

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Daniela Silva Vieira

**O ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE: O AVANÇO DO TERCEIRO
SETOR COMO GESTOR DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O COTIDIANO
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**

Santa Maria, RS, Brasil

2019.

Daniela Silva Vieira

**O ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE: O AVANÇO DO TERCEIRO SETOR COMO
GESTOR DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O COTIDIANO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE
SOCIAL**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Serviço Social, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção de
título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Dda. Luísa Fernandes Cordeiro.

Santa Maria, RS,

2019.

O ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE: O AVANÇO DO TERCEIRO SETOR COMO GESTOR DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O COTIDIANO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção de título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 10 de dezembro de 2019

Luisa Fernandes Cordeiro, Dda. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre lutaram para que esse momento fosse possível.

À professora Luísa Fernandes Cordeiro pela atenção dedicada ao longo do período de construção deste trabalho.

À supervisora de Estágio Grasielle Gallina Seeger por todas as valiosas horas dedicadas ao processo de estágio e construção de saberes.

À todos os professores que fizeram parte da minha trajetória acadêmica.

Aos meus colegas e amigos que foram fundamentais durante todo este processo.

“Não é a consciência do homem
que lhe determina o ser, mas ao contrário,
o seu ser social que lhe determina a
consciência” (Karl Marx)

RESUMO

O ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE: O AVANÇO DO TERCEIRO SETOR COMO GESTOR DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O COTIDIANO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

AUTOR: Daniela Silva Vieira

ORIENTADORA: Profa. Dda. Luisa Fernandes Cordeiro

Considerando a situação atual do país e as transformações que vem sendo observadas a partir das políticas neoliberais se faz necessária a discussão acerca do Estado e suas relações. No contexto da saúde esses impactos são percebidos em todo o território nacional e afetam diretamente o cotidiano da vida dos sujeitos. Este trabalho se objetiva a uma análise da Política Pública de Saúde, como se articula com o Estado e o Terceiro Setor, bem como a atuação do Assistente Social neste contexto. Para isso, foi necessário contemplar o modo de produção capitalista, o avanço das políticas neoliberais no Estado e a desregulamentação dos vínculos empregatícios dentro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Dessa forma, o relato teórico-prático apresenta-se por fim através do relatório final do estágio onde é possível perceber os impactos dessa conjuntura na atuação profissional do Serviço Social.

Palavras-chave: Estado; Política Pública de Saúde; Terceirização; Serviço Social

ABSTRACT

THE STATE IN HEALTH POLICY: ADVANCING THE THIRD SECTOR AS THE MANAGER OF SOCIAL POLICIES AND THE PROFESSIONAL SOCIAL ASSISTANT'S DAILY

AUTHOR: Daniela Silva Vieira

ADVISOR: Profa. Dda. Luisa Fernandes Cordeiro

Considering the current situation of the country and the changes that have been observed from neoliberal policies, it is necessary to discuss the state and its relations. In the context of health these impacts are perceived throughout the national territory and directly affect the daily life of the subjects. This paper aims to analyze the Public Health Policy, how it articulates with the State and the Third Sector, as well as the role of the Social Worker in this context. For this, it was necessary to contemplate the capitalist mode of production, the advancement of neoliberal policies in the state and the deregulation of employment ties within the University Hospital of Santa Maria (HUSM). Thus, the theoretical-practical report is finally presented through the final report of the internship where it is possible to perceive the impacts of this conjuncture on the professional performance of Social Work.

Keywords: State; Public Health Policy; Outsourcing; Social service

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 O ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	11
2.1 O Estado e suas concepções.....	11
2.2 O modo de Produção Capitalista e suas concepções	13
2.2.1 O modo de produção capitalista	14
2.3 As políticas sociais no contexto atual.....	19
2.4 Concepções de Terceiro Setor e sua atuação.....	25
2.5 As intervenções do Serviço Social no contexto do Estado Mínimo	28
3.0 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL.....	30
3.1 Relatório Final de Estágio	33
4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
5 REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Abordará sobre a atuação do Estado na Política Pública de Saúde, o avanço do Terceiro Setor como gestor das políticas sociais, tendo em vista o Estágio Supervisionado em Serviço Social realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, que possibilitou esta análise a partir da vivência de campo.

