênero, além baixa escolaridade dos jovens.

O agravamento das desigualdades é marcado por inúmeros movimentos sociais e reivindicações por melhores condições de vida como saúde, educação, habitação, etc. Desta forma, o proletariado tem a greve como instrumento capaz de dizer que é o responsável pela geração de riqueza. Antes que a classe operária tenha

consciência de que “[...] o trabalho não depende do capital para vir ao mundo, mas que o capital somente pode subsistir mediante a expropriação do trabalho vivo” (SANTOS NETO, 2015, p. 263), os capitalistas precisam estabelecer novas estratégias de controle dos operários de forma que os mesmos mantenham a reprodução do capital.

Todo esse processo recrudescido pela política neoliberal, com a redução do papel do Estado na economia, as privatizações e o favorecimento de interesses privados, controle da inflação e redução de investimentos em políticas sociais. Este cenário afeta a subjetividade e as lutas coletivas são desencorajadas, devido a subordinação aos ditames do mercado, que incentiva a individualidade, a competitividade estimulando uma sociedade desigual.

Iamamoto (2008) enfatiza que a desigualdade entre o desenvolvimento econômico e o social, revela o crescimento da pobreza em relação a intensificação da hegemonia do capital, estabelecendo o desenvolvimento desigual e aprofundando questão social. Na sociedade burguesa, a tendência é de culpabilizar o cidadão, a população empobrecida, reduzir os espaços de direito público em detrimento ao privado.

É um cenário onde não há redução significativa das desigualdades sociais, a população busca incessantemente nas instituições públicas atendimentos para suprir necessidades sociais. Ao mesmo tempo, está diante a redução nos gastos com políticas sociais.

O Estado se afasta da responsabilidade e dos gastos com a reprodução da classe trabalhadora sem prejuízo para o capital, estabelecendo um sistema de seguridade social pautado na combinação entre mercantilização de serviços sociais e o apelo à solidariedade. Nele vemos as políticas públicas fragmentadas e de caráter imediatista (legalmente de cunho universalizante), a priorização do econômico em detrimento do social e o desrespeito a diversos avanços assegurados na Constituição Federal de 1988. (GIAQUETO, 2015, p.13)

A política de saúde, como exemplo, mostra que quanto mais a população necessita de atendimento, menores são os investimentos realizados, no intento de alavancar saúde privada.

O governo na década de 1990, com sua proposta econômica neoliberal visava a estabilização da moeda, redução da inflação e, em razão disto, houve o aumento da pobreza, pois não existia o investimento em políticas distributivas. Considera-se que a estratégia adotada para a redução da inflação, engendrou ao desordenamento

econômico, entre outras consequências que culminaram no agravamento da dívida pública no ano de 2002. Ao passo que cresce a dívida interna, cresce também as taxas de desemprego, aumento da informalidade e reduz a renda dos trabalhadores; assim, o desemprego é uma constante que parece irreversível, tornando-se um fato natural da sociedade moderna.

Realmente, **o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras.** A desmontagem (total ou parcial) dos vários tipos de *Welfare State* é o exemplo emblemático da estratégia do capital nos dias correntes, que prioriza a suspensão de direitos sociais arduamente conquistados (apresentados como “privilégio” de trabalhadores) e a liquidação das garantias ao trabalho em nome da “flexibilização” já referida. Entretanto, em escala mundial, a estratégia do grande capital visa romper com *todas* as barreiras sociopolíticas, e não somente com aquela que dizem respeito às suas relações com o trabalho – donde o empenho das corporações monopolistas na inteira *desregulamentação* das atividades econômicas. (PAULO NETTO, BRAZ, 2006). Grifos do autor.

A reflexão sobre as condições econômicas e sociais da sociedade capitalista brasileira, mostra que a crise do capital é cíclica, gera um círculo vicioso e travestido de novas situações emblemáticas. O país é marcado pelo agravamento das expressões da questão social, ou seja, crescimento do desemprego, violência com índices exorbitantes, banalização e privação das políticas sociais, ausência de investimento e de recursos nas políticas públicas, desmonte da previdência social e direitos trabalhistas.

Neste sentido, os rebatimentos da crise estrutural do capital na política de saúde, é refletido com o/a assistente social do HC-UFTM, que em suas palavras relata:

Existem algumas questões, que eu acho extremamente relevante pontuar, é porque quando a gente fala do rebatimento dessa crise no nosso trabalho profissional, eu acho que existem alguns fatores que são externos, como a crise estrutural, da política pública, dos direitos sociais, do desmonte no Estado, que gera um impacto no nosso trabalho. Mas esse impacto ele vem de vários vieses, de várias matizes, porque ele vem do não acesso do usuário às políticas públicas, como da gente articular a rede e ela não funcionar porque a rede também sofre essa crise... Mas existem as questões também da própria condição de trabalho, não é? Porque você falou da organização do nosso trabalho, mas quais são as condições do nosso trabalho? E aí a gente vê que a gente está numa instituição que precisa compreender algumas particularidades dela, né? Com uma gama muito grande de profissionais, de relações em disputa muito grande, não entre os profissionais assistentes sociais, mas entre todas as profissões entre si: é um cenário de disputa. Existem relações muito frágeis, muito complexas; relações onde as pessoas prezam muito pela sua autonomia e pelo seu poder, independente como que

elas vão se relacionar com o outro, entendeu? Então a gente precisa entender que as condições de trabalho, hoje, são precárias. (MARIA)

As transformações societárias, assim como, o processo de organização das relações de trabalho, consumo e produção de bens e serviços, modificam a vida em sociedade e provoca consequências na política de saúde e no trabalho do/a assistente social.

2.2 Marcos teóricos e políticos da Saúde no Brasil

A política de saúde no Brasil remete à análise das primeiras ações que ocorreram no período colonial. A chegada da família real ao país, exigiu o controle de doenças, pois a população era acometida por muitas doenças que ainda eram desconhecidas, pois eles primavam pela saúde daqueles que desenvolviam o trabalho, capaz de produzir a riqueza. Em 1808 foi inaugurada a primeira Escola de Medicina no Brasil, sendo sediada em Salvador – BA, e em seguida, o primeiro hospital psiquiátrico foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro – RJ. (BAPTISTA, 2005).

As condições de saneamento básico afetavam os trabalhadores das lavouras de café, sendo estes acometidos pelas epidemias, o que refletia na economia do país. Objetivando conhecimento na saúde pública, cria-se em 1897 a Diretoria Geral de Saúde Pública (DNSP) e em 1900 o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) como incentivo à pesquisa nas faculdades de medicina, que mais tarde propôs também a reforma da saúde, relata Baptista (2005).

No início do século, tem-se o processo de transformação da vida urbana com a industrialização, a migração de trabalhadores rurais, a redução das relações escravistas, dentre outras, o que torna complexa a questão sanitária. Em 1904 houve a campanha de vacinação obrigatória, proposta pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, causando na população uma grande revolta, pois não compreendiam a proposta. Dentre as medidas adotadas pelo governo, destaca-se a vacinação, medidas de higiene, isolamento de enfermos, perdurando até meados de 1920, a pouca intervenção do governo na saúde.

Na década de 1920, o Brasil sofria uma crise na exportação, visto que as condições de higiene na região portuária eram precárias, e juntamente com as

mercadorias, eram exportadas doenças, sendo que essas questões geraram revolta da população que exigia do Estado ações de atenção à saúde. Como estratégia, Baptista (2005) ressalta que o chefe de polícia Eloy Chaves propõe em 1923 a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), apenas para a categoria de marítimos e ferroviários que estariam ligados ao setor de exportação.

Entre os atendimentos oferecidos aos segurados estavam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões e auxílio funeral, que se estendiam aos familiares/dependentes do trabalhador contribuinte. Esse modelo de proteção, ainda que restrito a uma pequena parcela da população, serviu de esboço ao Estado para a formação de um sistema de proteção social, criando em 1930 o Ministério da Educação e Saúde Pública.

De acordo com Sarreta (2009) as CAPs foram se extinguindo a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1933, estendendo a outros trabalhadores do setor produtivo, mediante contribuição. Esse era o modelo de proteção social, utilizado como estratégia da intervenção do Estado com vistas a antecipar as reivindicações da categoria de trabalhadores urbanos. Neste período, a saúde pública tinha caráter preventivo e coletivo, ao passo que aos trabalhadores contribuintes a assistência médica tinha cunho curativo e individual.

Estavam excluídos dos IAPs os trabalhadores rurais, profissionais autônomos e profissões que não eram reconhecidas pelo Estado. Os benefícios variavam de acordo com sua capacidade de contribuição, sendo que as categorias com maior rendimento têm acesso a maiores benefícios, o que acirra a desigualdade social entre os trabalhadores.

A igreja católica por meio de entidades filantrópicas, ofertava atendimento em saúde a população excluída das CAPs e IAPs, ou seja, pobres e indigentes. Essa população empobrecida também contava com a caridade e o assistencialismo de hospitais e profissionais da saúde. A intervenção do Estado se limitava a ações de controle e prevenção de doenças transmissíveis, visando melhores condições de saúde à classe operária, afim de manter a produtividade, mantendo o desenvolvimento do capitalismo ao mesmo tempo que mantém a ordem social.

A reforma que transformou em Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1937 (que em 1953 haveria a dissolução dos ministérios passando a ser Ministério da Saúde), anos depois, precisamente em 1941 criou-se os serviços nacionais de saúde com o objetivo de administrar doenças mentais, lepra, tuberculose, febre amarela,

peste, além de abrigar instituições de organização, fiscalização e propaganda em saúde/doença.

A máxima da industrialização em 1950, gerou o crescimento da classe operária que necessitaria de atendimento de saúde, elevando progressivamente os serviços de saúde, inclusive o setor privado. Intensifica-se o atendimento hospitalar privado e tem início a formação das empresas médicas. A instalação de empresas automobilística no Brasil, engendra o crescimento populacional na indústria, levando muitas empresas a construir seus próprios hospitais, objetivando manter a saúde do operário, consequentemente a manutenção do capital.

Sarreta (2009) ressalta o investimento na iniciativa privada que privilegia empresas médicas ligadas aos interesses capitalistas, que fortalece a implantação de grandes tecnologias, como consequência a indústria farmacêutica. Todo esse processo de incentivo ao setor privado é observado na organização do Estado após o golpe militar em 1964, que alterou o sistema sanitário do país. O Estado em suas primeiras ações após o golpe militar, unificou em 1966 os IAPs destacando seu papel interventivo na sociedade e afastamento dos trabalhadores às decisões no âmbito da previdência.

Neste mesmo período, criou-se também o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que uniformizou os institutos e os benefícios prestados, promovendo a insatisfação dos contribuintes detentores de maiores benefícios. E os acidentes de trabalho passaram a ser gerido pelo INPS, a previdência foi ampliada para os trabalhadores rurais, empregadas domésticas, jogadores de futebol, autônomos e ambulantes. Para os idosos que contribuíram com a previdência social por no mínimo um ano, foi instituído em 1974 uma Renda Vitalícia de meio salário mínimo (BEHRING, BOSCHETTI, 2006).

O Estado impõe critérios para implantação de políticas sociais, pois questões como desemprego provocado pelas novas tecnologias implantadas, elevação dos preços, inflação, influenciam na redução do consumo global, consequentemente provocam a grande recessão do capital. A política regida pelo governo militar eleva a crise salarial, a miséria do trabalhador, o êxodo rural, aumentando as doenças e mortalidade infantil (SARRETA, 2009).

Em face da “questão social” no período de 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade

de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2008, p. 93). Grifos da autora.

A ditadura militar com seu caráter de censura, repressão, suspensão de liberdade democrática, tortura, autoritarismo, ações violentas para negação dos direitos civis e políticos, que consideravam subversivos os que divergiam dessa forma de governo, vai instigar na população o anseio por melhores condições de vida, provocando assim a instabilidade da ordem social. Com o objetivo de conter conflitos sociais, o Estado implementa políticas sociais para abarcar vários segmentos populacionais, como reflete Sarreta, (2009).

No entanto, essas ações foram insuficientes e as doenças antes erradicadas e tratadas voltam a afetar a população, com surtos e epidemias, são reduzidas as ações com saneamento e habitação, elevando as desigualdades sociais. O governo militar deixa de investir em atenção em saúde, para priorizar procedimentos complexos e práticas curativas, visando estreitar relações com a iniciativa privada, em detrimento da valorização dos serviços públicos.

Em âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde, desde 1970 eleva o tema “Saúde para Todos os Povos no ano 2000”, discutindo sobre saúde como Direito Humano fundamental. Defende a saúde não só como ausência de doença, mas completo estado de bem-estar social com enfoque multisetorial relacionadas às condições de vida e trabalho. Visando mudar o modelo de atenção no paradigma da promoção da saúde, a Declaração de Alma-Ata em 1978, preconiza a atenção primária como princípio para atenção básica, enfocando a promoção da saúde.

As transformações societárias ocorridas na mesma década de 1970, afetaram as condições de vida da classe trabalhadora brasileira. O novo modelo de organização no mundo do trabalho, limita os benefícios sociais, criando critérios de acesso aos mesmos, ou seja, o direito a saúde está atrelado à contribuição, em que a proteção social atende a lógica econômica. Mas, os militares instalados no poder, almejando consolidar sua hegemonia, busca ser subserviente a sociedade civil.

Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, o governo militar estimulou as políticas públicas como estratégia de busca de legitimidade, abrindo espaço para a saúde, a previdência e a educação privadas, reproduzindo nas políticas sociais as tendências da nova política econômica implementada. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social, e os programas de saúde pública desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado (SARRETA, 2009, p. 147)

Nesse momento histórico, é vivenciado período de crise política e econômica no governo nos anos de 1970. Para tal, foi estabelecido como estratégia o II Plano Nacional de Desenvolvimento (IIPND) que “[...] significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégia de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas sociais [...]” (BAPTISTA, 2005, p.23). Segundo a mesma autora, a proposta de abertura do governo propiciou a expansão dos movimentos sociais, que se apoia em instituições acadêmicas – como o Instituto Oswaldo Cruz – para embasamento teórico. Dentre as reivindicações do movimento em favor da reforma sanitária estavam: saúde como direito de todo cidadão, ações integralizadas, descentralização e participação popular.

Nos anos de 1980, juntaram-se ao movimento de Reforma Sanitária, trabalhadores da saúde, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos, que tinham como propostas a universalização do acesso à saúde, a criação do Sistema Único de Saúde e a saúde como dever do Estado, a defesa pela descentralização e participação popular. (BRAVO, 2008). A proposta central do movimento e Reforma Sanitária era a construção de uma política de saúde democrática e descentralizada.

A ênfase neste período concerne à 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986); os apontamentos tiveram início em pré-conferências estaduais e municipais, onde foram feitas indicações para a saúde pública. O objetivo final da Conferência seria a elaboração de documento a ser proposto para aprovação em Plenária Nacional, que neste momento estava elaborando a Constituição Federal.

A saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis de todos os habitantes do território nacional (BAPTISTA, 2005, p. 26).

As discussões neste âmbito se nortearam por 3 eixos, sendo eles: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. No eixo que discute sobre o Sistema Nacional de Saúde o principal objetivo é efetivar o Sistema Único de Saúde a ser gerido pelo Estado com a participação popular. Foi

elencado as atribuições a nível federal, estadual e municipal. Outro destaque inovador permeia a desvinculação da previdência social à política de saúde.

As propostas da 8ª Conferência constituíram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que serviu de embasamento para o Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a reforma da saúde com base no relatório da 8ª CNS. O texto constitucional atende majoritariamente as indicações do movimento sanitário e contraria interesses hospitalares e farmacêutico (BRAVO, 2008). Diante de todo este contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi finalmente aprovado por meio da Constituição Federal de 1988, que traz no artigo 196:

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

A saúde é reconhecida em sua concepção ampliada, não só 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.

Segundo análise de Nogueira e Miotto (2006), o acesso à política de saúde, como foi garantido na constituinte de 1988, possibilitaria o rompimento com a desigualdade existente no Brasil. Pela primeira vez no país o acesso universal é garantido. Portanto, com Constituição Federal de 1988 a saúde é reconhecida como Política Pública, um direito público, gratuito e universal, além de definir a gestão nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

O SUS aprovado na Constituição Federal de 1988, está inserido dentro da Política de Seguridade Social, que compreende a saúde, a previdência social e a assistência social. Conforme o art. 194 da Constituição Federal de 1988: “ A seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

O SUS, conforme art. 198 da Constituição Federal, 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).

No âmbito da saúde, as conquistas obtidas, teve que lidar com contraposição dos interesses econômicos dos hospitais e empresas farmacêuticas.

De acordo com Art. 201 a Previdência Social será organizada em regime geral, de caráter contributivo e obrigatório, atendendo:

- I – cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;
- II – proteção à maternidade e gestante;
- III – proteção ao trabalhador desempregado;
- IV – salário maternidade e auxílio reclusão;
- V – pensão por morte do segurado. (BRASIL, 1988).

A Assistência Social, conforme Art. 203, será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição, com o objetivo:

- I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II – amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III – proporcionar integração ao mercado de trabalho;
- IV – a habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e integrá-la à vida comunitária;
- V – a garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ao deficiente e idoso que não possui meios para sobreviver, nem tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1988).

A Assistência Social deixa de ser vista como caridade e assistencialismo e torna-se uma política pública.

Esses princípios constitucionais, genéricos, mas norteadores da estrutura da seguridade social, deveriam provocar mudanças profundas na saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente. [...] Apesar de tais indicações, não foram essas as orientações que sustentaram a implementação das políticas que compõem a seguridade social na década de 1990 (BEHRING, BOSCHETTI, 2006, p.158).

As conquistas obtidas na Constituição Federal é fruto de esforços de diversos atores sociais buscando melhores condições de saúde para a população, e fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária. As diretrizes do SUS representam conquistas expressivas do ponto de vista da responsabilidade social 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.

Para regulamentar as ações do SUS, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº 8080 em 19/09/1990 (BRASIL, 1990b). Conforme ressalta Simões:

A LOS estabeleceu as condições para a promoção, proteção e o funcionamento dos serviços, correspondentes a essas atribuições, regulando as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Deduz-se do art. 200 da Constituição Federal, conciliando com o art. 6º da LOS, que o SUS é um conjunto de ações públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Incluem-se, nele, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue e hemoderivados e de equipamentos da saúde (SIMÕES, 2008, p. 131).

A LOS reafirma os fatores determinantes e condicionantes da saúde, regulamenta as ações em saúde, dentre elas a descentralização. A Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990c), define o Controle Social e o financiamento do SUS, sendo que o controle social na saúde ocorre por meio dos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), subsidiado pelos Conselhos estaduais e municipais, ou seja, os conselhos de saúde estão nas 3 esferas de governo, têm caráter deliberativo, dotados de poderes legais e contam na sua esfera de gestão com: usuários e profissionais de saúde, representantes do governo e prestadores de serviços.