No transcorrer deste projeto serão apresentados os principais aspectos que darão suporte para o referido estudo. Nesse seguimento, será apresentada a delimitação do tema, para determinar o objeto de estudo, considerando que o mesmo engloba uma realidade mais ampla.

Percebe-se que a finalidade deste estudo é relacionada diretamente com o movimento histórico que envolve a Política de Saúde no Brasil, o papel do Estado nas políticas sociais, tendo em vista o avanço de medidas neoliberais e o contexto de atuação profissional do Assistente Social diante destas transformações. Estes pontos serão explorados através da literatura existente e artigos relacionados com o tema.

O presente estudo tem por objetivo analisar os processos existentes dentro da Política de Saúde, envolvendo a atuação do Terceiro Setor e a ausência do Estado nesta política e como estes processos afetam o acesso dos usuários a esta política, tendo em vista o cotidiano profissional do Assistente Social.

Como evidenciado anteriormente, a primeira aproximação com o tema em estudo se deu por meio das disciplinas de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, ofertadas no VII e VIII semestre do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. O Estágio Supervisionado em Serviço Social se realizou no Hospital Universitário de Santa Maria, no 4º andar nos setores de Nefrologia e Hemato-Oncologia.

Com vistas a desocultar a realidade nas relações entre a atuação do Terceiro Setor na Política de Saúde, através das Casas de Apoio atuando no suporte a demandas existentes em diversos setores do Hospital Universitário de Santa Maria. A Lei Nº 8.080 (1990), em seu artigo 2º estabelece:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Percebe-se que as tratativas com a Saúde devem abranger diversas relações e, para isso, o Estado deve agir conforme suas responsabilidades estipuladas na legislação, bem como as famílias e a sociedade agem na medida que as situações se moldam. Para que políticas sociais possam ser eficazes neste processo, o Estado deve fornecer aos serviços subsídios para que possam sanar as demandas da população e possam agir com caráter preventivo e promovendo as questões de saúde. Contudo, a realidade dos serviços públicos de saúde mostra que ocorrem eventos que não deveriam ocorrer, como a falta de repasse de recursos para as instituições de saúde, precarização do trabalho dos profissionais, entre outros. Para compreender esta realidade deve-se observar como se dá a estrutura destas relações, sendo assim, esta análise será aprofundada acerca do seu contexto histórico, econômico e cultural.

CAPÍTULO I

2 O ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo tem em seu cerne a discussão acerca da análise sobre o modo de produção capitalista e suas determinações, a problematização dos traços relacionados a configuração do capitalismo contemporâneo apreendidos numa relação de continuidade e ruptura, promovendo uma relação de desenvolvimento desigual onde ocorre um movimento de coexistência, divergência e unificação de formas arcaicas e modernas de organização. Serão abordadas definições acerca das características relacionadas ao Estado e Política de Saúde bem como o contexto histórico e o avanço do capitalismo contemporâneo.

2.1 O Estado e suas Concepções:

Articular um conceito de Estado é uma ação ampla e complexa onde ocorrem diversas divergências quanto a sua real definição. Alguns autores acreditam que tal tarefa se faz quase impossível mediante os diversos fatores que o rodeiam e a variação que determinadas situações podem gerar. Alguns elementos constituintes podem ser visualizados pelos que acreditam em uma definição de Estado aproximada, são eles: o poder de coerção, apropriado somente ao Estado com autorização da própria sociedade civil; a delimitação territorial de poder Estatal; a gestão e administração de instituições através de medidas burocráticas; comportamentos gerais e práticas regulados pela burocracia do Estado.

Estes elementos compõe um “tipo ideal” de Estado, porém na realidade ocorre grande dificuldade no exercício do poder, aplicação de regramentos e controle de situações que deveriam ser geridas por ele. Para os que inviabilizam uma definição de Estado, o entendimento do próprio nome e sua noção são relativos; ocorre um movimento histórico associado as diversas mudanças que delimitam o tipo de Estado; ocorre uma confusão entre a definição de Estado e seus órgãos ou elementos constitutivos.