Para Simões (2008), toda a população, independente da condição financeira ou posição social, é beneficiada pelo SUS, mesmo que não utilizem dos serviços de atendimento, são beneficiados esporadicamente em atendimentos de alta complexidade em hospitais públicos e/ou campanhas de vacinação e vigilância sanitária, como sangue e hemoderivados.

A contribuição do SUS vai enfrentar no início do século XXI grandes desafios com o fortalecimento da orientação neoliberal, e da própria crise estrutural do capital, que coloca o mercado como alternativa para a política de saúde. Ao analisar esse cenário Bravo (2008) reflete que, ainda com um governo representado pelos trabalhadores, esperava-se maior efetivação da proposta da reforma sanitária que foi esquecida nos anos de 1990, mas muito da política do governo anterior foi mantido. Algumas ações do governo no período de 2003 a 2006 visavam fortalecer as indicações da Reforma Sanitária, no entanto, entre outras ações eram mantidas a focalização e o desfinanciamento da saúde.

No intuito de efetivar as ações do SUS, vários foram os desafios encontrados, dentre eles cabe destacar a descentralização da gestão, pois o Brasil é um país heterogêneo o que torna complexo a organização da política de saúde. Neste sentido

a Norma Operacional Básica (NOB), estabelecida pela Portaria n. 2.203/96, tem como finalidade a orientação do processo de descentralização, redefinindo a gestão do SUS nas três esferas de governo, cada qual com suas atribuições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, teve uma ação inovadora a retomada da proposta da Reforma Sanitária, em 2003 e contou com a participação expressiva de membros ligados ao governo e de representantes de trabalhadores. A 12ª CNS visava definir propostas para redução dos problemas do SUS, em especial a falta de recursos humanos com capacidade técnica, a precarização das condições de trabalho, a terceirização de trabalhadores e a focalização das ações.

Outra estratégia fundamental deliberada na 12ª CNS, refere-se ao Plano Nacional de Saúde (PNS), para orientar o Ministério da Saúde como referência para a gestão em saúde e controle do social. O Plano orienta a gestão do SUS, refletindo sobre as necessidades e perspectivas da população, propondo, ações para seu atendimento. Mas, a desvinculação de fontes de financiamento, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), compromete a gestão e reduz os recursos destinados a saúde, segundo Bravo (2008).

Assim também a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, preconiza:

- que todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz;
- que ao cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- que ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável;
- que ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento. (BRASIL, 2011).

Cabe ao SUS, portanto, atender a população de forma universal e igualitária, identificando não somente a doença de determinada população, grupo ou comunidade, mas sim os múltiplos fatores que compõe a sua vida, a fim de atuar sobre as situações que estão interferindo na saúde para intervir nesta realidade. Porém, o SUS real proposto pelo movimento da Reforma Sanitária e a saúde garantida constitucionalmente, estão sendo cada vez mais ameaçados e negligenciados.

A menção que se faz é que a saúde no Brasil desde o período colonial só recebe investimento do Estado no sentido de manter a classe operária saudável para a execução de suas atividades laborativas, ou seja, está sempre direcionado aos

interesses capitalistas. Para tal, será discutido a seguir a influência do capitalismo na efetivação do SUS.

2.3 O SUS e os rebatimentos da crise estrutural do capital

Frente a proposta política neoliberal que a sociedade brasileira convive desde os anos de 1990, até a contemporaneidade, o país vem sobrevivendo a uma crise constante que afeta a sociabilidade em sua totalidade, como descreve Mészáros (2000, p.7):

Sua severidade pode ser medida pelo fato de que não estamos frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa, como as vividas o passado, mas a uma crise estrutural, profunda, do próprio *sistema do capital*. Como tal, esta crise afeta – pela primeira vez em toda a história – o conjunto da humanidade, exigindo, para esta sobreviver, algumas mudanças fundamentais na maneira pela qual o metabolismo social é controlado.

Nos últimos 30 anos, houveram várias transformações societárias, que foram vivenciadas também pelo modo de produção capitalista, mas não o suficiente para que o capital perdesse seu principal objetivo, que é a exploração do trabalho.

Todos os fenômenos e processos em curso na ordem do capital nos últimos 25/30 anos, através de complexas redes e sistemas de mediação – que exigem investigações determinadas e concretas para a sua identificação e a compreensão da sua complicada articulação –, estão vinculados a essa vida social em escala planetária (PAULO NETTO, 2012, p. 426).

Diante da ação repressiva do Estado burguês sob a classe trabalhadora, tem-se a questão social devido ao quadro de pauperização da população. Para seu enfrentamento, o Estado tem iniciativa de ações próprias e as parcerias público-privado para a execução de políticas sociais com vistas a minimizar as mazelas da expressão do capitalismo. A política social destinada aos menos favorecidos, configurando como direito, não tem a pretensão de eliminar a pobreza, mas enfrentar a miséria extrema. As políticas sociais não vêm para transformar a sociedade capitalista, ao contrário, é a contradição do trabalho, trabalhamos para manter esse sistema.

No entanto, diante da produção sempre mais ampla e profunda da desigualdade social e na impossibilidade de atacar as suas raízes, o capital

vê-se na necessidade, através do Estado e/ou inúmeras instituições não diretamente governamentais, de organizar algumas ações de assistência a essa massa de desvalidos. Daí a estruturação das chamadas políticas sociais, dos programas sociais, todos eles voltados não para a erradicação das desigualdades sociais, mas apenas para minimizar os efeitos mais graves da crise do capital (TONET, 2009, p. 113).

A década de 1980 foi o período de retomada do Estado democrático de direitos, tempo em que os movimentos sociais interferiram na agenda política nacional, buscando afirmar direitos sociais e trabalhistas, liberdade democrática, dentre outras (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). A Constituição Federal de 1988 apresentou avanços dos direitos sociais, dentre eles a política de saúde, que traz no art. 196 a saúde como direito de todos e como dever do Estado.

A implementação do SUS de acordo com a Lei nº 8.080/90 deve representar a transparência nas ações, possibilitar a participação popular, bem como, a descentralização político administrativa. Entretanto, esse processo é marcado pelas relações de força e de poder político.

A Norma Operacional Básica (NOB) elaborada pelo Ministério Saúde com o intuito de amenizar conflitos de interesses, teve como objetivo definir o financiamento das ações em saúde e competências entre os níveis de governo, analisa Vasconcelos (2012).

A NOB/91 define critérios de repasse de recursos do MS para estados e municípios, unidades públicas e privadas, criando um padrão único de pagamento para os serviços públicos e privado. Retrocedendo ao repasse centralizado da União para estados e municípios, esta NOB desarticula a função técnica e política dos estados na gestão descentralizada. A NOB/92 acrescenta os critérios populacionais para o repasse automático para os municípios. A NOB/93, incentivando a suposta autonomia dos municípios, define bases para o processo de descentralização e estabelece mecanismos de financiamento, controle e avaliação a partir da capacidade de cada município, caracterizando três estágios de gestão: Incipiente, Parcial e Semiplena. A NOB/96, que sintomaticamente só entra em vigor em janeiro de 1998, rompe com o conceito de integralidade na saúde e enfatiza a criação de programas focalistas. (VASCONCELOS, 2012, p. 80).

A autora avalia que, em sentido amplo as NOB's retrocedem nas ações de saúde, na medida em que o financiamento não é condizente com as condições e as necessidades populacional, haja vista que limita o investimento para ampliação dos serviços. A descentralização ao contrário do que se propõe não vem fortalecendo as ações dos gestores estaduais e municipais, ao passo que caracteriza o estágio da descentralização por complexidade e, não estimula aqueles municípios que já trabalham na proposta da Reforma Sanitária.

Esta Reforma apresenta a conquista do direito à saúde pública, mas é preciso trabalhar com a população essa noção de que a saúde não se resume a práticas curativas. A dificuldade de reconhecer o direito à saúde, leva muitas vezes essa população, a investir em planos de saúde, para melhorar a assistência. Os esforços deveriam ser canalizados ao controle social em saúde, exigindo do Estado o atendimento público integral e de qualidade.

Bravo e Menezes (2013) refletem que o governo popular em 2002, com o presidente eleito Luiz Inácio Lula da Silva significou um marco importante, pois pela primeira vez, o país tem um presidente pertencente à classe operária. Apesar de haver grandes expectativas da população quanto as políticas sociais e a participação popular, predominou a proposta neoliberal na política de saúde.

A política de saúde é apresentada no programa de governo do primeiro mandato como direito fundamental, e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de seguridade social não é assumida na perspectiva na Constituição Federal de 1988. Havia uma expectativa, entretanto, de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde (BRAVO, MENEZES, 2013, p. 25).

A expectativa era que fosse retomada a proposta de Reforma Sanitária, mas foi mantido a focalização, a precarização e a terceirização dos recursos humanos como destaca as autoras.

Na atenção básica onde se destaca o Programa de Saúde da Família, ainda prevalece o monitoramento de doentes crônicos, do que a prevenção e a promoção da saúde. Ou seja, na contramão da proposta de incentivo à atenção básica, há o incentivo no financiamento da atenção hospitalar e de alta complexidade por meio dos Hospitais Universitários.

Segundo Bravo e Menezes (2013), houve a estruturação dos Serviços de Emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e as Centrais de Regulação Regionais das Urgências, sendo que este se trata da Central de Regulação de Leitos, que em Minas Gerais é operada pela central do SUS Fácil.

E, também a criação das farmácias populares, proporcionando medicamentos gratuitos e/ou a baixo custo para a população usuária do SUS; mas, a intervenção do Estado no controle da saúde suplementar ainda é mínima. Já no âmbito do controle social, é um grande desafio a participação efetiva da população, incentivada por meio

do Conselho Nacional de Saúde, do mesmo modo, a política de recursos humanos, que deve se efetivar segundo os princípios e diretrizes do SUS.

Para Bravo e Menezes (2013), o Ministério da Saúde é falacioso ao acreditar que a gestão dos hospitais públicos por Fundações Estatais de Direito Privado irá exaurir as deficiências identificadas. Ressaltam que, não há solução possível sem investimento maciço em recursos financeiros, humanos e materiais na saúde. A consequência será o fim do Regime Jurídico Único (RJU), da gestão privada da política pública, não priorização de planos de cargos e salários para trabalhadores, e outros.

Essa temática da gestão por Fundações, foi debatida em várias conferências e rejeitada em todas as discussões, os movimentos da saúde repugna o modelo proposto pelo governo federal, segundo as autoras; ainda, que o Ministério da Saúde não aceite a oposição do Conselho Nacional de Saúde, banaliza e desrespeita suas propostas, provocando a desmobilização dos conselhos que se sentem desmotivados.

A pretensão do governo é desmobilizar o controle social na saúde, controlar o movimento dos trabalhadores, implementar a lógica privada. Com o fim do RJU e contratos de trabalho efetivados via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os trabalhadores perdem o poder de mobilização e ficam submissos aos interesses dos gestores, em alguns casos, essas relações conflitantes causam o adoecimento do trabalhador da saúde.

A participante da pesquisa, ao ser questionada se gostaria de acrescentar algum assunto na pesquisa, reflete que:

[...] quando a gente fala dessas relações entre os profissionais, esse desgaste e essas exigências que são geradas, de uma mudança de gestão dentro do hospital, isso vai gerando um desgaste das condições de trabalho tão grande que isso vai adoecendo. Hoje, nesse momento que você está fazendo essa entrevista comigo, eu estou afastado por conta de esgotamento e depressão, por conta das minhas condições de trabalho. E não só eu, entendeu? Eu tenho outras colegas na mesma situação. Não só do Serviço Social, mas de outras áreas do conhecimento, que estão dentro do hospital, que estão afastadas pelas condições e organização do trabalho. Então toda essa precarização das nossas condições de trabalho está afetando o nosso processo de adoecimento. (MARIA)

Para tal, essa forma de contratação coíbe os/as trabalhadores/as no intento de lutar por melhores condições de trabalho e atendimento à população do SUS, considerando a atual conjuntura econômica do país e a necessidade de manter-se no mercado de trabalho, o que gera o adoecimento constante.

As mazelas do capitalismo diante de todas as reestruturações do sistema, afeta diretamente a classe trabalhadora, sendo que as expressões sociais são as manifestações da crise do capital que afetam inúmeras pessoas no âmbito material, e refletem na subjetividade que envolvem as relações sociais. Ou seja, são expressões que estão imbricadas entre si e marcam a sociabilidade humana.

Consequentemente, é largo o leque de fenômenos contemporâneos que indicam o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem tardia do capital – ou, para dizê-lo de outro modo, para atestar que esta ordem só tem a oferecer, contemporaneamente, soluções barbarizantes para a vida social (PAULO NETTO, 2012, p. 426).

No cenário contemporâneo as pessoas vivem em condições subumanas não tendo acesso aos mínimos sociais básicos, como alimentação, habitação, saúde, saneamento básico, etc., situação que rebate diretamente nas condições de saúde. Em oposição a essa situação, um número muito menor de pessoas detém grandes riquezas. O sistema capitalista nesta perspectiva incentiva o individualismo e, falta luta coletiva para efetivar a saúde na sua totalidade, com vistas a garantir os princípios da universalidade, equidade, integralidade, preservação da autonomia, dentre outros; não se visualiza soluções coletivas.

É um momento histórico em que a ausência de noção de direito à saúde por parte da população, minimiza as lutas por equidade, pelo reconhecimento do direito universal e a qualidade dos serviços.

A Reforma Sanitária vai além da construção do SUS, a proposta interfere na determinação social da doença.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco da população. A comissão homônima da organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78)

Desta forma, não é possível elaborar projetos e ações sem levar em conta os determinantes sociais, é preciso levar em conta os fatores sociais, econômicos, político e a relação desses fatores com a saúde da população. Há que se considerar que a diferença de renda influencia a saúde, pois a baixa remuneração individual e ausência de investimentos, como educação, saneamento básico, habitação,

alimentação, etc., todo afetam os hábitos de vida da população e dificultam o acesso à política de saúde.

Portanto, se na contemporaneidade houvesse a distribuição de renda mais igualitária, certamente a população teria mais acesso a melhores condições de vida, e as formas de prevenção.

Os recursos de saúde num país como o Brasil não dependem da estabilização econômica, mas da distribuição da riqueza, o que, conseqüentemente, determina a distribuição do acesso e o consumo dos bens criados pelo conhecimento médico e científico. Ainda que entendamos que o horizonte não seja introduzir ética e humanidade no capitalismo, este é o caminho que poderá materializar condições básicas para realização da saúde como um direito social e de sobrevivência. (VASCONSELOS, 2012, p.84).

O que se percebe, portanto, é um Estado que tem se voltado aos interesses capitalistas, ao reduzir investimentos em políticas públicas como saúde, educação e assistência social, na busca pela estabilidade econômica. Para tal, tem-se o retrocesso dos direitos constitucionalmente conquistados, e a saúde não menos que as outras políticas, é afetada com o incentivo à sua mercantilização desde os anos de 1990 até atualidade.

O Projeto Privatistas entre em conflito com o Projeto de Reforma Sanitária, e disputam entre si, permanecendo as ações focais, a dificuldade no acesso e na efetividade da saúde universal e integral. Os movimentos sociais e as lutas pela saúde, e pela Seguridade Social estão fragilizadas, a política neoliberal tem desqualificado a questão social, ficando as ações sociais, em grande parte a cargo da iniciativa privada, que assume a responsabilidade social.

Na análise deste período, destaca-se:

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida, pois com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida (BRAVO, 2008, p. 106).

A visão de pesquisadora é as dificuldades impostas pelo sistema capitalista limitam as lutas cotidianas pelos direitos. Por um lado, há uma aceitação passiva das condições impostas pelo sistema e, ao mesmo tempo, dialeticamente a emersão de movimentos reivindicatórios, como foi o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Não há como negar que a articulação de interesses privados, na sociedade do capital, impossibilita as lutas coletivas e manipula as propostas apresentadas pela população nos Conselhos de Saúde, como exemplo. Torna-se evidente que a precariedade da política de saúde no país, gera a insatisfação da população com os serviços disponibilizados. Como ressalta a participante da pesquisa, a seguir:

[...] existe uma crise estrutural que gera impacto dentro do hospital, e aí o hospital, por exemplo, não tem verba, não tem dinheiro. E aí o que acontece? Tem um planejamento de compras. O que o SUS repassa é muito pouco, e aí é um hospital 100% público, né? E aí o hospital tem um problema que o que vem de verba é insuficiente, e quem tá na gestão tem que administrar isso. E existe esse problema, porque aí vai rebater no usuário, e existe um problema das condições de trabalho e das relações interpessoais, que gera todo um desgaste. (MARIA)

Bravo e Menezes (2013), avaliam o governo federal no período de 2011 a 2014, a proposta do governo federal em relação a saúde, é de efetivar o SUS prezando pela qualidade dos serviços e o respeito ao usuário. No entanto, o Ministério da Saúde defende o atendimento de qualidade e de acordo com as necessidades dos usuários, sem ter que enfrentar longas filas de espera; e neste mesmo ano, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei n. 12550/2011.

Ainda, as autoras analisam o Programa da Rede Cegonha e Atenção à Saúde da Mulher, com objetivo de oferecer cuidados em saúde desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; incluindo a prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da mulher com câncer. Outros programas são exemplo, como: Farmácia Popular, com medicação disponível para hipertensão e diabetes; e implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); o Programa Melhor em Casa para o atendimento hospitalar em casa.

Apesar dos grandes avanços nestes programas, a crítica que se faz, pela experiência da pesquisadora, é que as famílias nem sempre dispõem de recursos financeiro para manter a qualidade de vida do familiar/usuário em casa, tem pouco acesso a medicação de alto custo, a materiais para curativos e dietas enterais (quando é o caso).

É preciso aprofundar estudos e pesquisas sobre os programas de saúde que incentivam a desospitalização, como o Programa Melhor em Casa, pois muitas vezes transferem para as famílias as responsabilidades com os custos dos materiais necessários e com os cuidados com a doença do usuário.

De acordo com Bravo e Menezes (2013), a política de saúde é afetada diretamente com a participação privada na gestão do público, e a concessão do título de Parceiro da Saúde ao McDonald's, sendo esta uma empresa de comercialização de alimentos processados/industrializados que são prejudiciais à saúde. Ainda sobre a participação privada na gestão pública, cabe destacar que:

O governo federal, desde o início de 2013, segundo notícia veiculada na *Folha de São Paulo* em 27 de fevereiro de 2013, vem negociando com grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde – a maioria controlada ou com grande participação do capital estrangeiro e grandes doadoras da campanha presidencial de Dilma Rousseff – um pacote de medidas que transferirão mais recursos públicos por meio de redução de impostos, novas linhas de financiamento e outros subsídios à expansão de seu mercado (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 38).

Nesta proposta, o incentivo à saúde privada em detrimento do sistema público, o que fere o direito constitucional. Devido ao sucateamento do SUS, desde a década de 1990, os trabalhadores com melhores salários vêm sendo incentivados a buscar atendimento na saúde suplementar. As condições precárias de atendimento no SUS, impulsiona também o consumo destes planos à população trabalhadora.

A leitura dessa realidade mostra que não há investimento em prevenção e promoção da saúde na atenção básica, conseqüentemente, os problemas de saúde são agravados, as filas do SUS são longas e o acesso é dificultado. Desta forma, população não identifica outra alternativa rápida que não a obtenção de planos de saúde, onde a expectativa é que o atendimento seja de qualidade e mais acessível.

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para pobres e a segmentação do sistema. (BRAVO, 2008, p. 107).

A falta de investimentos em prevenção à provoca o agravamento de doenças, já instaladas na população, ao ponto que a atenção básica não tem capacidade de atender as necessidades da população, levando ao atendimento de alta complexidade e nível terciário, aumentando os custos com a saúde e superlotando os serviços. Ressalta-se que o mesmo ocorre nos planos de saúde, com doenças em estágios avançados, ao buscar por atendimento, os mesmos são negados aos seus usuários que recorrem ao SUS para tratamento.

Desta forma, enfatizar-se que com os investimentos na política pública de saúde cada vez mais reduzido, não se promove ações permanentes de prevenção. A experiência profissional da pesquisadora revela que doenças passíveis de atendimento em âmbito básico como diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, dengue, etc., são tratadas em enfermarias hospitalares. As exíguas ações na atenção primária nem sempre merecem destaque na sociedade, o que justifica a incompreensão da população dos reais motivos que levam a superlotação nos hospitais. Mas este fato sim merece destaque nos telejornais constantemente, pela falta de recursos suficientes ao atendimento de qualidade e humanizado, reflete Vasconcelos (2012).

O sucateamento da saúde pública, provoca a descrença na população que em busca da integralidade e qualidade no atendimento, recorre ao sistema privado de saúde. É salutar o desenvolvimento de ações básicas de promoção da saúde, como antitabagismo, saneamento básico, combate ao sedentarismo, prevenção em doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras como responsabilidade do Estado, seja em âmbito público como privado. Mas, no sistema capitalista as autoridades e a mídia são alheias a esses fatos, que tanto acometem a população brasileira no seu cotidiano, pois não geram números expressivos e nem aumentam a publicidade.

O descaso com a saúde pública é real e merece a atenção de toda a sociedade, pois a falta de recursos dentro dos hospitais coloca em risco a vida das, como destaca a participante da pesquisa.

É que aqui a gente tem feito orientação reforçando a questão do tratamento do hospital, que é coberto todo pelo SUS, e que tem essa onda de golpe, e a família cai mesmo, porque teve uma família que depositou R\$1.500,00, e a gente tem feito um trabalho com todas as famílias, reforçando; toda família que entra eu reforço, entrego o informativo que tem. Isso eu vejo que faz muita diferença. Porque no período que eu parei de fazer isso, retornou. E que parece que quando a gente faz essa prevenção, até as ligações diminuem ou não acontecem. Eu acho importante também a questão da atualização profissional, da capacitação, porque quando a gente sai, ele sai com a visão clínica geral, e a gente também. Então é importante a gente se especializar naquilo que você faz. A questão dos cuidados paliativos pra mim, também, faz muita diferença, porque ali muito paciente tá em situação terminal, e a gente vê a importância dos cuidados paliativos pra garantir uma qualidade de vida pra aquele paciente. Mais ou menos isso. (LINDA)

Como ressalta Sarreta (2009) a educação permanente em saúde, para a formação de trabalhadores, se faz necessária, visto que novos fatores tecnológicos e

processos decisórios repercutem na responsabilidade ética do tratamento ou acompanhamento em saúde.

Em âmbito hospitalar é constante a reincidência de muitos usuários por motivos que extrapolam ações assistenciais e ao mesmo tempo, geram nos familiares e responsáveis a visão negativa em relação à efetividade da conduta profissional. São situações que comprometem a confiança, o cuidado em saúde, entre outras, resultantes da ausência das ações do Estado. É, portanto, a ausência de políticas sociais que contemplem o sujeito na sua integralidade.

Destarte, os profissionais de saúde precisam romper com o modelo assistencial que limita suas ações e voltar-se ao conhecimento da realidade em que está inserido e proporcionar atividades de educação e de prevenção em saúde, promovida por equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar. A educação permanente em saúde aos trabalhadores do SUS, é uma estratégia que objetiva a ruptura com a fragmentação da atenção em saúde.

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e dos problemas – os nós críticos – que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão do mundo do trabalho e dos problemas vivenciados na área da saúde, sendo que essas dificuldades, ou problemas, são objeto da Política de EPS (SARRETA, 2009, p. 172).

Do mesmo modo, a educação permanente dos trabalhadores do SUS, favorece a luta coletiva por uma saúde de qualidade, a consciência sanitária, o reconhecimento da saúde como direito na sua integralidade, para que os trabalhadores sejam capazes de refletir no cotidiano de trabalho a conjuntura atual.

Vasconcelos (2012) chama a atenção que a interdisciplinaridade na saúde, objetiva a totalização do conhecimento. Assim, cabe aos profissionais da saúde a iniciativa de ações coletivas que reforcem a luta pelos espaços públicos, pela Reforma Sanitária, pela efetivação do SUS. Pois, os interesses do capital, vem suprimindo o direito às políticas públicas, à saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

CAPÍTULO 3 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

3.1 Atuação do/a assistente social na saúde

A análise do trabalho do/a assistente social na saúde, remete a reflexão sobre a função social do trabalho na perspectiva crítica, dentro do modo de produção capitalista, onde o lucro do capitalista advém da mais valia produzida pelo/a trabalhador/a. O ser humano se desenvolve e estabelece relações por meio do trabalho, sendo que ao transformar a natureza ele também se transforma.

[...] para Marx e Engels, o trabalho é uma atividade fundamental para o homem, porque é através dele – na relação que estabelece com a natureza – que o homem busca a satisfação e suas necessidades. O homem é o único ser que, em contato com a natureza e no processo de transformá-la (para satisfação de suas necessidades), projeta o resultado que pretende alcançar, ou seja, antecipa em sua mente o resultado. Para isso constrói instrumentos com vistas a auxiliá-lo na transformação da natureza. (MATOS, 2013, p.25)

Quando o/a trabalhador/a inicia um processo de transformação da natureza, ele terá conhecimento acumulado, proporcionando um novo processo de transformação que gerará outras necessidades. Assim, as mudanças que o trabalho proporciona a humanidade, consistem em um agir consciente, além da descoberta de novas capacidades.

O ser social por meio da consciência adquirida no momento em que transforma a natureza, institui a divisão social do trabalho entre trabalho manual e intelectual, o que consequentemente afasta o ser humano do produto gerado com seu trabalho, diante da cooperação coletiva.

A própria natureza do ser social sofreu profundas mudanças. A sociedade deixou de ser uma comunidade, no sentido forte do termo, para converter-se em uma realidade social cindida, no seu interior, em grupos antagônicos. A divisão social do trabalho separou os homens entre aqueles que produzem riqueza e aqueles que dela se apropriam privadamente. Daí, também, a separação entre trabalho manual e trabalho intelectual e o privilegiamento do segundo em relação ao primeiro. (TONET, 2011, p. 11)

A separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, e o surgimento dos comerciários, concretiza a produção e a comercialização, portanto, o crescimento do comércio. Com vistas a atender a grande demanda, tem-se o processo de industrialização, que ficou conhecido também pela inserção da máquina nos meios de produção e a substituição da força de trabalho proporcionando o aumento da

produção. Nesse processo, complexifica a alienação do homem, que tem sua remuneração atrelada ao exército industrial de reserva existente.

O trabalhador não se identifica no produto final de sua ação. “O produto gerado pelo trabalhador, mas propriamente do capitalista – tal qual a força de trabalho que este compra -, não visa diretamente um valor de uso e sim valor de troca que sugere o valor que este capitalista investiu na sua produção ” (MATOS, 2013, p.29).

Com o desenvolvimento da sociedade capitalista o trabalho perde sua centralidade, privilegiando a acumulação, novas formas de organização do trabalho e de exploração, trazendo grandes consequências para os trabalhadores, como a perda de direitos, precárias condições de vida, aprofundamento da exploração, entre outras. Esta conjuntura política e econômica, exige a efetivação das políticas sociais, no contexto de precarização das condições de trabalho, onde a classe trabalhadora cotidianamente é afetada pelas mazelas do capital.

Nessa direção, os usuários dos serviços de saúde buscam pela efetivação do direito à saúde, mas deparam-se com o desmantelamento, sendo este um retrato da crise estrutural que se revela na realidade desses sujeitos. A economia contemporânea aponta para uma agudização das facetas do capitalismo, onde o país apresenta elevadas taxas de juros, aumento da inflação e das taxas de desemprego, o que provoca rebatimento nos sujeitos, nas condições objetivas e subjetivas de vida.

A realidade apresentada, remete a relevância do Serviço Social na Política de Saúde no Brasil. Na gênese do trabalho profissional a perspectiva de atuação trazia função a organização e o controle das massas, essa atuação estava presente em todas as áreas de atuação, incluindo a área da saúde. As ações voltadas à atenção à saúde estiveram presentes no processo de formação e trabalho do Serviço Social nesse contexto histórico. “O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 199).

Matos (2013) analisa que no início do século XX, o assistente social atuava com práticas curativas e hospitalar, pois na atenção básica, acreditava-se que outro/a profissional era capaz de desempenhar a prática social. Os hospitais precisavam de profissionais que soubessem lidar com contradição mercadológica, entre a necessidade do atendimento e as condições e os critérios de acesso. Era solicitado também para intervir na mediação unidade de saúde/usuário/família, no intento de sensibilização e continuidade do tratamento indicado por um médico. A partir dos anos

de 1960 há uma movimentação no interior do Serviço Social que questiona a atuação conservadora, mas este movimento é paralisado com a ditadura militar, mas sendo retomado no final dos anos de 1970 como Movimento de Reconceituação.

Nos anos de 1980 ocorre uma mobilização no Serviço Social por novos debates teóricos fundamentados no marxismo, sendo que esse debate também é presente no âmbito da saúde. O/a assistente social neste contexto, é um/a profissional inserido na divisão sócio técnica do trabalho, que vem atuar nas expressões das desigualdades sociais provenientes do modo capitalista. Diante as transformações econômicas e sociais ocorridas no Brasil, o Serviço Social manifesta a negação da base conservadora e vincula-se a um Projeto Profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora.

As transformações contemporâneas que afetam o mundo do trabalho, seus processos e sujeitos provocam redefinições profundas no Estado e nas políticas sociais, desencadeando novas requisições, demandas e possibilidades ao trabalho do assistente social no âmbito das políticas sociais (GIAQUETO, 2015, p. 13).

As transformações que ocorreram na profissão foram condizentes às novas exigências econômicas, políticas e sociais do país. O Serviço Social, enquanto produto da sociedade capitalista, sempre respondeu às exigências do Estado. Diante da realidade contraditória e complexa, mas repleta de possibilidades, é que ocorre a atuação do/a assistente social nos diversos espaços de trabalho e de legitimação do direito.

A inserção do/a assistente social na política de saúde pública é pela defesa do Projeto da Reforma Sanitária e com a articulação com o movimento de trabalhadores e usuários que lutam pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, segundo Bravo (2008) o movimento sanitário conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado. Assim, os trabalhadores de saúde, podem construir estratégias para a superação da contradição entre aquilo que está posto na lei e o não acesso aos serviços de saúde.

A Lei 8.662/93 (BRASIL, 1993) vem regulamentar a profissão de Assistente Social e, como ressalta Simões (2008, p.479), “controlar os procedimentos e a natureza dos serviços profissionais, por meio dos quais se realizam os princípios constitucionais da assistência social; assim como da saúde, previdência social e

demais atividades sociais”. Este é um marco importante para o Serviço Social, assim como o Código de Ética Profissional instituído em 1993 (CFESS, 1993). O compromisso ético e político remete ao enfrentamento das contradições do capital, presentes no cotidiano profissional, de forma crítica e com fundamentação teórica de acordo com o Projeto Ético-Político da profissão.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social vai ao encontro do Projeto de Reforma Sanitária, sendo necessário a compreensão da atual conjuntura, que impõe ao profissional a luta pela qualidade nos serviços prestados, a veiculação de informações sobre saúde, a prestação de contas do recurso público, o fortalecimento do protagonismo na luta pela efetividade do direito a política de saúde, entre outras defesas.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) constitui um espaço democrático de participação popular, onde os sujeitos coletivos apresentam propostas para a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado e a reestruturação do setor através da efetivação do SUS como política pública. Isso tudo visando um profundo reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde do indivíduo e da coletividade, a descentralização do poder local através de novos mecanismos de gestão, sendo relevante os Conselhos de Saúde para o controle social no SUS.

O exercício profissional do/a assistente social na contemporaneidade organiza-se no enfrentamento das expressões das desigualdades sociais, fruto do modo de acumulação capitalista.

Assim sendo, o Conselho Nacional de Saúde – CNS (1997), por meio da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, reconheceu a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, entre outras profissões. O CNS ressaltou a relevância da ação interdisciplinar, realizada pelos diferentes profissionais no âmbito da saúde.

Ao reafirmar a importância desse reconhecimento, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por meio da Resolução nº 383, de 29 de março de 1999, (CFESS, 1999) caracteriza o assistente social como profissional de saúde, sendo que a atuação, deve se dar na perspectiva interdisciplinar, buscando garantir o atendimento às necessidades da população usuária, no que diz respeito aos seus interesses e à prestação de serviços. Diz a Resolução:

Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ ou recuperação da saúde [...] Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde [...] (CFESS, 1999, p.01-02).

O/A assistente social no seu trabalho cotidiano, contribui para o atendimento das necessidades imediatas da sociedade, além de favorecer o acesso às informações e às dimensões educativas, para que a saúde possa ser compreendida como um processo histórico-social, resultante das relações sociais, econômicas e políticas da população brasileira.

Na busca pela efetivação do que está posto como direito, o/a assistente social necessita conhecer os serviços de saúde, bem como os fluxos de atendimento que o permeiam, além de ter total conhecimento do seu espaço de atuação profissional e compromisso com o Projeto Ético-Político da profissão. Como destaca Matos (2013), para que se tenha êxito no trabalho faz-se necessário a articulação com a rede de serviços e de profissionais.

As demandas apresentadas ao Serviço Social na saúde, em sua maioria são: espontâneas de usuários e/ou familiares, encaminhadas por profissionais da saúde ou serviços externos para orientações diversas, identificadas em atividades de grupo, solicitações de agendamento de consultas, etc. Nestes atendimentos o/a profissional pode apresentar resolutividade a problemas que são próprios do sistema capitalista, sendo que as respostas virão por meio de políticas sociais desenvolvidas pelo mesmo sistema econômico (VASCONCELOS, 2008).

Mediante a complexidade de demandas apresentadas no cotidiano profissional do/a assistente social e sua relação com os determinantes sociais na saúde, próprios da inflexão do sistema capitalista, buscou-se com a pesquisa conhecer as atividades desenvolvidas no Serviço Social do HC-UFTM. Destarte, cabe destacar as falas das participantes a seguir:

Além de ser assistente social da clínica [...], eu sou representante [...], no grupo de Humanização do HC e também sou a referência técnica da equipe multidisciplinar da [...] no Conselho Gestor. Além dessas outras duas funções, eu recebo estagiários, tenho a supervisão de estágio, tem os projetos de sala de espera que eu desenvolvo, outros projetos de iniciação científica, ou do próprio Serviço Social ou às vezes de outro profissional, ou médico ou da equipe que eu participo também, que faz parte até do grupo de estudo, então eu estou sempre participando de projetos de pesquisa. Recebo também,

quando os alunos matriculados no programa de auxílio e permanência, que é tipo uma co-orientação, tipo uma preceptoría que você auxilia eles (FLOR)

Por ser o/a assistente social um/a profissional que dispõe de visão da totalidade, é sempre solicitado a atuar nos diversos programas e projetos desenvolvidos nas instituições, o que é constatado pela ampla inserção da participante no HC-UFTM, que além de atuar em clínica específica, participa do conselho gestor de ações de humanização do atendimento, supervisão de estágio, etc.

De acordo com a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a humanização na saúde tem o propósito de desenvolver ações que promovam os princípios do SUS no âmbito da atenção e da gestão, com práticas que estabeleçam trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2017). Entretanto, Vasconcelos (2008) ressalta que para além de humanizar as relações sociais, é preciso que o assistente social utilize este espaço como momento para democratizar informações acerca do controle social e do acesso a bens e serviços.

Eu faço todo o acolhimento social, e esse acolhimento é realizado quando o usuário interna. Depois que ele já está internado, o que eu desenvolvo é um acompanhamento diário, todos os dias eu vou no quarto; porque na nossa unidade o quarto é individual, é um usuário por quarto. Então, eu vou todos os dias no quarto ver o usuário, e aí eu faço esse acompanhamento diário. Faço o acolhimento e o atendimento das famílias de quem está internado, e às vezes no pós alta muitos usuários e familiares retornam ao hospital pra me procurar, no meu horário, por conta de alguma dúvida, por conta de alguma questão que foi gerada após a alta, principalmente algumas dúvidas de questões previdenciárias, a questão da remarcação de prorrogação, então eles retornam pra eu poder auxiliá-los, né? Então, faço acolhimento e acompanhamento tanto dos usuários quanto dos familiares. A questão das orientações pertinentes a questões trabalhistas, previdenciárias, políticas de habitação, educação, essa questão previdenciária, faço muitos encaminhamentos pra rede sócio assistencial, muito encaminhamentos mesmo, porque eu tenho um perfil de público de usuários que não têm acesso aos seus direitos, desde habitação a saúde, assistência, então a gente precisa articular, CRAS, CREAS, COAGRA, faço muito encaminhamento. (MARIA)

São várias as legislações que respaldam o direito do usuário à política de saúde, bem como políticas sociais para o que atendimento do sujeito em sua integralidade. Neste sentido, o/a profissional deve ter conhecimento da rede sócio assistencial que permeia a sociedade, a fim de garantir atendimento integral à demanda apresentada. O/A assistente social é o/a profissional que melhor conhece a rede de serviços públicos e conhece todos os setores do serviço de saúde, isso por

saber que o resultado de seu trabalho profissional depende da articulação com a rede de serviços e profissionais (MATOS, 2013).

Tem atendimentos que não tem outra condição de serem feitos a não ser no leito, mas quando o paciente é lúcido e orientado, e quando não tem parentes, mesmo quando tem, e o paciente tem condição de te dar retorno de entender o que tá sendo passado. Os demais são feitos, em sua maioria, com o paciente e família, porque a gente tem uma preocupação muito grande de trabalhar também essa questão da família. (Marisa)

Como elucida Costa (2000) o atendimento do/a assistente social nos hospitais muitas vezes tem como objetivo a garantia da rotatividade no leito, orientando sobre tratamento no pós alta hospitalar, como uso de medicação, higiene, etc.; ainda, observação de prazos para retornos, encaminhamento para outras unidades de saúde para dar continuidade ao tratamento, orientação à família em caso de óbito e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO). No leito o atendimento pode ocasionar certo constrangimento do usuário em repassar algumas informações considerando a exposição a demais usuários e acompanhantes que dividem a mesma enfermaria.