Para tratar do Estado deve-se realizar uma reflexão que evite observá-lo de forma linear ou parcial, pois a forma como se apresenta varia conforme o momento e movimento histórico, onde no mesmo território em um momento pode vivenciar um Estado Totalitário e em outro um Estado Democrático,

O Estado de que aqui se trata é aquela organização do poder não mais fundada na fé mas na política como atividade humana e, como tal, uma construção mundana (e não divina) - prevista primeiramente por Hobbes – com vista à preservação da vida em sociedade. Trata-se, portanto, de algo em movimento e em constante mutação e, por isso, um fenômeno que tem que ser pensado e tratado como um *processo*, a despeito de ainda persistirem várias ideologias que o percebam como sistema acabado (POTYARA, 2008, p. 144).

Além disso, o Estado também tem características relacionadas entre si por não se tratar de um evento isolado e interagir com outros meios para obter metas que o transcendem. Em razão das relações vivenciadas pelo Estado serem diretamente relacionadas às variações temporais (passado, presente e futuro) os processos ocorridos permitem que forças desiguais e dicotômicas se confrontem e se comuniquem deixando alguns detalhes de uma na outra, ocasionando um resultado final.

Sendo assim, Estado, apesar de possuir autonomia relativa, em relação à sociedade e a classe social com a qual mantém maior compromisso e identificação, tem que se relacionar com todas as classes sociais para se legitimar e fortalecer a sua base material de sustentação. Além disso, não se pode esquecer que ele é a criatura da sociedade, pois é esta que o engendra e o mantém, não o contrário (POTYARA, 2008, p. 147).

Pode-se dizer que o Estado determina a junção e a expressão das classes sociais em geral, considerando o resguardo pelas classes dominantes, embora ele mesmo tenha um caráter de classe, o cuidado é realizado de forma contraditória. Ocorre a incorporação de interesses das classes dominadas para que as mantenha longe do Poder, interagindo e mediando ambas as classes (dominante e dominada). Neste sentido, age com controle político e ideológico, exercendo papel de poder público sobre as classes sociais. Este papel pode ser desestabilizado ou até mesmo extinto, no momento que extrapolar o poder (revelando-se ditatorial) ou perdendo seu caráter público e universal, deixando de atender demandas populacionais e dando espaço para que potências coletivas privadas realizem um processo de dominação sobre grupos mais fracos.

É por isso que se diz que o Estado é ao mesmo tempo uma relação de dominação, ou a expressão política da dominação do bloco no poder, em uma sociedade territorialmente definida, e um conjunto de instituições mediadoras e reguladoras dessa dominação, com atribuições que também

extrapolam a coerção. Nesse contexto, o governo ganha *persona* própria física do governante quanto a instituição estatal. E, ao mesmo tempo que a pessoa que governa perde particularidades e deixa de falar em seu próprio nome para falar em nome do Estado, ela não se confunde com o governo, o qual significa um conjunto de pessoas jurídicas e órgãos que exercem o poder político, ou a dominação, numa determinada sociedade. São os governantes, pois, o conjunto de pessoas jurídicas que governa em nome do Estado; e governados são aqueles que estão sujeitos ao poder do governo como parte da esfera estatal ou, melhor dizendo, como um aspecto do Estado (POTYARA, 2008, p. 148)

Estas relações de conflito estão diretamente ligadas com o modo de produção capitalista, que também passou por um processo de movimentação histórica, com diversas mudanças que impactaram a totalidade da vida da população mundial até os dias atuais. A partir do próximo tópico este movimento de transformação, contradição, alienação e as relações existentes em seu contexto serão desenvolvidos com vistas a revelar e analisar os processos relacionados ao Sistema de Produção Capitalista e a relação de desigualdade e conflito de classes sociais.

2.2 O modo de produção capitalista e suas concepções

Desde os primórdios da vida o ser humano habita de forma coletiva e se organiza para que possua condições mínimas para sua sobrevivência. Desta forma, articula suas relações sociais, de poder político e econômico, visando satisfazer suas necessidades instantâneas.

Com o passar do tempo, ficaram cada vez mais acentuadas as transformações na forma de organização da sociedade, assim como a relação de consumo, produção e distribuição. Mediante os avanços e descobertas realizadas ao longo do tempo, a sociedade começa a possuir necessidades que irão além das básicas de sobrevivência e envolvem diversos outros interesses e conflitos. Desse modo, a população passa a produzir, não somente seu alimento, mas também outros produtos que julga necessários para o seu cotidiano. Esse movimento de produção está relacionado a questões territoriais, culturais, políticas e para cada momento na linha temporal pode ocorrer um tipo de organização voltada ao consumo.

Os modos de produção variam conforme as forças produtivas existentes em uma sociedade e suas relações de produção. Inicialmente o modo de produção “primitivo” caracterizava as relações de produção onde o homem o homem realizava as tarefas no

coletivo e tudo o que era produzido era compartilhado a todos. Neste período não havia noções de propriedade ou de apropriação daquilo que era produzido, pois a intenção era baseada na subsistência. No modo de produção escravista, os escravos e os meios de produção eram propriedade de um “senhor” e não recebiam nada para produzir. No continente asiático, os escravos eram dominados pelos camponeses e estes eram obrigados a repassar ao Estado tudo aquilo que fosse produzido.

Nas inúmeras lutas tribais dos homens primitivos, os derrotados que tinham ficado feridos eram normalmente mortos por seus vencedores, "ou para devorá-los ou para se libertar dos incômodos que estes ainda poderiam provocar". Esta situação permaneceu até o momento em que se perceberam as vantagens de subjugar-los, impondo-lhes o trabalho escravo. Os povos de maior poder de ataque acumularam, assim, expressivo número de escravos e sentiram que o excedente poderia ser utilizado como instrumento de venda ou de troca com outras tribos ou grupos. (VIANNA, 1999, p. 29).

O sistema feudal caracterizou-se pelos “feudos” (propriedades rurais, com aldeias e terras para cultivo) mediadas e geridas pela nobreza (senhores feudais e reis). Além disso, o “Clero” (Igreja) detinha grande parte das terras, dominava a natureza religiosa e ideológica e por fim, os servos (trabalhadores) produziam e pagavam impostos, sustentando os demais níveis hierárquicos com seu trabalho. Este sistema começou a cair quando passou a não suprir as necessidades de produção, tendo em vista o aumento da população e os conflitos gerados pelo instinto de dominação de poder existente. Com a decadência desse modo de produção inicia um período de transição entre o período pré-industrial e o industrial, com o surgimento de novas formas de produção e organização do trabalho.

2.2.1 O modo de Produção Capitalista

A partir da superação do sistema Feudal a sociedade passa a ter outras necessidades em seu cotidiano. A Idade Moderna é definida através de eventos como a invenção da máquina a vapor, a eletricidade e, por fim, as inovações de automação relacionadas ao invento do computador. Para iniciar a discussão acerca do sistema capitalista, será utilizada a teoria dialético-crítica de Karl Marx.

Para Marx, o pontapé inicial do modo de produção capitalista se dá entre meados do séc. VI e o séc. XVIII, através do exercício da ocupação dos trabalhadores em um único

lugar, fenômeno tratado como período de manufatura. Neste período os trabalhadores realizavam a venda da sua força de trabalho ao capitalista, porém seus ofícios eram exercidos manualmente através do trabalho. As máquinas surgem no período manufatureiro, preparando as circunstâncias propícias para o surgimento da fábrica.

Esse processo de transformações ficou conhecido como Revolução Industrial, caracterizado pela transição da sociedade feudal para a Capitalista, contendo mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais, iniciando no século XVIII, na Grã-Bretanha e ampliando-se por toda a Europa gradativamente,

[...] a tecnologia da manufatura de algodão era, pois bastante simples e, como veremos, também era simples a maioria das restantes mudanças que, coletivamente, constituíram a “Revolução Industrial”. Exigiam pouco conhecimento científico ou qualificação técnica além que dispunha um mecânico prático do começo do século XVIII. Na verdade, quase não se exigia também energia a vapor, pois embora a fabricação de algodão tenha adotado logo a nova fonte de energia, e em maior grau de outras atividades (exceto a de mineração e a metalúrgica), ainda em 1838 um quarto de suas necessidades energéticas era suprida por fontes hidráulicas. (HOBSEBAWM, 1979, p.56).