Como ressaltado pela participante Marisa, este também é um momento em que o/a profissional se faz presente ao usuário durante a internação e pode romper com a perspectiva profissional que muitas vezes é imposta pela gestão, ao passo que não atende apenas as expectativas médicas. Ou seja, este momento permite estabelecer vínculo com usuário e familiar e o responsável, conhecer como a família se organiza, veicular informações sobre os direitos dos usuários e compreender suas relações sociais, familiares, afetivas.

Para compreender as atividades que o Serviço Social desenvolve, a participante Mônica reflete:

Eu faço orientações gerais, então o paciente às vezes não conseguia se localizar adequadamente no ambulatório, não conseguia marcar um exame [...] Na época a gente tava num processo de marcação via fila eletrônica, então ainda era muito novo, então muitos pacientes às vezes saíam às vezes até da própria UPA pra tentar o atendimento no ambulatório, então toda essa demanda era acolhida por essa equipe, que era composta, além de mim, por uma enfermeira, duas técnicas administrativas, e uma técnica de enfermagem. [...] hoje eu estou dentro do hospital no plantão social. Ele é acionado caso o profissional de referência não esteja naquele horário, e aí eu atendo por interconsulta. Algum setor chama e eu faço o atendimento. Então hoje eu tô nesse setor de plantão. Às vezes tem algum profissional que tem que folgar, ou tem licença, eu cubro também. Hoje está assim. (MÔNICA)

Observa-se na fala que há uma cooperação entre a categoria profissional do Serviço Social, sendo que a atuação pode ser no ambulatório de especialidades e/ou outro lugar. É importante esclarecer que a fila eletrônica foi a forma adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba para gerir todo o atendimento ambulatorial do município, com objetivo de reduzir longas filas nas unidades de saúde.

O atendimento ambulatorial destacado pela participante, tem a perspectiva de acolhimento do usuário e direcionamento de acordo com o fluxo da própria unidade de saúde. O regime de plantão social, o qual foi apresentado, refere-se a espécie de substituição, ou seja, não deixar de atender as demandas da saúde. Vasconcelos (2008) ressaltava algumas características do plantão social, como: atendimento individual, por demanda espontânea ou encaminhada por profissionais, orientações sobre direitos, ações imediatas e não planejadas, solicitação de recursos materiais, e outros.

A ordem neoliberal vem pesando sobre o Estado brasileiro desde 1990, com isso a proposta de universalidade da saúde e a transversalidade das políticas públicas enfrenta dificuldades na sua efetivação, frente a severa redução com o gasto público social (SILVA; MENDES, 2013). Isto reflete diretamente no usuário que depende da política pública de saúde, portanto, buscou-se conhecer quais as maiores demandas de trabalho do Serviço Social no HC-UFTM.

As principais demandas são auxílio doença, BPC, conflitos familiares, casa de apoio, tratamento fora do domicílio, as transferências, as medicações com esse momento de crise, que até as medicações básicas a gente está com dificuldade, e também com as medicações de alto custo ou de custo excepcional, que são judicializadas. Inclusive até o processo de judicialização os assistentes sociais daqui que participam desse processo também. (FLOR)

Ausência de familiar [...] pendência em relação a documentação, porque às vezes pra tomar uma vacina precisa de documentação e não tem, Conflitos familiares... E problema referente à restrição de visitas. E questões emocionais. Se o familiar estiver muito emotivo, muito emocionado, eles me chamam também. Isso é o que mais me chamam. (LINDA)

É árduo o trabalho profissional frente a precarização das políticas sociais e públicas, o descaso político com o investimento no social é demonstrado na fala da participante. A falta de acesso a medicamentos e itens básicos necessários ao tratamento de saúde, o/a assistente social orienta a família recorrer ao sistema judiciário na perspectiva de efetivar o direito a saúde.

Nestas relações contraditórias, a atuação do assistente social pode favorecer a interação entre os sujeitos sociais, estimulando a reflexão sobre a ideologia dominante, contribuindo com a mobilização social, com a instrumentalização da população atendida para a busca de seus direitos (GIAQUETO, 2015, p.20).

A participação popular nos conselhos de saúde é uma forma de estimular a luta coletiva pelos direitos constitucionalmente garantidos. Ainda sobre as demandas, é comum a equipe de saúde solicitar ao Serviço Social contato com familiares e/ou responsáveis para providenciarem documentos, exames realizados externamente, materiais de higiene. No ambiente hospitalar, rotineiramente tem situações de vida e de morte, talvez por esse motivo a individualidade e particularidade das pessoas ficam tão evidentes. Mesmo não sendo um/a profissional com formação específica para lidar com as emoções das pessoas, o/a assistente social é sempre chamado a intervir nas relações de conflitos e/ou situações de impacto emocional.

[...] No meu setor a maior demanda é previdência, questões previdenciárias e trabalhistas, e a questão de recursos pra saúde, como medicamentos de alto custo, que aí a gente precisa encaminhar, montar o processo, e encaminhar pra GRS. (MARIA). Gerência Regional de Saúde

As demandas são complexas, como pessoas jovens e que estão ou não inseridas no mercado formal de trabalho, ou em situações em que há incapacidade permanente ou temporária para a vida laborativa, surgem as dúvidas quanto a benefícios previdenciários e/ou assistenciais, e o Serviço Social contribui com orientações e encaminhamentos, quando necessário.

A Gerência Regional de Saúde (GRS) é onde fica localizada a farmácia do Estado, com a possibilidade de viabilização de algumas medicações de alto custo, sendo necessário a montagem de um processo indicado pela própria farmácia e preenchido pelo médico assistente. O/A assistente social na grande maioria, informa ao usuário sobre o fornecimento de medicação pela rede pública, bem como trabalha com a equipe médica para que todo o processo seja preenchido e fornecido, incluindo os exames complementares necessários a cada solicitação.

No âmbito hospitalar o trabalho do Serviço Social requer atenção a todas as necessidades sociais, como demonstrado na fala a seguir.

AVC's, graves, e a incapacidade por conta de acidentes de trânsito em geral, que incapacitam. Então, são muitos pacientes que depois ficam dependentes de cadeira de rodas, cadeira de banho. E aí a gente devolve pro município, porque o Centro de Reabilitação até tem o trabalho de disponibilizar a cadeira

de rodas, sob medidas inclusive, mas leva um tempo e é pra pacientes que ficam incapacitados definitivamente. (MARISA)

O Centro de Reabilitação é anexo ao HC-UFTM destinado à reabilitação, sendo também disponibilizado órteses e próteses. Devido a incapacidade ocasionada por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sequelas de acidentes de trânsito e outras doenças neurológicas, os usuários na sua grande maioria, tem sua mobilidade reduzida, necessitando de vários recursos, como cadeira de rodas e de banho, fralda, medicação e dieta enteral, em alguns casos. Desta forma, faz-se necessário recorrer ao trabalho em rede.

Garantir o acesso ao serviço, à continuidade do tratamento, à ausência de recursos, né? Tem uma outra demanda, também, que é relacionada ao fluxo interno, então muitas vezes o paciente perde o acompanhamento porque não conseguiu marcar aquele retorno, porque recebeu uma orientação equivocada, então não foi bem orientado, então o paciente ele volta, né? E sempre recorre ao Serviço Social, pra ter acesso. Por exemplo, hoje mesmo eu tava atendendo, e veio um pai, porque no momento da alta a esposa não lembrou de pedir um atestado médico. Então foi um acidente que aconteceu, então não lembrou, aí depois que lembra, e aí sempre retorna. Tem a questão dos laudos médicos, que aí solicita, mas hoje tem um setor específico de relatório médico lá, que melhorou bastante. (MÔNICA).

Para compreender a intervenção na situação apresentada pela participante, buscou-se aprofundar o diálogo sobre os relatórios que os usuários necessitam, ou seja:

Em alguns casos sim. Assim, quando tem as assistentes sociais que trabalham nas clínicas, muitas vezes ela já está acompanhando, ela já entende o contexto em que o paciente está inserido, muitas vezes essa demanda acaba sendo resolvida lá na clínica mesmo. [...] Eu atendi muitos casos, agora com a revisão do INSS, né? Então com a revisão do auxílio doença a gente atendeu muitos casos, deles pedirem encaixe pra reavaliar, gerou uma demanda, ainda está gerando. (MONICA)

O/A assistente social é um/a profissional que luta pela efetivação/ampliação dos direitos sociais, e isto é reconhecido pelos usuários, como um/a profissional mediador à obtenção de consultas, documentos, encaminhamentos e outros, favorecendo o acesso à saúde. No setor de Serviço Social os usuários se sentem acolhidos, respeitados e apoiados, é quando pode-se trabalhar a autonomia dos sujeitos.

Em todas as entrevistas foi ressaltado pelas participantes a busca pela efetivação dos direitos sociais e de acesso a política pública em diversos aspectos. O conhecimento das atividades profissionais e demandas apresentadas ao Serviço

Social do HC-UFTM, evidenciou as inúmeras atribuições profissionais, como participação do/a assistente social em diversos programas e projetos institucionais, acolhimento no leito, articulação com a rede sócio assistencial, plantão social, acolhimento e direcionamento quanto ao fluxo de atendimento institucional. As falas das participantes enfocam as orientações previdenciárias e judicialização da saúde, a mediação de conflitos familiares e, ainda a mediação com a equipe de saúde.

No que se refere à atuação dos/as assistentes sociais na saúde, identifica-se que há limites e dificuldades enfrentados pelo/a profissional no cotidiano de trabalho. Cabe destacar, que as condições de trabalho na saúde encontram-se precárias na maioria das unidades brasileiras, o vínculo precário entre a equipe multiprofissional e há ausência de condições de trabalho. Assim, diante de tais fatores, observa-se o comprometimento com a qualidade dos serviços no setor público de saúde.

Conforme Souza (2009), é importante destacar que a força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização apresentada pelo processo de desregulamentação do trabalho, que se expressa como a desestruturação no planejamento, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho, as baixas remunerações, a rotatividade ou inadequação de profissionais e as precárias condições de trabalho, levando ao comprometimento de uma intervenção de qualidade.

As falas das participantes proporcionaram a reflexão acerca da atuação do/a assistente social no HC-UFTM, bem como das legislações que legitimam seu trabalho profissional, possibilitando compreender as atividades desenvolvidas pelo/a profissional na contemporaneidade, o que será subserviente à aproximação do impacto da crise estrutural na atuação profissional.

3.2 Transformações societárias e o impacto na atuação profissional

As transformações societárias ocorridas desde 1990, trazem marcas profundas à sociedade brasileira. No trabalho cotidiano, ao receber cada pessoa de forma individual ou com familiar, o Serviço Social ouve a demanda apresentada, ouve-se também o sofrimento, o abandono social, as injustiças que essas pessoas trazem em suas histórias.

O/a usuário do Serviço Social traz na sua história as mazelas de uma política econômica e social excludente, sendo marcados por leis trabalhistas que privilegiam ao capital, políticas sociais que alienam o cidadão ao poder do estado, e políticas públicas desumanas e que estimulam a venda da força de trabalho em detrimento ao reduzido incentivo ao conhecimento científico com referencial teórico.

Diante destas políticas, o/a assistente social vem reproduzindo as desigualdades sociais, ao passo que trata suas demandas individualmente. Considera-se que este profissional, assim como, os demais profissionais da saúde, sofrem a precarização do trabalho e também é parte produtiva no sistema capitalista de produção e gerador da força excedente de trabalho. A maioria das instituições de saúde, conta com um número mínimo de assistentes sociais para desenvolver o trabalho cotidiano e rotineiro, de atendimento das demandas internas, impossibilitando ao profissional uma ação concreta de acordo com a perspectiva teórico-metodológico e ético-político da profissão (VASCONCELOS, 2008)

A perversa realidade que permeia o exercício profissional do/a assistente social precisa ser exaurida, com estratégias e ações que promova nos usuários identificar-se enquanto sujeitos coletivos, refletir que sua demanda urgente é igualmente vivenciada por vários usuários dos serviços de saúde, dentre outras. A incidência sobre essa perversidade calcada no projeto neoliberal, remete à conclusão que:

A educação permanente em saúde é um caminho para contribuir na busca de alternativas e respostas coletivas para problemas enfrentados cotidianamente na saúde, focalizando seu conteúdo nos princípios e no paradigma sanitário norteadores da promoção da saúde. Assim, o processo de trabalho em saúde pode se tornar um processo educativo, favorecendo a aprendizagem e a capacidade de realização dos sujeitos, a partir das vivências experimentadas e compartilhadas. (SARRETA, 2012, p. 13)

Numa imbricação às transformações societárias, faz-se necessário a articulação entre a prática e espaços de formação. A partir da formação continuada o/a assistente social desenvolve habilidades para compreensão da realidade social, capaz de apreender os determinantes sociais na saúde. O/A profissional em um processo dialético vem planejando e executando ações e estratégias que visem ampliar e efetivar o direito a saúde e a participação popular no controle social.

Ações que contribuem com a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos e agravos, além do tratamento, são atividades inerentes a profissão e fortalecem o controle social. Na atuação do/a assistente social a dimensão

socioeducativa que é inerente ao Serviço Social, constitui um trabalho de relevância às ações de educação em saúde e ao estímulo da autonomia e participação política do sujeito, como ressalta Pelegrini:

Dentro do trabalho socioeducativo, o usuário não é mero receptor das ações e sim, o protagonista das intervenções realizadas. Este trabalho caracteriza-se pela visão de educação popular, na qual o profissional atua como facilitador das ações realizadas. Cabe ao assistente social instrumentalizar as ações dos usuários, democratizando informações para melhor prepará-los para tomar decisões em todos os momentos como cidadão PELEGRINI (2013, p. 12).

Aliado a essa perspectiva, o conhecimento científico com referencial teórico, relacionando teoria e prática, vem romper com o conservadorismo do trabalho profissional do Serviço Social na saúde, desenhando um/a profissional crítico, propositivo, criativo, proativo, capaz de analisar a conjuntura política, econômica e social da sociedade brasileira e propor ações que visem uma política de saúde condizente com os interesses da classe trabalhadora.

A contribuição do assistente social nesse contexto passa pelo desvelamento das relações sociais contraditórias, que se expressam nas condições de vida de trabalho dos usuários dos serviços de saúde, traduzindo-se, não raro, na negação de uma ampla gama dos direitos. (SILVA; MENDES, 2013, p. 62).

Nesta perspectiva, se almeja conhecer os rebatimentos da crise estrutural contemporânea na política de saúde, sendo apresentadas pela fala das participantes da pesquisa.

Então, os rebatimentos [...] O primeiro foi o corte de gastos, que impactou na redução de recursos humanos. Redução de capacitação, porque antes a gente saía muito pra capacitar; incentivo. Pra capacitar. Hoje você tem a liberação, mas não tem o auxílio financeiro, vamos dizer assim. Falta de medicamentos, e mudou-se muito a questão do transporte, também. Do TFD. Outra coisa que eu acho que não citei como desafio, é a questão de quando tem prefeitos, de prefeitura. Isso impacta muito na saúde e um impacto também que nós temos agora. Às vezes é até engraçado, mas eu vou falar: na semana de 20 de dezembro a 10 de janeiro, nós temos uma grande dificuldade das prefeituras mandarem os pacientes, porque dão folga e não... Mas o tratamento não tem folga [risos]. Então, assim, às vezes a pessoa está em tratamento de quimioterapia, não pode suspender, e aí a gente tem que ficar ligando, explicando, aí traz mais tarde, então assim... Todo ano tem isso, esse período. (FLOR)

Como o HC-UFTM é um hospital de referência que atende municípios da região, as prefeituras precisam disponibilizar transporte aos usuários que vem para tratamento de saúde, ou seja, o município que não dispõe de recurso para atender o

cidadão na sua cidade de origem, deve garantir meios para efetivar a saúde da população, no caso o transporte e um valor em dinheiro para custear a alimentação, o que consiste no TFD. O que a participante ressalta é que os usuários do HC-UFTM que vem de municípios pactuados, muitas vezes são afetados pela mudança de gestão das prefeituras locais, pois cada prefeito tem sua equipe, consequentemente sua forma de organizar os serviços e muitas vezes não compreende a necessidade da população e o fluxo da saúde.

Também está presente nesse processo a falta de condições estruturais de trabalho (edificações, equipamentos, insumos etc.), portanto de condições para o atendimento das necessidades de saúde da população. Essas questões impactam negativamente a chamada resolutividade das ações do SUS, ou seja, seu potencial de atender no 'tempo certo' e com a qualidade necessária. (SILVA; MENDES, 2013, p.54).

A questão do incentivo a formação continuada, capacitações, também impactam na qualidade do atendimento, pois em muitas situações o trabalhador se sente desmotivado e até mesmo sem qualidade técnica diante de uma realidade complexa e dialética.

Começa pela falta de recurso. Recursos materiais, às vezes o paciente fica internado e precisa de algum procedimento, e o SUS não cobre esse procedimento e também o hospital não consegue arcar com essa despesa. A questão de funcionários. Hoje a sobrecarga é muito grande porque tem uma falta de pessoal. Medicação... Falta de leitos... E tudo isso, impacta no serviço. É um círculo. (LINDA)

A falta de recursos físicos e humanos é presente na descrição desta participante, como indicativo de rebatimento da crise estrutural na saúde. Desta forma, não está sendo seguido o princípio da eficácia, eficiência e universalidade, à medida que não oferece o serviço de qualidade e não disponibiliza recursos necessários ao tratamento gratuito.

A política social, submetida aos ditames da política econômica, é redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, focalizados no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a consequente deterioração dos serviços sociais público dependeram das relações entre o Estado e a Sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de "contra-reformas". (IAMAMOTO, 2008, p. 147).

Há um descaso dos governantes com a política social, que vem atender aos interesses econômicos do capital, que tem como meta prioritária a redução de custos

com a “repugnável” questão social, conseqüentemente há a inoperância dos Conselhos de saúde no controle social.

“Questão social apreendida como o *conjunto das* expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem como 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, 2000, p.27).