Este período foi marcado por duas fases, a primeira com a indústria têxtil (1750-1860) e a segunda (1873-1896) caracterizada por ser um momento de estagnação da economia britânica, baseada nas indústrias de carvão, aço e ferro. O sistema capitalista se consolidou no século XIX, onde se desenvolveu através da exploração do trabalho e pelas condições paupérrimas vividas pela classe trabalhadora. Partindo destas constatações, Karl Marx realiza sua teoria social partindo de dois pressupostos iniciais, o cultural e o político, indo além com a exploração do caráter histórico-social, desenvolvendo sua reflexão. Para ele é na sociedade burguesa que os homens podem compreender-se como atores e autores da sua própria história.

Mas esta é apenas uma possibilidade. Como a sociedade burguesa se funda na exploração e na opressão da maioria pela minoria (e nisso ela não se distingue de sociedades anteriores), a sua dinâmica produz, para legitimá-la minimamente, mecanismos que ocultam estes seus atributos. Tais mecanismos – a alienação e a reificação, conectadas ao “fetichismo da mercadoria”, que Marx estuda especialmente no primeiro capítulo de *Capital* - são necessários: a sociedade burguesa não pode existir sem eles, que acabam por criar uma aparência coisificada da realidade social. Esta aparência mistifica os fenômenos sociais: ela esconde que os

fenômenos são processos, mostra-os sob a forma de coisas, alheias aos homens e às suas relações (por exemplo: o capital, que é uma relação social, aparece como dinheiro, equipamentos, etc.) (NETTO, 2006, Pg. 17).

Uma Teoria Social da realidade existente na sociedade burguesa somente é relevante para aqueles que buscam objetivos que vão além do poder vigente, revelando instrumentos de exploração, opressão e reprodução. Também realiza uma função de ponto de vista de classe, dificilmente associada a dominante. A Teoria de Marx aborda uma compreensão sob a ótica do proletariado (classe trabalhadora) acerca da sociedade burguesa, conforme Netto:

Sua estreita relação com o movimento operário, aliás, não é externa. Antes, é uma relação interna e orgânica: a obra marxiana concretiza, no plano teórico, o ponto de vista sociopolítico de classe do proletariado. Conhecimento do mundo burguês, vinculada umbilicalmente ao projeto revolucionário, a teoria social de Marx é uma daquelas matrizes culturais do mundo contemporâneo a que inicialmente fizemos referência (NETTO, 2006, Pg. 19).

Com isso, a teoria seria a dimensão real da situação reproduzida e interpretada em uma dimensão ideal. Para isso, sua interpretação não é neutra, não exclui a objetividade do conhecimento, porém traz a subjetividade para o plano real. Marx aborda, partindo do modo de produção capitalista, que a produção da riqueza social provém da reprodução da pobreza social, onde a questão social, com suas diversas expressões, acaba sem solução de continuidade constante. Outra constatação, refere-se ao capitalismo ter crises cíclicas, passando por períodos de abundância e outros de crise, conforme as ondulações temporais. A perspectiva metodológica de Marx se descobre à medida que articula a totalidade, a contradição e a mediação. Totalidade não vista como um "todo" constituída de partes integradas, mas uma totalidade de altíssima complexidade, composta por totalidades de menor complexidade. Sendo uma totalidade dinâmica, a sociedade burguesa tem movimento resultante do caráter contraditório de todas as totalidades que constituem a totalidade inclusiva e macroscópica.

[...] Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas – e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação. A natureza dessas contradições, seus ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade –

e, novamente, não há fórmulas/formas apriorísticas para determiná-las: também cabe à pesquisa descobri-las (NETTO, 2011, Pg. 57).

Ou seja, o intuito reside na descoberta das relações e processos existentes entre as totalidades constitutivas apropriadas na sua diversidade e entre si e a totalidade inclusiva, caracterizada pela sociedade burguesa. Estas não são diretas, são mediadas pelos distintos níveis de complexidade, bem como pela estrutura específica de cada totalidade. Neste ponto Marx descobre a perspectiva metodológica onde articula a totalidade, a contradição e a mediação, base para sua teoria social. Em sua perspectiva, a verdade e a objetividade da teoria não são lesadas em razão dos interesses de classe do proletariado, contrariamente, o êxito da revolução operária necessita do conhecimento verdadeiro da realidade social.

A crítica Marxiana à Economia Política não significou a negação teórica dos *clássicos*; significou sua superação, incorporando suas conquistas, mostrando os seus limites e desconstruindo os equívocos. Antes de mais, Marx *historicizou* as categorias manejadas pelos *clássicos* rompendo com a naturalização que as pressupunha como eternas; e pôde fazê-lo porque empregou na sua análise um *método novo* (o método crítico-dialético, conhecido como materialismo histórico). Realizando uma autêntica revolução teórica, Marx jogou toda a força da sua preparação científica, da sua cultura e das energias intelectuais, numa pesquisa determinada: a análise das leis do capital; essa análise constitui a base para apreender a dinâmica da sociedade burguesa (capitalista), já que, nessa sociedade, o conjunto das relações sociais está subordinado ao comando do capital (NETTO, 2006, Pg. 25).

Para que haja uma compreensão da economia, do modo de vida dos homens, bem como das relações em sociedade, se faz necessária a tratativa da questão do trabalho como categoria indispensável. O trabalho aqui mencionado refere-se à distinção de qualquer outra atividade natural, ou seja, caracteriza-se pela ação planejada e articulada daquilo que se pretende executar, transformando a matéria-prima, como também, atingindo o objetivo pensado anteriormente. Este processo é uma relação mediada entre quem executa o trabalho (sujeito) e as formas da natureza, seja orgânica ou inorgânica (objeto). Para que isto ocorra deve-se haver um meio de trabalho (instrumento ou conjunto de instrumentos) para a realização desta mediação.

Seja um machado de pedra lascada ou uma perfuradora de poços de petróleo com comando eletrônico, entre o sujeito e a matéria natural há sempre um meio de trabalho, um *instrumento* (ou um conjunto de instrumentos) que torna *mediada* a relação entre ambos. E a natureza não cria instrumentos: estes são produtos, mais ou menos elaborados, do próprio sujeito que trabalha. A criação de instrumentos de trabalho, mesmo nos níveis mais elementares da história, coloca para o sujeito do trabalho o *problema dos meios e fins* (finalidades) e, com ele, o *problema das escolhas*: se um machado mais longo ou mais curto é ou não adequado (útil, bom) ao fim que se destina (a caça, a autodefesa, etc.) (NETTO, 2011, Pg. 32).

Como é observado a organização da sociedade e o sistema de sistema de produção são situações que andam em conjunto e muitos fatores são determinantes para designar as relações existentes. Basicamente realiza-se o trabalho (abstrato ou objetivado), que gera o valor de troca, sendo o caráter de mercadoria algo misterioso em razão de o trabalhador não se reconhecer nela. Assim, as particularidades sociais são ocultadas e desenvolvidas com caráter de mercadoria. A mercadoria possui valor de uso (não tem valor a não ser para o uso, se tornando real com o consumo) e valor de troca (indispensável para que as mercadorias sejam trocadas, sendo representação da inserção do trabalho humano nas mercadorias).

Para que haja produção de mercadorias, duas condições são absolutamente necessárias. A primeira diz respeito à existência, mesmo que incipiente, de divisão social do trabalho: para que se produzam diferentes mercadorias (ânforas, tecidos, etc.), é preciso que o trabalho esteja de algum modo repartido entre diferentes homens (ou diferentes grupos de homens). Mas essa condição, necessária, não é suficiente para a produção de mercadorias: ela deve se articular à propriedade privada dos meios de produção - só pode comprar ou vender uma mercadoria aquele que seja o seu dono e, para tanto, é necessário que os meios com os quais a produziu pertençam a ele (NETTO, 2006, Pg. 81).