O que a gente percebe é um desmonte das políticas públicas, consequência de um desmonte do próprio Estado, né? E aí como há esses desmontes, conseqüentemente esses determinantes, que a gente chama de determinantes que provocam toda essa crise estrutural e conseqüentemente a crise na saúde, eles tornam-se mais evidentes, e a gente acaba que vamos perdendo nossos mecanismos de respostas à questão social. Por quê? Porque as políticas estão sendo desmontadas, há um dismantelamento do direito social, e isso nos leva a toda uma crise, então tudo o que a gente vive hoje na saúde, é você não ter dentro de um hospital recursos básicos: não ter fralda, não ter pote pra coleta de exame de fezes, não ter medicamento. Tipo assim, o usuário precisa do medicamento X, mas não tem, aí vai ter que usar o Y, mas o indicado era o X, mas não tem. Isso dentro do próprio hospital. Por exemplo, existe uma demanda que normalmente não chega pra mim, mas existe uma demanda dentro do SUS de prótese, que pro paciente conseguir a prótese, por exemplo se precisa de prótese pra cirurgia de quadril, e existem 20 pessoas numa lista de espera, eles mandam 10. Mas não manda 10 por medida, aí tenho que chamar os 20 e experimentar, pra ver em quem vai servir a medida, e nisso as pessoas estão ficando na lista de espera. Por exemplo, pacientes com [...], as pessoas judicializam os medicamentos de alto custo, vai pro Ministério Público Federal, e chegando lá o juiz dá a liminar e dá o parecer favorável para que o Estado pague o remédio. Da sentença do juiz até a pessoa ter acesso, demora meses! Meses! E como é paciente [...], muitos morrem antes de ter acesso ao medicamento. É um absurdo! Essa morosidade do Estado! Isso é tudo reflexo de um desmonte do Estado, das políticas públicas, entendeu? É uma crise que nós vivemos hoje, de um Estado que está perdendo forças, que acentua ainda mais o poder privado, pra suprir essa ausência do Estado, e isso bate reflexo no nosso trabalho, isso gera reflexo no sistema de saúde, isso gera reflexo no acesso do usuário aos seus direitos e às políticas públicas. É como se fosse um dominó, que vai caindo tudo. (MARIA)

A máxima do capital é produzir lucro, e isso é possível a partir da mais-valia. O trabalhador para ter o mínimo básico a sua sobrevivência submete a lógica do capital. Na própria saúde se identifica esses fatores, pois a maior parte dos profissionais trabalham seis horas diárias, o que permite ter mais de um emprego (as vezes até 3 vínculos de trabalho) para se ter condições dignas de sobrevivência em uma sociedade capitalista e consumista. A consequência disso é a sobrecarga, e o adoecimento.

Não só esse fator vem refletir na saúde, mas a distribuição desigual de riqueza, educação precária, ausência de investimentos em lazer e incentivo a alimentação

saudável, segurança pública, dentre outros. São aspectos que influenciam nos determinantes sociais da saúde. Inerente a isso o orçamento público será insuficiente, caracterizando o desmonte do direito constitucional a saúde como direito de todos e dever do estado, completo descaso com a vida humana.

Sucateamento. Aqui, no Serviço Social, não podemos dizer que temos um número reduzido de profissionais, não tem. Com relação a pessoal, eu acho que caberia mais, eu acho que tem espaço e isso é uma discussão que a gente faz no setor. Porque as demandas das clínicas hoje são muitas e diversas, mas a gente sabe que tem hospitais funcionando com um número muito reduzido de pessoas. Mas são os mais diversos, porque falta material, falta equipamento, né? Falta material básico, já chegou a faltar luva. Então eu acho que é um rebatimento direto mesmo, que dificulta e às vezes impede o acesso mesmo. (MARISA)

A ineficiência na gestão dos recursos públicos faz com que a falta de materiais básicos na saúde se torne uma constante, independente do setor de atuação. Evidencia-se que a flexibilização do trabalho também se faz presente, ao passo que o número de profissionais é insuficiente a demanda de serviço, impera a polivalência.

[...] é largo o leque de fenômenos contemporâneos que indicam o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem tardia do capital – ou, para dizê-lo de outro modo, para atestar que a ordem só tem a oferecer, contemporaneamente, soluções barbarizantes para a vida social. (PAULO NETTO, 2012, p. 426).

Apesar de todas as legislações (Constituição Federal de 1988, LOS, NOB) que regimentam e proporcionam a operacionalização do SUS com princípios da universalidade, equidade e descentralização, ainda se opera um sistema precário e contrário à proposta de reforma sanitária.

Eu acho que [...] Uma demanda que me ocorre, que está muito presente, que eu acho que tá relacionada com essa crise. É o próprio enlouquecimento, das pessoas... É... A falta de perspectiva, né? A falta de sentido da vida, das relações... A demanda psiquiátrica vem aumentando muito, então eu acho que esse é um ponto bem gritante. Inclusive não só da própria população que a gente atende, mas muitas vezes o adoecimento do próprio trabalhador que atende essa população. (MÔNICA)

A dinâmica social na atualidade, vem acometendo a população que realmente não visualiza soluções para a vida em sociedade, que é marcada pelo desemprego estrutural, trabalho informal, crescimento da violência, falta de acesso a bens e serviços básicos (alimentação, educação, saúde, assistência social, habitação).

A população exaurida de tanto sofrimento proveniente da falta de recursos (nos mais diversos sentidos), acaba por adoecer físico e mentalmente. Ao adentrar em um serviço de saúde, involuntariamente ele expressa todo sofrimento da vida social. A inferência que se faz, é que o/a profissional da saúde absorve aquele sofrimento, aliado a falta de condições estruturantes e de recursos públicos para suprir as carências que hipertrofiaram. E por fim, a sensação de impotência acomete a saúde mental também do trabalhador – a doença mental do trabalhador alicerçada no paradigma da saúde, já foi mencionado por outra participante anteriormente.

Iamamoto (2008) traz a reflexão que o assistente social é chamado a viabilizar os direitos sociais em meio a escassez de condições de trabalho, mediante a redução de gastos sociais, onde a proposta do Estado “é reduzir despesas, diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação de projetos.” (p.149). Neste contexto caótico de Estado mínimo, torna-se impossível falar das transformações societárias e crise do capital na saúde sem refletir claramente em como isso afeta o usuário do Serviço Social.

Os usuários estão mais desmotivados. Estão sentindo mais a burocratização... O aumento de exigências que está ligado com a burocratização. Eles estão perdendo um pouco o seu protagonismo, fora que isso resulta em quê? Nós tivemos vários pacientes que nós tivemos que recorrer à própria ajuda interna ou à ajuda externa, porque chegaram a passar fome. Chegaram a ter luzes cortadas, chegaram a ter água cortada, por quê? Porque o benefício foi suspenso, até reestabelecer o principal mantenedor da casa. Então, assim... Esses foram os principais impactos. E às vezes até alguma ausência de vir na consulta, porque nós tivemos que fazer busca ativa e quando foi ver a questão era de não ter condição de vir. (FLOR)

Ele é o mais prejudicado, porque a falta de medicação vai interferir no tratamento, a falta de um serviço, às vezes pra encaminhá-lo, vai fazer falta. Às vezes questão de óbito, que a espera é tanta, pra conseguir o material, pra conseguir a liberação, e a pessoa não aguenta esperar. O usuário é o maior prejudicado com essa crise. Não só na [...], mas eu observo no ambulatório, o quanto a fila de espera aumentou, e às vezes não tem nem previsão de cirurgias, de consultas. Eu percebo o quanto essa fila aumentou com essa crise. E é mais a falta de materiais básicos de saúde.. Material de curativo... Porque não tem. (LINDA)

O usuário? Pelo não acesso. Há uma fila de espera imensa, pelos serviços ambulatoriais de atendimento, ambulatório especializado... Uma fila, pra especialidades cirúrgicas, enormes... E quando eu falo em fila, primeiro: às vezes não tem o profissional, porque existe um especialista pra fazer determinada cirurgia, e esse especialista no momento tá de férias, então tem que substituir, ou não tem o recurso material pra fazer a cirurgia... O usuário, quando ele chega, normalmente, ao acesso ao hospital, ele já passou por uma unidade de pronto atendimento, e infelizmente ele geralmente chega pior do que estava quando entrou na UPA... Porque quando eu falo do processo de saúde, eu entendo que a gente, por mais que o usuário ele tenha o acesso dentro do hospital, existe o pós internação. Que acesso que ele vai ter? Que

recursos que ele vai ter? Quais são as condições do acompanhamento? Tem usuário que vai de alta e que vai marcar retorno pós alta e não consegue marcar retorno pós alta, entendeu? Às vezes a gente chega no pronto socorro e os usuários estão nos corredores do pronto socorro, em cima de macas. E, assim, é um número grande de pacientes em cima de macas, dentro do pronto socorro. Então, assim... É isso! Por exemplo, existe uma grande procura, e a gente vivencia isso no seu dia a dia nos atendimentos; falta de medicamento na rede pública, falta de ações especializadas, como o de outras áreas que não médicas, como fisioterapia, fonoaudiologia. Fono é escasso em Uberaba! Não tem. Então, assim, todas essas áreas vinculadas à saúde, estão escassas na cidade, e isso reflete pra nós que estamos na UFTM; falta de medicamentos, falta de recursos, né? Tudo o que envolve saúde, hoje, em Uberaba, está o caos! (MARIA)

Tudo. Porque a gente vê o paciente ir a óbito em função de aguardar um procedimento cirúrgico. De não ter um material. E isso não é só aqui. Porque quando o paciente não tem o serviço aqui e é inserido no SUS fácil e não é aceito em lugar nenhum, é porque o serviço não está funcionando nos demais lugares também. Então afeta diretamente, né? O paciente, família, num contexto geral. (MARISA)

Eu acho que [...] Nessa dificuldade de acesso, mesmo, ao tratamento, né? À garantia do serviço no tempo hábil. Muitas vezes o paciente ele faz uma consulta, ou ele tem um pós alta e não consegue um agendamento pra especialidade, aí ele vai e volta pra tentar esse agendamento... Há um sucateamento do serviço de saúde. Isso não é de agora, é de anos, isso é histórico, né? No Brasil... Há um desmonte no serviço de saúde, onde há uma priorização do privado; sempre houve, acho que isso é a marca da saúde no Brasil, essa dicotomia entre público e privado, então pra um funcionar bem o outro não pode funcionar, né? A gente tem serviços de primeira e de segunda classe, né? Então eu acho que [...] Embora, né? O público ainda produza muita pesquisa, então tem uma contradição, né? Tem muito investimento em pesquisa na área da saúde pública... (MÔNICA)

Os determinantes sociais da saúde/doença, bem como a ineficácia da política de seguridade social se faz presente no cotidiano profissional do/a assistente social. Cabe ao profissional exceder o caráter emergencial e fortalecer os usuários por meio de ações sócio educativas que proporcione conhecimento e visão crítica da realidade vivenciada, onde os direitos sociais são negligenciados, o projeto de reforma sanitária se confronta com a proposta privatista e os interesses capitalistas sobressaem a intencionalidade do Estado. Giaqueto (2015) apresenta os espaços de ações socioeducativas, como oportunidade de refletir em conjunto com os usuários sobre ideologia dominante, estimular a mobilização social e a instrumentalização dos mesmos para a busca por seus direitos.

O Ministério da Saúde nos primeiros anos do século XXI, identificou deficiências na gestão dos hospitais universitários, propondo, por conseguinte a administração destas instituições de saúde à Fundações Estatais de Direito Privado. Frente ao colapso da saúde contemporânea, onde o cidadão deve pagar com a vida pela inoperância da gestão por essas Fundações, o Ministério da Saúde não identifica

essas deficiências, nem ao menos toma conhecimento. Ou considera que os recursos são suficientes para política pobre para os pobres?

A proposta da gestão de saúde por Fundações visa a redução de investimentos e ações do Estado. Isso não ocorre não só na saúde, mas em todas as políticas sociais. A um forte incentivo ao projeto de estado do capital às fundações estatais, Organizações Sociais (OS), Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips).

Rezende (2008) considera que tanto as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e as fundações de direito privado são formas de transferência de responsabilidade do estado com relação à saúde para o setor privado e não se coadunam com o modelo de gestão do SUS definido constitucionalmente (BRAVO, 2010, p. 216 apud Rezende, 2008).

Silva (2005) ressalta que pesquisa realizada entre os anos de 1999 a 2002 informam crescimento de 3,31% em instituições de saúde, sendo que o setor público cresceu e o privado houve queda. A mesma autora fala que em pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2002, o setor privado perdeu 83.891 leitos e o público ganhou 11.239. A pesquisadora analisa esses dados em dois vieses, sendo o primeiro, o fato do crescimento das taxas de desemprego nesse período, segundo a matéria da Folha de São Paulo (PORTE, 2002). O fato que impacta na saúde privada é que muitas empresas oferecem como “benefício” a seus funcionários o plano de saúde, com advento do desemprego, os mesmos deixam de ter acesso aos convênios de saúde, ou perdem a capacidade de custeá-los de forma individual.

O segundo ponto analisado incide no aumento de leitos no SUS. Se reduzem o consumo de planos de saúde, conseqüentemente aumentam a demanda pelo SUS, assim, o Estado se vê obrigado a aumentar a oferta. Mas comparando os números indicados pela pesquisa do IBGE, identifica-se que o crescimento na saúde pública não foi o suficiente. Ainda que os leitos privados que foram fechados não houvessem uma ocupação constante de 100% – ou seja, supostamente 50.000 leitos eram ocupados constantemente – os números de desativação continuam expressivos em relação aos leitos ativados no sistema público. Logo se percebe que um número grande de pessoas obviamente migrou para o setor público, e a resposta da gestão, ou seja, a oferta de serviços foi muito aquém do que é demandado, o que torna esse sistema deficitário.

A precariedade no sistema de saúde faz com que a população busque no Serviço Social meios para efetivar o direito a saúde, por identificar neste profissional conhecimento técnico capaz de efetivar o acesso a saúde. Simões (2008, p.137) explicita as “longas filas de espera por consultas, exames e cirurgias. Em muitos locais, é comum não haver vagas para internação, faltando médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. ”

Neste contexto que se insere o/a assistente social, e as orientações devem pautar-se na luta coletiva, busca por espaços de comunicação como ouvidoria do SUS e instrumentalizar para a atuar efetivamente em espaços participação social, sendo eles conselhos (municipal, estadual e federal), conferências, fóruns e audiências públicas.

Na fala de todas as participantes fica claro que a barbárie na política pública, um hospital de alta complexidade, que é referência e atende 27 municípios, faltar material básico, pessoas em macas nos corredores do pronto socorro à espera de atendimento, perder vidas por falta de cirurgia que não foram realizadas por não ter itens como luva, medicação, falta suporte técnico e profissional. Essa negligencia foi ressaltada por todas as profissionais entrevistadas.

Em tempos de tanta corrupção, tanto dinheiro público sendo desviado, questionamos a se realmente falta recursos para a política pública? Porque os cortes se inicial pelo social? Qual o motivo de primeiramente reduzir investimentos a quem já tem tão pouco? São questionamentos que nossos governantes nunca respondem, pois na visão minimalista deles, é mais fácil tirar de quem já está acostumado a sofrer com as mazelas do sistema – a conviver com o que sobra – do que reduzir as mordomias da burguesia.

Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético político profissional (CFESS, 2014, p. 29).

3.3 Expressões da questão social na saúde

A sociedade contemporânea, carrega traços de um processo de transformação excludente, onde o trabalho é coletivo e a apropriação da riqueza produzida é cada vez mais privada. A contradição da sociedade capitalista é marcada pelo distanciamento entre a acumulação de riqueza face a crescente miséria e o pauperismo que atinge a massa populacional. Para se compreender a questão social, é preciso compreender a origem da desigualdade social.

O objetivo principal do sistema capitalista é obter lucro e constante ascensão econômica. Para tal, a questão social é expressão da contradição na relação capital x trabalho deste sistema econômico. Frente ao processo de acumulação, o capitalista identifica no trabalho vivo grande valor, sendo que estabelece na industrialização novas formas organização do trabalho. Uma delas é a formação de exército industrial de reserva, pois, ao incentivar a população sobrando, proporciona competitividade entre os trabalhadores e consequente desvalorização da mão de obra que está em abundância (BEHRING; SANTOS, 2009).

Para o capitalismo não é possível combinar acumulação capitalista com equidade, pois os custos com o social são altos e para manter a equidade de acesso, vai comprometer o futuro de gerações. Esse processo hegemônico de acumulação só tem forças se houver intervenção política, ou quando a cultura política proporciona a dominação e submissão da classe trabalhadora.

O Estado, mediante interesses privados, seguindo o paradigma liberal, busca reduzir suas ações aos atendimentos das necessidades da maioria da população, restringindo gastos sociais. O resultado é a privatização de setores públicos, que no geral atingem além da economia e política, também a sociabilidade. Todo esse campo minado gera um ambiente de incertezas e insegurança, fragilizando as mobilizações sociais (BEHRING; SANTOS, 2009). O capitalista valoriza e estimula a individualidade, a possibilidade de crescimento e habilidades técnicas, proporcionando a capacidade de consumo, mas assumindo os riscos de sua liberdade.

Iamamoto (2008) cita que a nova roupagem da questão social é evidenciada pela individualidade do ser social em face ao desenvolvimento da força produtiva, que não se identifica como ser coletivo capaz de estabelecer as relações sociais. O ser humano fica desconectado com a consciência coletiva e visão crítica do contexto de dominação.

Essa dissociação da produção de relações sociais vem sendo traduzida pela banalização da vida humana, pois ao dispor de dinheiro, tem-se a ilusão do poder e do desenvolvimento da vida social. Com isso a dominação é imposta a quem dispõe apenas da força de trabalho para sobreviver. “Crescem os níveis de exploração e as desigualdades, assim como, no seu reverso, as insatisfações e resistências presentes nas lutas do dia-a-dia, ainda carentes de maior organicidade e densidade política” (IAMAMOTO, 2008, p. 145). Surgem algumas mobilizações e lutas coletivas em prol de seus direitos que mais tarde culmina na efetivação dos mesmos pela Constituição Federal de 1988. Mas essas conquistas são desconsideradas ao passo que

Essas conquistas são desconsideradas ao passo que projeto neoliberal subordina a política social à política econômica, desconsiderando os direitos constitucionais. A proposta econômica do governo do Fernando Henrique Cardoso que compreende de 1995 a 2002, não gerou políticas redistributivas, privatizou várias empresas brasileiras, acirrou as desigualdades. Este governo aumentou significativamente os desempregados, trabalhadores informais com atividades precárias, dificultou a inserção de jovens no mercado de trabalho, aumento do analfabetismo, baixa qualidade na educação, aumento da violência, etc.

As mais importantes expressões da *questão social* são: o retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos, de gênero e localização geográfica urbana e rural, além de queda nos níveis educacionais (IAMAMOTO, 2008, p. 147).

As últimas quatro décadas foram marcadas por grandes repressões, retrocesso dos direitos como forma de controle e acesso do capital. As manifestações da questão social tornam-se ações de filantropia, onde empresas capitalistas adotam a política de responsabilidade social, com ações focalizadas; além das ONG's que propõe projetos, na ausência/negligência do Estado com as políticas sociais, privatizando a mesma. Neste cenário complicado é identificado certa imobilidade populacional, aceitando passivamente à ordem do capital.

A sociedade do capital tem gerado a desigualdade em um nível que a barbárie chega ser banalizada. Vivemos num mundo onde a ampliação das riquezas contrasta fortemente com o aprofundamento da miséria. Vivemos na era da financeirização e mundialização do capital, em que a maioria da população carece de emprego, acesso à alimentação, saúde, educação, moradia. O capitalismo, construção histórica da exploração, é que aliena o trabalho de sua condição humana. Desta forma, não pertence à natureza do trabalhador, mas é condição para que esse sobreviva minimamente; vai gerar riquezas,

mas pouco vai poder usufruir delas, pois o salário que recebe pela venda de sua força de trabalho é enormemente menor do que os bens que ele produziu (JACINTO, 2017, p. 87-88).