O dinheiro propriamente dito não caracteriza capital, apenas quando se compra força de trabalho e mercadorias com a finalidade de produção de novas mercadorias. O capitalista compra a força de trabalho dos trabalhadores, paga-lhes um salário e dispõe da sua capacidade de trabalho (que movimenta os meios de produção). O trabalhador vende sua força de trabalho para sua subsistência e produz dentro de um intervalo de tempo. Em

sua jornada de trabalho os capitalistas utilizam várias formas de controle da sua produção, para que naquele período ocorra um maior “rendimento” do seu trabalho, gerando lucro. Este processo é chamado de mais-valia e acarreta na acumulação do capital (donos do capital) e exploração do trabalho (trabalhadores).

Todo esse movimento gera um processo de alienação onde o ser humano produz para sobreviver e para isso é induzido a consumir não somente produtos básicos, bem como mercadorias que socialmente são vistas como “necessárias”. Com o passar do tempo ocorre um aprimoramento das formas de alienação através das mídias sociais e meios de comunicação, tornando a vida um ciclo mercantil onde tudo está voltado ao consumo e produção de mercadorias e tecnologias que beneficiam os donos do capital e geram cada vez mais situações de desigualdade social e corte de direitos. Além disso, medidas liberais e neoliberais agem diretamente sobre as políticas sociais para que ocorra um enxugamento ainda maior da atuação do Estado, deixando livre as relações de mercado.

2.3 As Políticas Sociais na contemporaneidade

Para analisar a Política Social deve-se pensá-la como um processo resultante de relações complexas e de contradição entre Estado e Sociedade Civil, atrelados aos conflitos e luta de classes relacionados ao processo de produção e reprodução do sistema capitalista. O estudo da Política Social deve considerar seu surgimento associado a questão social, às estruturas econômicas, as forças políticas em conflito, onde a ação do Estado é determinada pelos interesses dos grupos de classes aos quais se situam.

Estas dimensões - história, economia, política e cultura - não podem e não devem ser entendidas como partes estanques que se isolam ou se complementam, mas como elementos da totalidade, profundamente imbricados e articulados. Uma dimensão fundamental e orientadora da análise é a ideia de que a produção é o núcleo central da vida social e é inseparável do processo de reprodução, no qual se insere a política social – seja como estimuladora da realização da mais-valia socialmente produzida, seja como reprodução da força de trabalho (econômica e política) (BOSCHETTI, BEHRING, 2009, Pg.43).

A política social é entendida como conquista social sendo fundamental a luta pela sua defesa, principalmente em países como o Brasil. Sua origem não é precisa quanto a um período específico, porém é normalmente relacionada aos movimentos sociais e

estabelecimento de Estados Nação na Europa Ocidental ocorridos no final do século XIX e alastrando-se na transição do capitalismo concorrencial para o monopolista.

As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais (BOSCHETTI, BEHRING, 2009, Pg.47).

Caracterizam exemplos desta senda algumas legislações no período pré-revolução industrial como: Estatuto dos Trabalhadores-1349; Estatuto dos Artesãos (Artífices) 1563; Lei de Domicílio-1662, entre outros. Estas medidas acabaram criando um código coercitivo do trabalho com o viés mais punitivo e repreensivo sem caráter protetor. A Nova Lei dos Pobres (1834) objetivava obrigar a todos que tivessem condições de exercer o trabalho e as ações assistenciais eram destinadas a indução ao trabalhador quanto a subsistência por meio do seu trabalho.

Essas legislações estabeleciam distinção entre pobres “merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como merecedores, em geral nobres empobrecidos) e pobres “não merecedores” (todos que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa). Aos primeiros, merecedores de “auxílio”, era assegurado algum tipo de assistência, minimalista e restritiva, sustentada em um pretenso dever moral e cristão de ajuda, ou seja, não se sustentavam na perspectiva do direito (BOSCHETTI, BEHRING, 2009, Pg.49).

Neste período ocorre a negação da questão social por parte do liberalismo, que se estende até início do século XX, onde a resposta do Estado é de repreensão aos movimentos sociais. Ao longo do tempo o Estado passa de Estado Liberal para Estado Social em razão do histórico de luta da classe trabalhadora.