Entretanto, a sociabilidade é marcada por lutas políticas e culturais contra as desigualdades sociais, a repressão, por direitos trabalhistas e melhores condições de vida. O/a assistente social insere neste contexto como o/a profissional capaz de atender as demandas advindas da questão social, tem nela a base fundante da atuação profissional. O cenário atual é de desemprego estrutural, crescimento da violência, o país apresenta altas taxas de juros, aumento da inflação, desmonte das políticas sociais, o que provoca rebatimento nos sujeitos e subjetividade.

Em tempo, cabe ressaltar que as privatizações do governo neoliberal acometem a Seguridade Social, onde o SUS é para os pobres, na assistência social incentivou a refilantropização – como já foi citado – e efetivou a Reforma da Previdência Social.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em Programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além de utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2014, p. 18-19).

A pretensão é estimular a saúde privada por meio dos convênios de saúde e deixar o SUS para os pobres com ações mínimas e focalizadas. Cabe ao Serviço Social articular com profissionais de saúde em defesa da reforma sanitária, considerando que somente as lutas coletivas surtiram mudanças estruturais na saúde.

As expressões desta crise estão presentes no cotidiano profissional na saúde. Em questionamento sobre as expressões da questão social na atuação profissional do HC-UFTM, os pesquisados consideram:

Olha, a que eu mais evidencio é a falta de recursos para o tratamento completo de saúde. Por quê? Na maioria das vezes, é entendido pela gestão da saúde pública que só ofertar o atendimento médico, ou o local pra pessoa ir atender, já basta, só que não. Às vezes ela precisa, em sua grande maioria, de exames mais especificados, que depende do desenrolar do médico fazer parcerias. Não é a instituição que faz, geralmente é o médico que faz pro paciente ter acesso. A questão das casas de apoio a gente vê muita perda de parcerias, e sobrecargas de algumas. A questão do TFD, de ajuda de

custo, que é real. Então tem gestão que entende que só dar o transporte já está dando o TFD, sendo que tem outras coisas, como moradia, alimentação, acompanhante, que ali estão negados. Uma demanda que surgiu bem, agora nesse ano, o impacto das perdas, principalmente de BPC, a suspensão de BPC, que impactou. A questão dos auxílios doença, nós também tivemos pessoas com o auxílio doença suspensos, e, assim [...] Reestabelecer isso, e o impacto disso na vida da pessoa. Outra dificuldade maior está na construção dos novos BPC's, porque na [...], o paciente além da prioridade tem que se pensar na agilidade. [...]. Então essa morosidade, agora que burocratizou mais o BPC, está impactando no acesso, até mesmo no fornecimento de medicações hospitalares, que nós tivemos faltas. Tantas vezes vem com falta de algum medicamento. Então eu acho que o principal desafio dentro da demanda é entender a saúde como um todo. (FLOR)

É perceptível neste relato a falta de investimento na política de saúde, pois os atendimentos em muitos casos, se limitam aos mínimos básicos. Precariedade das condições de trabalho, faltam casas de apoio, sendo essas destinadas a acolher usuários/familiares/responsáveis de outro município que são atendidos no HC-UFTM – nestas casas são oferecidos hospedagem e alimentação, sendo tudo custeado pelo município de origem, que dispõe de verba para esse fim – e morosidade nos benefícios previdenciários e assistencial.

Hoje, a questão do desemprego, da falta de renda, isso pesa muito, até pro familiar poder vir fazer a visita ele não tem condição financeira, e fica dependendo às vezes de um TFD, que às vezes não é efetivo no município. A dificuldade de vagas em escolas, às vezes [...] eu consigo observar isso, aparece muito também. Quando eu vou ver a questão familiar aparece muito isso. (LINDA)

Cabe ressaltar novamente que TFD destina-se a usuários que necessitam de algum tipo de atendimento em saúde que não é disponibilizado pelo seu município de origem. Neste sentido, consiste no transporte e ajuda de custo para alimentação, o valor é irrisório e nem sempre é disponibilizado pela gestão pública local. Segundo Paula (2013) “[...]a postura investigativa pode favorecer os profissionais que desejam construir uma intervenção profissional comprometida com os princípios do SUS [...]” (PAULA, 2013, p.95). Na atuação profissional, apresenta-se demandas pessoais e de cunho familiar, que é absorvida pelo/a assistente social que possui visão da totalidade que envolve o sujeito social.

Desemprego. Falta de alimento. As pessoas passam fome. [...] não há acesso a programas de habitação, educação, assistência social. E por que eu considero isso como expressão da questão social? Porque o não acesso, ele gera uma expressão da questão social. Então essa questão acontece, ela precisa desse acesso e ela não [...] Na verdade isso não seria expressão da questão social, mas o não acesso ele vai acentuar ainda mais essa manifestação da questão social. Mas é desemprego, fome, violência,

drogadição, mas muita drogadição. E é a violência de todos os aspectos. Violência física, moral, todos os tipos de violência que você imaginar. (MARIA).

Foi identificado por a falta de acesso a bens e serviços que promovem as condições dignas da sobrevivência humana na sociedade contemporânea, fato que gera o agravamento da questão social. A que se considerar os reflexos do descaso do Estado com políticas sociais que acabam por acometer a saúde da população e a sociabilidade “[...] a partir das mudanças no mundo do trabalho e da mundialização do capital e da refuncionalização do Estado, donde decorrem a desregulamentação de direitos e o corte dos gastos públicos na área social” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 275).

Nossa, são tantas. A questão da falta de emprego. E junto com isso vem uma série de coisas: falta de acesso a direito trabalhista, previdenciário. No Serviço Social da neurologia não chega muito, mas a gente vê muito no hospital como um todo. A questão das tentativas de autoextermínio, o índice de violência, o tanto de paciente que chega vítima tanto de arma branca quando de outras armas. A gravidez na adolescência, a G. O. está cheia. Agora, não sei se isso é uma particularidade do hospital daqui, mas o índice de sífilis com crianças. Então tudo isso acho que é considerado como expressão da questão social. Os vínculos familiares são muito, [...] A gente percebe muito fragilizados. Estão muito fragilizados. Hoje o jovem que não quer levar o idoso pra casa porque não tem condição de cuidar, ou porque não tem vínculo mesmo, é o idoso que não quer levar o paciente que é usuário de drogas, porque tem dificuldade de cuidar, e não tem lugar pra receber, então assim [...] São diversas situações. (MARISA).

Novamente se identifica os impactos da questão social no âmbito hospitalar, não acesso a direitos trabalhistas e previdenciários, doença mental, violência estrutural, ausência de educação em saúde e abandono de idoso e dependente químico. Logo se vê que suas expressões refletem muito na saúde (ou ausência dela) dos usuários atendimentos neste serviço.

A questão social passa a ser esvaziada de suas particularidades históricas, perdendo o movimento e a riqueza da vida, ao se desconsiderar em suas expressões específicas que desafiam a “pesquisa concreta de situações concretas” (como violência, o trabalho infantil, a violação dos direitos humanos, os massacres indígenas etc.) (IAMAMOTO, 2008, p. 164). Grifos da autora

Acho que o desemprego, a violência, a violência urbana, a violência intrafamiliar. Eu acho que, assim, é retrato da desigualdade. Que a gente está aprofundando a cada dia, um esgarçamento das relações sociais. [...] Própria da sociabilidade do capital. Da sociabilidade burguesa. Então acho que isso é muito forte. Isso da violência, em vários aspectos. (MÔNICA)

Novamente foi ressaltado a violência em suas diversas amplitudes e o desemprego. Mais uma vez a Crise Estrutural do capitalismo afeta a população nas suas diversas expressões da questão social como violação de direitos.

A política social dirigida aos agora qualificados como *excluídos* se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos *direitos*, enquanto específica do tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência – conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a *pobreza absoluta* (vale dizer, a miséria extrema) (PAULO NETTO, 2012, p. 428). Grifos do autor.

Importa dizer que os profissionais da saúde nem sempre fazem ideia das implicações dos determinantes sociais do processo saúde/doença, não estão preparados para enfrenta-las no seu cotidiano profissional. O/A assistente social tem capacidade técnica para estabelecer na dimensão sócio educativa a formação acerca do tema determinantes sociais. Nesta perspectiva, levar a reflexão da importância da saúde se relacionar com as demais políticas sociais que interferem na vida população, como habitação, saneamento básico, educação, condições de trabalho, previdência social, etc. (COSTA, 2000).

O Serviço Social como uma especialização do trabalho afirmada no bojo da evolução do capital industrial no Brasil, tem na questão social a base fundante do trabalho profissional que interfere nas relações sociais, nas várias expressões da questão social vivenciadas pelos indivíduos sociais em todas as suas dimensões (IAMAMOTO, 2008).

A profissão nasce no Brasil com a perspectiva de conter o movimento operário e assegurar a ascensão do capital. No decorrer dos anos o/a profissional começa a questionar essa conduta e a buscar por fundamentação teórica metodológica capaz de proporcionar a visão crítica da realidade e romper com o caráter conservador. Com isso passa a trabalhar como executor das políticas públicas.

No caso do Serviço Social, profissão intrinsecamente vinculada à história, e que tem por matéria-prima de trabalho as múltiplas expressões da questão social, o desenvolvimento da capacidade de realizar leituras críticas e políticas da realidade é um verdadeiro imperativo, pois é a partir dessa realidade que se instituem suas demandas e requisições. (MARTINELLI, 2011b, p. 3).

Por meio do aporte teórico metodológico é possível compreender as demandas contemporâneas, dentro da complexidade das expressões da questão social, avaliar as condições materiais de vida, identificar recursos existentes no âmbito do Estado,

reconhecer e fortalecer as lutas coletivas e formular estratégias para pressionar o Estado na ampliação e efetivação dos direitos sociais.

A esse desafio do projeto que se propõe, segue o de imprimir a direção social, ou seja, realizar a transformação criativa da matéria-prima a direção social do nosso trabalho, na perspectiva de fortalecer o componente de resistência, de ruptura com as expressões dramáticas da questão social na realidade brasileira, com as quais o Serviço Social se depara cotidianamente no exercício profissional (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 273).

Nesta direção que segue trabalho do/a assistente social, instrumentalizar e fortalecer a classe trabalhadora na perspectiva de superar as expressões da questão social, imprimindo novos rumos à sociabilidade brasileira. Para isso, passaremos a seguir a conhecer as respostas profissionais às demandas apresentadas no seu cotidiano.

3.4 Estratégias e respostas profissionais do Serviço Social com vistas a efetivação do acesso a política de saúde

A proposta esboçada pelo projeto da Reforma Sanitária, indica a democratização do acesso à política de saúde, universalização das ações, descentralização da gestão, admissão de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equivalência das ações e conferências de saúde. Tem como princípio fundamental a saúde como direito de todos e dever do Estado.

No tocante a esse projeto de reforma, enfatiza à mudança do modelo médico-assistencial privatista para o SUS, o qual considera-se universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. O serviço social, como profissão histórica e socialmente determinada, se fez presente na proposta de fortalecimento do projeto de reforma sanitária.

Conforme Paulo Netto (2006), a profissão de Serviço Social é tida pelo Estado como resposta à necessidade de controle do equilíbrio da força de trabalho e de legitimação da instância estatal como força garantidora da propagação do modelo de reprodução capitalista.

Referindo-se ao trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, identifica-se que há limites e dificuldades enfrentados pelo/a profissional no cotidiano. Cabe destacar, que as condições de trabalho na saúde encontram-se precárias na maioria das

unidades brasileiras, a fragilidade de vínculo entre a equipe multiprofissional e há precarização das condições objetivas de trabalho.

Souza (2009), reflete que a força de trabalho em saúde, tem sua desvalorização apresentada pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa como a desestruturação no planejamento, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho, as baixas remunerações, a rotatividade ou inadequação de profissionais e as precárias condições de trabalho, levando ao comprometimento de uma intervenção de qualidade.

O fato é que obtivemos avanços e retrocessos na política de saúde, e nos deparamos com todas essas transformações no cotidiano do trabalho profissional do/a assistente social até o presente momento. No trabalho diário vivenciamos o desmonte da política pública de saúde, o desfinanciamento da saúde, evidenciando a falta de medicamentos, filas enormes para acesso a consultas e exames, falta de manutenção em equipamentos/aparelhos, etc., chegando ao desrespeito com direito constitucionalmente garantido que traz a “saúde direitos de todos e dever do estado”.

Não distante a essa realidade, o Serviço Social, como traz Vasconcelos (2008), mantém a mesma estrutura de organização há vários anos, uma prática conservadora, acrítica e de reprodução dos moldes capitalistas; na sua grande maioria submissos à rotina das unidades de saúde, recebendo encaminhamentos internos dos profissionais de saúde e demandas individuais dos usuários, o que demonstra uma atuação passiva, onde se espera que a demanda venha até o/a profissional.

É possível recapitular e destacar algumas das principais demandas diárias apresentadas ao Serviço Social na saúde, sendo elas:

- Solicitação de agendamento de consulta e exames – que muitas vezes ferem a rotina para demais usuários;
- Orientações para solução de “problemas” que permeiam o cotidiano dos usuários dos serviços;
- Localização de familiares;
- Acesso a recursos materiais (cadeira de rodas, muletas, andador, cama hospitalar, fralda, medicações, etc.)
- Orientações previdenciárias;
- Providencias em relação a transporte e TFD;
- Encaminhamentos para casas de apoio, instituições de longa permanência, instituições para tratamento de dependência química; dentre outras.

O fato é que o/a assistente social no seu cotidiano se depara com as inflexões do capitalismo por meio das diversas expressões da questão social em todas áreas de atuação, e na saúde não seria diferente. A falta e/ou ausência de investimentos na atenção básica de saúde acaba por refletir nas unidades hospitalares, onde os cidadãos chegam solicitando urgência em todas as suas demandas, visualizando apenas sua individualidade, ou seja, não se identifica como um ser coletivo dentro das suas necessidades.

Para compreender a complexidade do trabalho profissional do/a assistente social no HC-UFTM, foi questionado em relação às demandas, como são construídas as alternativas profissionais.

Então, são pacientes contínuos e que criam vínculo, então eu tenho paciente que está aqui 8 anos comigo. Então primeiramente a gente faz um acolhimento, uma entrevista inicial, e tem os acompanhamentos sociais. Sempre a partir do atendimento ao usuário a gente busca atender quem ele nos dá como referência de família, não necessariamente é família consanguínea, mas a família de vínculo afetivo. Há a necessidade de um cuidador, de definir um cuidador para o tratamento, então define isso junto. E as dificuldades que giram em torno do tratamento, que giram em torno do medicamento, dificuldade pro TFD, a gente faz contatos com a prefeitura por meio de ofícios, por meio de e-mails, sempre busca registrar, e sempre pautados na legislação para pessoas com [...], pra tentar trabalhar a prioridade; essa é a principal forma de enfrentamento. Quando essa pessoa, que além de [...] agrega outras políticas públicas, como do idoso e da criança, a gente também utiliza disso pra tentar alcançar aquilo que é o tratamento. Então a forma de superar seria essa. E a questão de informação a gente sempre reavaliar, de forma contínua, o projeto da sala de espera, pra gente estender a todos, porque às vezes pra não fazer com que o paciente deixe de vir ao Serviço Social, e nem a sua família, e também sempre nos períodos do ano a gente fica atento... Por exemplo, agora tá chegando a época de IPVA, de IPTU, então a gente começa às reinformações [...]. (FLOR).

A participante apresenta os instrumentos técnico operativos da profissão como formas de atendimento das demandas, sendo embasamento em legislações específicas, encaminhamentos e o fortalecimento de vínculos através de atividades sócio educativas, estabelecendo a aproximação da realidade subjetiva e luta em defesa dos direitos dos usuários. “Investimos na construção de formas novas de proteção social, de natureza preventiva e educativa, que permitam às famílias a organização e gestão de sua vida cotidiana, de modo a garantir a convivência familiar e comunitária.” (MARTINELLI, 2011b, p.9). As ações a usuários em tratamento, permeiam a prevenção de agravos e/ou impossibilitam sua relativa autonomia.

Em parceria com a rede, pra ter essa resposta. Tem questão de casa de apoio, que eu esqueci de falar, então a gente aqui tem contato com os representantes da casa de apoio, a gente consegue esse acolhimento pro familiar que vem de fora, porque às vezes não conhece nada em Uberaba. É mais parceria. Com questão do INSS, pra agilizar algum benefício, a gente entra em contato com as meninas de lá, do Serviço Social, pra agilizar alguma coisa, orientar a família melhor. Mais ou menos isso. (LINDA).

Ressalta-se a rede de acolhimento e a importância da interlocução dentro da profissão com colegas de outras áreas de atuação que envolve a rede de proteção social. O atendimento em muitos casos se estendem aos familiares/responsáveis, devendo ter um olhar específico a eles também, pois de forma peculiar lança mão da sua subjetividade no convívio social para “cuidar do outro”, e na saúde alguns profissionais tendem a tecer cobranças ao cuidador (familiar ou não) e não atenta que este também é um sujeito social com suas necessidades, desejos e sentimentos. “No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2011a, p. 499).

Certo, o que eu percebo diariamente no meu trabalho: a gente vive num momento em que as pessoas não têm acesso, e quando têm, há uma morosidade de ter esse acesso a um direito, né? Normalmente o que eu faço? Eu encaminho a pessoa, primeiro. Quando chega uma determinada demanda, para as vias normais de acesso ao recurso. Se é para Secretaria de Saúde Municipal, então vai pra Secretaria de Saúde Municipal, em determinado departamento. Se é uma demanda que é judicial, encaminha pra defensoria pública e pros núcleos de práticas jurídicas das universidades de Uberaba. Se é uma demanda que requer uma atuação especial em saúde, com fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, a gente encaminha pra rede, seja prefeitura, seja Uniube, seja UFTM, ou Facthus. Agora, quando a pessoa não tem esse acesso, quando ele não acontece nessas vias “normais”, aí eu utilizo do Estado, pra recorrer. Aí encaminho pra Promotorias Pública, pra Defensoria Pública, e aí eu utilizo do mecanismo, do equipamento do Estado, pra entrar com a ação pra pessoa poder ter esse acesso, o que a gente chama de judicialização da saúde, né? Outro mecanismo que eu utilizo é da Ouvidoria do HC, da Ouvidoria que é na Secretaria de Saúde, e a Ouvidoria Nacional do SUS, pelo telefone 136. Então eu utilizo esses mecanismos pra que a pessoa tenha acesso aos seus direitos. (MARIA).

Aqui é predominante o encaminhamento a recursos de comunidade para tratamento complementar em saúde; a órgãos de defesa dos direitos, sejam privados com fim público, como é o caso dos atendimentos jurídicos das universidades ou órgãos públicos como promotorias e defensoria pública; além de canais de comunicação, como ouvidoria. É estimulado a autonomia do sujeito, a partir do

momento que é dado o encaminhamento e orientado sobre a finalidade de atendimento cada local.

[...] além de conhecer a rede de serviços do entorno é também esse profissional que detém todo o conhecimento sobre os setores do serviço de saúde em que atua. Isso ocorre porque sabem bem os assistentes sociais que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho. (MATOS, 2013, p. 64).

O trabalho profissional é cada dia mais desafiante, e o conhecimento dos serviços ofertados no município, bem como as políticas públicas como um todo, são imprescindíveis à um exercício comprometido com o projeto ético político da profissão.

Então, a gente tem conseguido muito mais por meio das redes pessoais. Do que da política pública, de fato. O município está bem capenga com relação a isso, então a gente faz muito mais uso da rede pessoal. E a gente tem muito apoio das ONG's, o Lar da Caridade é um parceiro com relação à doação de fraldas, cesta básica. Eles têm uma avaliação que eles fazem, a gente não interfere, mas a gente encaminha e a avaliação é feita por eles. A gente tem a Associação de Voluntários de Uberaba, também, e eles costumam ajudar também em algum sentido. E no mais é a gente tentar dar alguma autonomia, quando a família tem condição de entender o que é isso. De ir atrás, e aí a gente disponibiliza todos os lugares, com telefones e endereços, de onde conseguir o quê. Em última instância, o que tem acontecido muito, até os serviços de ambulância do município, que está um caos, a gente orienta que as famílias procurem a mídia pra ter os seus direitos assegurados. (MARISA).

O retrato da negligencia e abandono da política pública, os profissionais buscam redes de apoio para tentar efetivar o direito do usuário a saúde. Ainda hoje o fato da mídia assombra a gestão dos serviços, mas receio que haverá um momento que esse não será mais um instrumento de apoio. Os assistentes sociais buscam no contato direto com outros profissionais da rede, meios para que o usuário tenha acesso ao atendimento necessário. No tocante a conduta profissional nos serviços de saúde, Matos (2013) aponta uma ação pouco crítica dos assistentes sociais. Parto da análise que ação crítica é deficiente, mas os profissionais estão dotados de visão crítica, capaz de estimular os cidadãos a reivindicarem seus direitos independente da forma.

O trabalho profissional é realizado diante de precariedade absoluta, seja nas condições de trabalho, seja na estrutura deficitária – onde falta material básico necessário a assistência – seja na redução das políticas públicas. Todo este contexto leva ao questionamento seu próprio papel enquanto profissional, chamado a intervir nos campos das expressões da questão social, mediante as políticas sociais públicas.

Olha, eu acho que o silêncio fala. Hoje a gente tenta discutir muito em reunião de equipe. Essa reunião quinzenal. Porque, assim, eu entendo que existem duas demandas, dois tipos de demandas: uma demanda que vem por desorganização do serviço, por desorganização do fluxo. E outra demanda que é a demanda pelas políticas públicas. Essa demanda interna, que muitas vezes recai sobre o Serviço Social, a gente está tentando inclusive construir estratégias coletivas, inclusive hoje estávamos pensando sobre isso, falamos sobre isso na reunião. De construção de documentos, de acionarmos o CRESS, para evitar e ter alguns enfrentamentos em relação ao que é atribuído ao Serviço Social e que, no entanto, é um serviço administrativo. Então eu acredito que esse é um tipo de demanda. O outro tipo de demanda eu acredito que seja em relação aos acessos das políticas públicas, que aí a gente aciona os órgãos de proteção, a gente aciona a rede de serviços. Tenta fazer essa mobilização, mas não está fácil! Nesse contexto político, de desmonte, todo o aparato social. Assim, está bem complexo. E eu acredito também que um desafio muito grande é você não responsabilizar o usuário. Você conseguir entender esse contexto e conseguir fazer esse trabalho no sentido de não individualizar essa demanda. (MÔNICA).

A identidade atribuída e ações de cunho administrativo ainda são vivenciadas na profissão. “A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos [...]” (CFESS, 2014, p. 44). As demandas relacionadas as políticas públicas foi alvo de críticas de todos os participantes, como algo que limita as respostas profissionais às demandas apresentadas.

Vivemos em um momento de crise do capital, onde há uma exacerbação das desigualdades sociais, dificultando à população o acesso aos direitos sociais, a presença influente do pensamento conservador do ideário neoliberal, trazendo descaso ao ser humano na sua totalidade. Os direitos sociais garantidos mediante a Seguridade Social vêm perdendo a centralidade na relação entre cidadão e Estado.

É subserviente desvelar as expressões da questão social presente nos atendimentos do Serviço Social, que se apresentam como determinantes sociais no processo saúde/doença. O/A profissional precisa ter olhar do estrutural e conjuntural no cotidiano, visão crítica de totalidade, pois é nessa realidade que instituem suas demandas.

Para estabelecer tal reflexão, foi solicitado as participantes, dentre as alternativas e respostas profissionais do Serviço Social, exemplificar se são individualizadas e coletivas, e o que entendem como necessário para um trabalho profissional coletivo.

Então, a questão de ser individualizado, é porque cada clínica tem um perfil, então acaba que individualiza nesse sentido: tem um perfil de trabalhar na hematologia, na DIP já tem outro, e por aí vai. Mas a dimensão coletiva dela, a partir do momento que temos reuniões, e a partir do momento que a gente registra no sistema, que torna público, entre a categoria, e também, assim, os cadernos de plantões. Então, assim, é individualizada, mas não um individualizado egoístico. “Só eu sei fazer”, não. É individualizada porque a clínica exige aquela demanda. E apesar de a gente falar que “No Serviço Social é assim! Pro Serviço Social os direitos são para todo mundo”, mas cada um, a condição de doença ou saúde da pessoa têm suas especificidades. Nós do Serviço Social, eu entendo que nós temos que entender, porque. Vou te dar um exemplo. Outra coisa que eu lembrei que faço também. É, relatório da Coagra pra priorizar a habitação. Um exemplo, [...] E, assim, o que eu vejo para tornar coletivo é o que tem mesmo: é o registro, é estar aberto, pra todo mundo. Acaba que no plantão a gente tem contato com todas as demandas, e aí a gente consegue ter uma noção; vai tendo mais tempo de hospital, e a gente vai entendendo de tudo, então pega mais uma experiência dessa demanda geral. (FLOR).

Aqui a gente consegue garantir de certa forma um trabalho em equipe, então a gente consegue atender com a psicologia, quando a gente observa que é importante a presença, às vezes com o pessoal da fisioterapia a gente consegue chamar, quando tem dificuldade de comunicação, então vamos ajudar nessa conversa, e eles participam. O pessoal da enfermagem, também, quando a gente tem dificuldade em relação ao quadro do paciente, lá no leito, porque às vezes eles ficam questionando “e esse curativo, e essa saliva?”, então a gente chama. Aqui eu tenho conseguido trabalhar em parceria, e eu vejo que isso faz muita diferença, quando tem colaboração da equipe, e aqui eu tenho conseguido trabalhar com a equipe. (LINDA).

Eu vou responder a partir de onde eu entendi. Existem algumas ações que nós desenvolvemos, e a gente sempre leva isso em reunião, porque fazemos muitas críticas, são ações individualizadas. E aí é uma ação individualizada, em que eu atendo a necessidade de determinado usuário. Mas o que é feito para que essa demanda, e essa resposta, saia do individual e vá para o coletivo? Então há a necessidade de desenvolvermos ações que articulem o serviço de saúde em que estamos inseridos, um HC, e junto à rede, para que aquela demanda não seja atendida individualmente, mas para que ela seja resolvida de forma coletiva, pra que outros usuários, quando chegarem ao serviço, eles sejam atendidos também, e não seja simplesmente negado o direito a eles, daquele atendimento. Então eu acho que aí existem duas questões: atender a demanda de forma individual e de forma coletiva, e existe o trabalho individual e o trabalho coletivo. Como nós somos muito separados por clínicas, acaba que nós atendemos a nossa demanda, da nossa clínica, mas quando surge alguma demanda, e acaba que ela gera impacto pra todas, pra todo o serviço, é discutido em reunião, é feito um documento, e quando é necessário todos assinam, porque não é uma demanda que tá gerando um impacto negativo, não é pro trabalho [...], é pro Serviço Social dentro do complexo hospitalar. Então essas respostas elas têm que estar em âmbito coletivo. Elas não podem ser individualizadas, porque senão a gente pessoaliza demais o trabalho e outros colegas podem estar sofrendo a mesma coisa. (MARIA).

Eu não sei se seria individualizado, mas muito segmentado, porque às vezes é um paciente que precisa da assistência, e geralmente é isso o que acontece, porque aqui, por ser um hospital universitário, depois a pessoa acaba ficando perdida no meio do caminho, ela não continua o atendimento no bairro, nas UBS's. E a questão da assistência. E da previdência. Além de a gente contar com outros serviços da comunidade, também. Então não acho

que é uma questão de individualidade, mas acho que é uma questão de estar muito segmentado. E às vezes acho que a gente não tem um retorno. Aqui a gente consegue ter um retorno maior, porque os pacientes geralmente retornam ao ambulatório, então a gente consegue ter notícia por intermédio dos médicos; eu já participei da equipe do ambulatório da clínica de dor, que são pacientes que já passaram por aqui, pelas internações, e no ambulatório de esclerose múltipla. Então são pacientes que eu via lá e que eu vi aqui no hospital. Então uma alternativa é a gente conseguir conversar com os atores envolvidos quando a gente vai tratar de questão de política pública. É preciso ter esse retorno. E a questão da referência e contra referência; acho que a gente precisa conversar mais. Tem se discutido muito, mas a gente não tem conseguido. É a assistência que não fala com a saúde, a saúde que não fala com a educação, e a gente precisa fazer isso funcionar. Como? Eu sei que os fóruns, as próprias rodas de conversa estão sendo alternativas... Mas eu acho que parte muito mais pela questão pessoal. Porque a gente acaba mesmo é fazendo uso das redes pessoais. Você faz contato, você liga, você pede retorno, então tem muito essa questão segmentada mesmo. (MARISA)

Olha, eu acredito que seja bastante individualizada. Acredito que a gente ainda está longe da questão do coletivo. Até porque no hospital, como a gente atende por demanda. A gente é acionada, então é acionado pra aquele caso. Então você trabalha e amanhã já é outro caso, que muitas vezes é a mesma situação. Então eu acredito, quando você pergunta o que é necessário, eu penso que [...] A questão do levantamento de dados, da sistematização desses dados. Para gente tentar sair dessa perspectiva individualizada. Porque muitas vezes essa perspectiva pode ser a do profissional, é a forma como ele trabalha. Agora, às vezes a gente tem a perspectiva coletiva e não consegue desenvolver esse trabalho, porque justamente a demanda. Então, você não consegue parar, você não consegue pensar, refletir, sistematizar, elaborar documentos a respeito disso. Eu falo, assim, o serviço social é um espaço riquíssimo, porque todas as ausências passam por ali, pelo Serviço Social, e muitas vezes, só para exemplificar, os casos de mães adolescentes, que essa semana eu atendi uma mãe adolescente. Eu atendi uma, eu sei que uma colega estava atendendo a outra, e amanhã vai ter a outra, e aí a gente faz o relatório e encaminha pro conselho, mas o que a gente tá fazendo em termos de coletivo? Em termos de política pública? Em termos de articulação com os órgãos? Então eu acho que a gente está muito aquém ainda, de conseguir fazer um trabalho na perspectiva coletiva, de sair desse trabalho de perspectiva individual. Por “n” razões. Acho que, essa questão da demanda, de você não conseguir parar. E essa coisa de você ter que a todo momento dar respostas, e dar respostas, e ser cobrado pelo Serviço Social. E a gente muitas vezes não tem estratégia, muitas vezes não tem muita articulação com a própria equipe, de falar “Olha, espera que a gente tá produzindo um relatório sobre os casos de mães adolescentes!”, “Pera aí que a gente tá fazendo isso agora!”, então a gente tem que estar o tempo todo atendendo. (MÔNICA).

As respostas apresentadas pelas participantes em sua grande maioria trazem as deficiências do sistema capitalista frente as políticas sociais, precarização do trabalho e desarticulação com as políticas. Como respostas se as ações são individualizadas ou coletivas, todas apresentaram aspectos seguem ambos os direcionamentos. Cabe destacar as seguintes situações:

- ✓ Dois profissionais ressaltaram que o atendimento profissional por clínicas (setores) dificulta ações coletivas;

- ✓ Atendimento seguímentado (atenção básica, médica e alta complexidade), e o usuário fica perdido no fluxo;
- ✓ Alguns casos são individualizados considerando sua subjetividade;
- ✓ Atendimento por demanda, com fluxo intenso;
- ✓ Perfil profissional que trabalha individualizado;
- ✓ Registro no caderno de plantão e sistema, como forma de compartilhar as informações de usuários atendidos;
- ✓ Trabalho em equipe com diversos profissionais da saúde;
- ✓ Dois participantes indicaram a reunião de equipe quinzenal como espaço de discussão coletivo;
- ✓ Contato com assistentes sociais da rede assistencial;

As propostas para uma ação coletiva foram peculiares:

- ✓ Estabelecer projeto de articulação dos profissionais do HC-UFTM com a rede, visando que a demanda seja resolvida de forma coletiva;
- ✓ Conversar com atores envolvidos no atendimento e na rede de atenção integral a saúde;
- ✓ Estabelecer vínculo com as demais políticas sociais;
- ✓ Participar de fóruns e rodas de conversa;
- ✓ Sistematizar dados sobre as demandas e atendimentos.

Apenas uma fala apresenta os espaços de participação social como fórum e rodas de conversa, mas não foi citado por nenhum os conselhos de saúde. Não foi enfatizado o estímulo aos usuários a ocuparem os espaços público de lutas coletivas pelos direitos sociais como conselhos de saúde, conferencias e audiências públicas.

Como as demandas pela participação nos Conselhos e pelo controle social não são requeridas de forma explícita pelos usuários nem pelos profissionais de saúde, os assistentes sociais não têm considerado a ocupação dos espaços dos Conselhos, pelos usuários, pelos profissionais de saúde, como demanda. (VASCONCELOS, 2008, p. 252, grifo do autor).

Na atual conjuntura política, econômica e social que estamos vivenciando, é fundamental a mobilização social, bem como ações coletivas. Os usuários por sua vez, diante de suas necessidades urgentes, sentem-se imobilizados e impotentes a lutas coletivas, que é próprio do sistema capitalista a indução a individualidade. No

emaranhado de transformações contemporâneas, os profissionais estão fragilizados, enquanto construção coletiva.

A participante Mônica trouxe uma questão muito interessante ao deixar claro que se tem a perspectiva coletiva, mas devido a quantidade de demandas, fluxo diário de atendimento, nunca são os mesmos usuários, o que individualiza ainda mais a ação, não é possível parar, pensar, refletir e sistematizar.

Os assistentes sociais têm como princípio fundamental a ampliação e a consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas a garantir os direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras. [...] Sustenta-se que é possível e necessário que a profissão como um todo, reinicie um debate e participe ativamente da definição de sua base de sustentação ocupacional, para que os assistentes sociais convertam-se em atores desse processo. (GRACIANO, 2013, p. 38-39).

Durante as entrevistas foi possível perceber que os assistentes sociais se sentem como bombeiros – utilizando-se aqui de um vocabulário informal – chamados a controlar as chamas da questão social, mas sem dispor de seu elemento principal, a água, ou seja, políticas sociais condizentes com a realidade vivenciada. No decorrer de toda análise da pesquisa foi percebido uma certa angústia vivenciada pelos profissionais, seja pelas relações de trabalho, condições em que estão submetidos, crise estrutural que rebate diretamente no trabalho cotidiano.

É desse trabalho crítico e competente sob o ponto de vista ético-político que estamos falando, pois trata-se de um trabalho que é ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade. (MARTINELLI, 2011a, p. 501).

Para uma ação concernente ao projeto ético-políticos, é imprescindível utilizar-se do instrumental técnico-operativo da profissão e o referencial teórico-metodológico, que embasam a atuação profissional comprometida com a defesa dos direitos sociais constitucionalmente conquistados, a duras penas, pelos trabalhadores e movimentos sociais.

Uma atuação ancorada nos princípios éticos da profissão e nas diretrizes que norteiam o trabalho em saúde, estaremos agindo na militância ética dos direitos sociais, visando consolidar a cidadania participativa dos usuários e familiares nos espaços públicos de saúde. Esta habilitação com o projeto profissional é que permite

captar as diferenças sociais, identificar as lideranças políticas na comunidade, as necessidades dos usuários e estimulando a autonomia dos sujeitos envolvidos no ambiente hospitalar (MARTINELLI, 2011a).

No entanto, precisamos compreender a organização do processo de trabalho da sociedade capitalista, os reflexos desta organização na saúde, o desmonte das políticas sociais sob domínio neoliberal, a proposta de Estado mínimo, redução dos gastos com políticas sociais, incentivo a privatização dos serviços, desemprego estrutural, como isso provoca a degradação da vida humana, as expressões da questão social e consequente culpabilização dos cidadãos.

Para os assistentes sociais que almejam um trabalho articulado aos interesses, a defesa ética dos direitos e necessidades dos diversos seguimentos da classe trabalhadora, é salutar trabalhar na dimensão socioeducativa, como mediador da política de saúde e socioassistencial, ter clareza de manter-se firme no propósito de embasar-se teoricamente para as lutas voltadas as necessidades da classe trabalhadora.

Por fim, e não menos que importante, assumir o compromisso de sentir-se nascido a cada momento para a eterna novidade do mundo e inserir a profissão no processo de construção de uma nova ordem societária: uma sociedade justa, igualitária, livre de opressão, dominação e exploração, conforme disposto em nosso projeto ético-político profissional, e lutar por novas formas de acesso à renda e ao trabalho, pois esta é a principal mediação humana: nós nos fazemos humanos pela mediação do trabalho! (MARTINELLI, 2011b, p. 14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação com as referências de autores sobre a crise do capital, a política de saúde no Brasil, o Serviço Social e o Serviço Social na saúde, aliada a aproximação da atuação profissional dos participantes da pesquisa, foi possível refletir sobre a complexidade da realidade profissional no seu cotidiano de trabalho, bem como, o comprometimento ético e político da categoria em efetivar os direitos sociais garantidos constitucionalmente.

O processo histórico da saúde, enquanto política pública de direito, e de seus serviços no Brasil, ancorada num movimento contraditório eminente da sociedade capitalista, mostra que a questão social e suas formas desafortunadas, manifestam-se no cotidiano dos usuários desses serviços.

Essas questões refletem a crise estrutural do capital presente na política de saúde brasileira, como produto histórico de uma sociedade marcada pelas refrações das políticas de governos, para a população pobre e em extrema pobreza. Essa parcela significativa da população brasileira que, vem sendo afetada pelo neoliberalismo e suas formas incertas de expropriar aquilo que é público ao cidadão.

A reflexão do processo histórico da saúde no Brasil sustenta-se a partir de sua trajetória, que revela as contradições das políticas dos governos brasileiros, dos interesses privatistas apoiados à lógica mercantilista, entretanto, de resistência e defesa da Reforma Sanitária que, engajados numa direção de transformação, possibilitaram a construção do SUS como uma política de saúde reconhecida pelos seus parâmetros e diretrizes legais e universalizantes. Considera-se que, apesar do avanço e da significativa conquista dos movimentos sociais em prol de uma saúde justa e igualitária, o enfrentamento para a legitimação universal, equânime e integral requer constante acompanhamento e controle social.

O direito à saúde deve contemplar o ser humano na sua totalidade, com ações efetivas que perpassam a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, tratamento e reabilitação, devendo esta última ocorrer em raras exceções, considerando que o investimento maior deve ser direcionado à promoção e prevenção em saúde.

O descaso com o que é público pode ser verificado a partir da década de 1990, uma vez que na sociedade brasileira reverbera a falta de médicos, medicamentos e serviços laboratoriais, o que denota a falta de estrutura, investimentos, gestão e de

serviços ofertados a população, o que mostra a crise no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Neste contexto de lutas, conquistas e retrocessos, está presente o/a assistente social, sendo desafiados a defender as políticas públicas e consolidar um trabalho que questione a proposta neoliberal na saúde. Cabe ao profissional buscar estratégias que efetivem o direito à saúde, ancorados ao Projeto Ético Político e o Projeto de Reforma Sanitária.

O/A assistente social comprometido com o Projeto Profissional, deve desenvolver um trabalho com visão crítica, compreender a gênese dos processos sociais, buscar por embasamento teórico, ser culto e manter-se informado acerca da conjuntura da sociedade brasileira. A saúde requer um/a profissional com habilidades técnicas, teórica, metodológica, ético e política, capaz de desenvolver seu trabalho com criatividade, capacidade argumentativa e resolutive, e principalmente propositivo, dentre outros.

A aproximação da realidade com este estudo, proporcionou identificar os instrumentos técnicos operativos utilizados, como acolhimento, entrevista social, encaminhamento, visita domiciliar, trabalho em equipe, ações socioeducativas, entre outros. Com a utilização destes recursos é possível aproximar da singularidade dos indivíduos e suas famílias que buscam atendimento, e compreender as determinações sociais que envolvem sua sociabilidade.

O Serviço Social atua nas expressões da questão social, e como trabalhador, está inserido na divisão sócio técnica do trabalho e submetido aos desmontes das leis trabalhistas e sofrem a precariedade das condições de trabalho. Os participantes da pesquisa enfatizaram o adoecimento da categoria face a miríade de contradições do sistema capitalista excludente.

Um destaque de uma participante que chama a atenção da pesquisadora, foi a fala de que o/a profissional tem a perspectiva coletiva, mas o volume de atendimento, comparado à escassez de profissionais, acaba por limitar a um trabalho que promove a consciência coletiva da complexa crise estrutural contemporânea.

Assim, as falas das participantes revelam que grande parte dos profissionais no trabalho cotidiano, tem essa consciência e repudiam essa conduta, entretanto, como foi dito anteriormente, é afetado do mesmo modo pela precariedade nas condições de trabalho. O Serviço Social identifica as necessidades de ações emancipatórias e coletivas, mas caem na imediatidade das situações colocadas

pelas demandas da saúde. Está claro, pois, que a pesquisadora em sua experiência profissional, também se angustia com essas condições degradantes do trabalho.

A falta de recursos materiais básicos ao atendimento da saúde dentro do HC-UFTM é um aspecto de extrema relevância para a pesquisa, que demonstra a fragilidade da política de saúde que privilegia a privatização em detrimento de um atendimento público de qualidade. Outra situação real, constatada nas entrevistas, refere-se a ausências de políticas sociais condizentes com a realidade social da população, que interferem no acesso integral a saúde por parte dos usuários. Tal fato, causa perplexidade aos profissionais que estão diante desta barbárie, bem como na pesquisadora como trabalhadora da saúde.

O/A assistente social é um/a profissional tem habilidade e competência para se mobilizar e provocar a inquietude na população, objetivando a luta por políticas sociais justas e efetivas, que vão ao encontro do que foi preconizado na Constituição Federal de 1988, para ruptura à proposta neoliberal que negligencia a saúde no país, e vem desconstruindo essa política de forma sutil para não causar impacto maior.

Ao reconhecer que diante de um mundo dialético em constante transformação, é necessário um processo permanente de formação e capacitação levando à reflexão de novas propostas que rompam com as condições impostas pela sociedade capitalista, calcada no projeto neoliberal. Desta forma, o/a profissional estará munido de argumentação que promova um espaço de trabalho profícuo, que estimule a participação efetiva tanto da categoria quanto dos usuários, seja nos espaços de atendimento individual, tão importantes como refletidos junto às participantes no HC-UFTM, seja nos espaços coletivos. É com esta finalidade que esta pesquisa foi construída.

A pesquisadora traz em sua história profissional a constatação que a saúde é um direito social e o SUS um dever do Estado brasileiro. Ainda, que a crise estrutural do capital penaliza os usuários da saúde, comprometendo o trabalho do/a assistente social, portanto, é fundamental a defesa do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social.

Nestas considerações, é valioso destacar a grande contribuição do trabalho do/a assistente social do HC-UFTM para o acesso ao direito a saúde. Outro ponto relevante é a formação continuada e capacitações que embasam a atuação profissional e proporcionam análise crítica da realidade, almejando uma atuação

comprometida com a reflexão, o debate, a análise, e consequentemente luta pela a garantia de direitos da classe trabalhadora e usuária do SUS.

Este trabalho foi relevante para a compreensão dos impactos da crise estrutural na política de saúde que influenciam a atuação profissional do assistente social na área da saúde. Neste cenário de desmonte dos direitos sociais, é preciso que o profissional tenha clareza quanto ao Projeto Ético Político Profissional para que as respostas profissionais sejam condizentes com as demandas da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. O direito a saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Série trabalho e formação em saúde).

BEHRING, E. R. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: CFESS; ABEPSS **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica do serviço social, v. 2).

_____.; SANTOS, S. M. M. Questão social e direitos. In: CFESS; ABEPSS **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 2 mar. 2018.

_____. Lei n. 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. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 6 maio 2017.

_____. Lei Ordinária n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 maio 2017.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Lei n. 10.741, 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF, 2009. (F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

_____. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: política social. mod. 3. Brasília, DF: UnB, 2000.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS : OMS : MS, 2008.

_____. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, abr./jun. 2010.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

_____.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para Debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS : OMS : MS, 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CFESS. Resolução CFESS n. 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acesso em: 14 de abril de 2018.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2012.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF, 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Relatório Final**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS n. 218, de 6 de março de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 1997. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>> Acesso em: 14 de abril de 2018.

COSTA. M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

EBSERH. **Carta de Serviços ao Cidadão do Hospital de Clínicas da UFTM**. Uberaba, 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/cartaservicos/6af79032-2cd8-4dd1-b1ca-3e08f059d63b>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

_____. **Pronto Socorro**. Uberaba, [2017]. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/pronto-socorro>>. Acesso em: 5 dez. 2017

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. **A Fundação Hemominas**: unidades e contratantes, rede hemominas, Hemocentro, Uberaba. Uberaba, 2016. Disponível em: <<http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/hemocentro/Uberaba>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____. **Objetivo operacional e competência legal**. Uberaba, 2014. Disponível em: <<http://www.hemominas.mg.gov.br/a-hemominas/sobre-nos/objetivo-operacional-e-competencia-legal>>. Acesso em: 11 fev. 2018

FUNEPU. **A Fundação**: relatório de atividades 2004. Uberaba, 2008. Disponível em: <<http://www.funepu.com.br/novo/images/AVIfunepu080507120208.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____. **A Fundação**: relatório de atividades 2010. Uberaba, 2011. Disponível em: <<http://www.funepu.com.br/novo/images/AVIfunepu080507120208.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

GIAQUETO, A. Serviço Social e a ação socioeducativa frente ao contexto sócio-histórico atual. In: _____. (Org.). **A dimensão educativa no trabalho social**: exercícios de reflexão. Jundiaí: Paco, 2015.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

GRACIANO, M. I. G. **Estudo socioeconômico**: um instrumento técnico-operativo. São Paulo: Veras, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IBGE. **Canais**: cidades@: MG: Uberaba. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

JACINTO, A. G. Trabalho socioeducativo no Serviço Social à luz de Gramsci: o intelectual orgânico. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.84-92, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v20n1/1414-4980-rk-20-01-00084.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

LOPES, M. A. B.; CHAPADEIRO, E. Retrospectiva histórica dos 50 anos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 297–309, 2003. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1544>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____. (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. (Série núcleo de pesquisa, 1).

_____. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 12, p. 1-17, 2011b. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=50182>> Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. O trabalho do/a assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, 2011a.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. **Revista Outubro**, [S.l.], ed. 4, fev. 2000. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%C3%A7%C3%A3o-4-Artigo-02.pdf>> Acesso em: 7 abr. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Superintendências Regionais de Saúde**: Uberaba. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cib/page/222-srs-uberaba-sesmg>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

_____. **Susfácil**: Sistema Estadual de Regulação Assistencial. Brasília, DF, [2011]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cer/page/464-susfacil-sesmg>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. (Org.) 25. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2007a.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2017.

_____. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html> Acesso em: 29 mar. 2018.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PAULA, L. G. P. A dimensão investigativa do exercício profissional do/a assistente social na saúde. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

PAULO NETTO, J. ; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviços social, v. 1).

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PAULO NETTO, J. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, 2012.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

PELEGRI, S. M. A dimensão socioeducativa do trabalho do/a assistente social na área da saúde. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte: CRESS 6ª Região, 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/A%20DIMENSÃO%20SOCIOEDUCATIVA%20DO%20TRABALHO%20DO%20ASSISTENTE%20SOCIAL%20NA%20ÁREA%20DA%20SAÚDE.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

PORTE, I. Desemprego em 2002 deve ter 2º maior taxa histórica, diz Dieese. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 out. 2002. Mercado. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u57964.shtml>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SANTOS NETO, A. B. **Capital e trabalho na formação econômica do Brasil**. São Paulo: Instituto Luckács, 2015.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

_____. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 8.; SEMINÁRIO O TRABALHO EM DEBATE, 6., 2012, Franca. **Anais....** Franca: Unesp, 2012. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/49.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2017

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. (Série núcleo de pesquisa, 1).

SILVA, A. L. A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Série trabalho e formação em saúde).

SILVA, C. **O acidente de trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “des(construção)” do humano**. 2008. 236 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

SILVA, L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do Serviço Social, v. 3).

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação trabalho. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Org.). **Seguridade social**: tendências e desafios. Campina Grande: Eduepb, 2009.

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: CFESS; ABEPSS **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009.

_____. Educação e ontologia. **Revista Histedbr On-line**, Campinas, n. esp., p. 135-145, abr. 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS : OMS : MS, 2008.

APÊNDICE

Apêndice A - Convite as participantes da pesquisa



CONVITE

Uberaba, de de 2018.

Prezado

É com estima e consideração que eu, Tatiane Campos Fernandes, aluna do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, venho convidá-lo para participar da pesquisa de mestrado intitulada “*O trabalho do/a assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro*”, enquanto sujeito participante. A pesquisa em tela tem como objetivo geral “Analisar o trabalho do/a assistente social e as respostas profissionais às demandas apresentadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro”. Para isso, estão propostos com objetivos específicos:

- Refletir os impactos da crise estrutural do capitalismo na política de saúde;
- Conhecer o trabalho do/a assistente social no HC da UFTM;
- Refletir sobre a instrumentalidade no trabalho do/a assistente social no HC da UFTM;
- Conhecer as estratégias adotadas pelos/as assistentes sociais para atender as demandas

Para alcançar os objetivos supracitados a pesquisa será conduzida pelo método dialético, com abordagem qualitativa, de tipo exploratória, com pesquisas bibliográfica, documental e de campo, além da observação participante natural; por ser um estudo de caso buscar-se-á por meio dos participantes pertencentes a este cenário de pesquisa, assistentes sociais, desvelar as conexões dialéticas que se estabelecem entre sujeitos e objeto de pesquisa.

Para a apreensão dos dados na pesquisa de campo, com os (as) respectivos (as) assistentes sociais do Hospital de Clínicas da UFTM, utilizar-se-á a entrevista semiestruturada, guiada por temas geradores. Para a realização das entrevistas escolhemos a técnica de gravador, com vistas a melhor apreensão da fala e reflexão dos sujeitos participantes.

A sua participação está condicionada ao Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização da pesquisa não promoverá formas enclausurantes, pois, quando necessária, ela será ajustada às condições do livre arbítrio dos sujeitos em participar e/ou abandonar a pesquisa, resguardando, assim, a integridade ética, cultural, social e profissional dos mesmos, conforme elucidados nas Resoluções CNS Nº 466/2012 e Nº 510/2016. A pesquisadora compromete-se a devolver os resultados ao sujeito participante, como forma de manter a pesquisa científica transparente e com cariz crítico-propositivo e ético, disponibilizando uma cópia da entrevista e da Dissertação de Mestrado. A devolutiva obedecerá prazo acordado entre pesquisador e sujeito participante.

Destarte, agradeço antecipadamente vossa colaboração e aguardo retorno.

Atenciosamente,

Tatiane Campos Fernandes

Pesquisador responsável

Discente pesquisador do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP campus Franca/SP. T

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nome do participante: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Documento de Identidade: _____ Sexo: m () f ()

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Fone: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: “O trabalho da/o assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O projeto de pesquisa será conduzido por Tatiane Campos Fernandes que é estudante da Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pelo Prof (a). Dr(a) Fernanda de Oliveira Sarreta, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação da Dissertação de Mestrado observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Este estudo busca analisar o trabalho do/a assistente social e as respostas profissionais às demandas apresentadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Uberaba, de de 2017 .

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

Nome: Tatiane Campos Fernandes

Endereço: Rua Joao Bento de Carvalho, nº 293 – Manoel Mendes, Uberaba, M.G.

Telefone: 98882 9540

E-mail: tatianesocial@gmail.com

Orientador

Prof. (a) Dr. (a) Fernanda de Oliveira Sarreta

Endereço: Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 – Jd. Dr. Antônio Petraglia – FRANCA – SP

Telefone: (16) 3706-8723

E-mail: fersarreta2009@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Unesp – Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia – CP 211. CEP: 14409-160 – FRANCA – SP
Telefone: (16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Apêndice C - Formulário de entrevista assistente social do HC-UFTM**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA ASSISTENTE SOCIAL DO HC A UFTM/MG****1. Identificação:**

Assistente Social:

Nome fictício:

Setor de Atuação:

Tempo de Trabalho o Hospital de Clínicas:

Tempo de Trabalho no Setor:

Carga horária semanal:

2. Formação

Graduação: _____ Ano: _____

Especialização: _____ Ano: _____

Pós-Graduação: _____ Ano: _____

Outra formação: _____ Ano: _____

3. Participação (se sim, qual):

Reunião de Equipe: _____

Grupo de Estudo: _____

Movimento Social: _____

Evento no último ano: _____

Outro: _____

4. Atuação Profissional:

4.1. Como está organizado o Serviço Social no HC da UFTM? (Gestor, atuação em qual área?)

4.2. Você pode falar sobre o seu trabalho dentro do HC?

4.3. Quais as atividades que você desenvolve?

4.4. E quais são as maiores demandas de trabalho do Serviço Social?

4.5. Em relação às demandas, como são construídas as alternativas profissionais?

4.6. Dentre as alternativas profissionais do Serviço Social, pode exemplificar se são individualizadas e coletivas? E o que você entende como necessário para uma prática coletiva?

4.7. Quais as principais expressões da questão social vivenciadas no cotidiano da saúde?

4.8. Quais são os rebatimentos da crise estrutural contemporânea na política de saúde?

4.9. Como isso afeta o usuário do Serviço Social no HC?

4.10. Pode comentar sobre os Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Saúde do CFESS?

4.11. Gostaria de acrescentar alguma informação importante em relação a esta pesquisa?

ANEXO

Anexo A - Autorização HC-UFTM para realização da pesquisa

Mem. nº245/2017/GEP/HC/UFTM.

Em 31 de outubro de 2017.

À Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

Assunto: Autorização de projeto de pesquisa

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar de projeto de pesquisa intitulado: “o trabalho da/o assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro”, juntamente com a documentação abaixo descrita:

- Formulário eletrônico da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido (PDF);
- Carta de ciência do Setor/Unidade-HC/UFTM/Filial Ebserh, onde será

realizada a pesquisa.

2. Em vista disso, damos também o nosso “de acordo”, desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que:

- O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência.
- Envio de relatórios parcial(is) (semestral) e final a contar da data de registro na GEP.
- Os relatórios devem ser preenchidos no formulário online: <https://goo.gl/forms/OlinSeAWIXfcmZTL2>
- É necessário apresentar, quando solicitado, o documento de registro do projeto ao(s) setor(es) do HC em que a pesquisa será realizada. Este documento será enviado a Vsa. após a submissão no CEP e encaminhamento para esta Gerência do número CAAE e situação do projeto(em análise, aprovado, reprovado ou retirado).

Atenciosamente,



Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira
Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSERH
(em exercício)

Dr. Gilberto de Araújo Pereira
Gerente de Ensino e Pesquisa
HC / UFTM / Filial EBSERH
Em Exercício

Anexo B - Comprovante Envio de Projeto ao CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O trabalho da/o assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Pesquisador: TATIANE CAMPOS FERNANDES

Versão: 5

CAAE: 80877317.5.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 145994/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto O trabalho da/o assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que tem como pesquisador responsável TATIANE CAMPOS FERNANDES, foi recebido para análise ética no CEP UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/Camp. de Franca em 07/12/2017 às 14:48.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8724

E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho da/o assistente social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro **Pesquisador:** TATIANE CAMPOS FERNANDES **Área Temática:**

Versão: 5

CAAE: 80877317.5.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.546.766

Apresentação do Projeto:

Todas as etapas do projeto estão bem definidas.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e possíveis de serem executados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

A coordenadora aprova "ad referendum" do colegiado o parecer do relator.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8724

E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA**



Continuação do Parecer: 2.546.766

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_954637.pdf	27/02/2018 22:07:24		Aceito
Outros	CARTA_EXPLICATIVA.pdf	07/01/2018 13:05:24	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRATO_UFTM.pdf	07/01/2018 12:30:25	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Outros	Autorizacao_01211279669.pdf	07/12/2017 12:13:48	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_UNESP_UFTM.pdf	07/12/2017 12:11:42	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Outros	Fluxo_Registro_Pesquisa_UFTM.pdf	07/12/2017 12:11:00	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HC_UFTM.pdf	07/12/2017 11:41:07	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/12/2017 11:38:49	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PLATAFORMA_BRASIL_ASSINADA.pdf	01/11/2017 17:39:23	TATIANE CAMPOS FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 16 de Março de 2018

**Assinado por:
Helen Barbosa Raiz Engler
(Coordenador)**

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP **Município:** FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8724

E-mail: comiteetica@franca.unesp.br