No Brasil, o Sistema de Proteção Social está em constante mudança. No período de Ditadura Militar o país presenciava um Estado quase que unitário onde os prefeitos e governadores foram destituídos de autonomia política. Assim como a questão política, ocorria a centralização financeira, ocasionada pela reforma fiscal que colocava os tributos

à disposição do governo federal onde os estados apenas acatavam delegações do governo central. Com a década de 80 o país retoma seu caráter federativo com a democratização, retorno das eleições diretas para todos os níveis governamentais e com a Constituição de 1988, a autoridade política dos governos e prefeituras deixa de se vincular ao governo central e se volta ao voto popular direto.

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente. Reconheceu a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade voltados para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais. A partir dela, o Estado encontra-se juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando à construção da nova ordem social. Desde a CF88, um conjunto expressivo de leis, portarias ministeriais e ações de âmbito administrativo objetivaram viabilizar o projeto desenhado. Durante os anos 1990 e 2000, cresceu progressivamente o número de mandatos judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde. As atuações do Judiciário e do Ministério Público têm revelado inconsistências e contradições no âmbito legal e normativo do SUS, bem como problemas não equacionados pela política de saúde, questionando a atuação do Executivo e criando novas demandas por legislação, o que recoloca a questão do direito à saúde na pauta de discussão.

Conforme a Seção II da Constituição:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Portanto, em relação as determinações contidas na Constituição, é dever do Estado garantir a saúde abrangendo todas as especificações que rodeiam esta dimensão, bem como subsidiar políticas sociais com o intuito de prevenir e reestabelecer as condições de saúde da população. No cotidiano da Política Pública de Saúde se observa em algumas situações, a ausência do Estado, o que possibilita a abertura para a atuação do Terceiro Setor, através das ONG's, transferindo a responsabilidade para a Sociedade Civil.

A redução da presença estatal na prestação dos serviços de saúde pública interfere na incidência do Estado no processo de reprodução da força de trabalho. Compromete os salários indiretos, repercutindo na renda dos trabalhadores, tendo em vista a necessidade de compra de serviços de saúde privados. Dessa forma, é importante evidenciarmos outro elemento que compõe tal estratégia, a incorporação de tecnologia, que possibilita uma ampliação da mais-valia produzida pela diferenciação imediata entre os próprios capitalistas, bem como pela maior absorção de trabalho não pago ao trabalhador (LADEIRA, 2008, p. 32).

A ausência do Estado em determinadas situações caracteriza um retrocesso nas ações de prevenção e promoção à saúde e dificulta o processo de trabalho dos profissionais que atuam diretamente com estas questões. Neste sentido, tratar das questões envolvendo a área da saúde, atreladas a medidas neoliberais, podem tornar as questões relacionadas a medicações, tecnologias, tratamentos, meros instrumentos de mercado. A saúde pode ser direcionada para questões financeiras e políticas como forma de acumulação de capital e obtenção de poder.

Diante das dificuldades de valorização do capital, a saúde assume potencial espaço de geração de valor. A mercantilização da área da saúde acompanha os limites enfrentados pelo capitalismo, assim como as alternativas encontradas para a superação de crises estruturais inerentes a esse modo de produção. Assim, o direito universal à saúde, parte das reivindicações da classe trabalhadora, enfrenta incertezas diante das investidas capitalistas de ganho no setor (LADEIRA, 2018, p. 41).

Atualmente vivemos uma série de retrocessos no que diz respeito a área da saúde e as intenções que envolvem medidas neoliberais do governo atual e as diversas tentativas de terceirização das instituições, bem como cortes de verbas públicas, entre outros. Estas medidas influenciam diretamente no cotidiano da vida da população e no processo de trabalho dos profissionais atuantes. A escassez de recursos e a precariedade resultante disto proporcionam situações conflituosas que dependem dos profissionais grande articulação e trabalho redobrado para que ocorra a realização dos atendimentos de forma eficiente dentro das possibilidades disponíveis. A precarização do trabalho e o descaso com as políticas públicas de saúde são apenas algumas das consequências geradas pela mercantilização do campo da saúde.

Historicamente, podemos observar diversos mecanismos de privatização da política de saúde. De um lado, o capital privado, oferecendo serviços

para consumo individual e medicamentos e equipamentos. Ainda que imediatamente privado, esse setor nunca prescindiu do Estado e de formas indiretas de apropriação do fundo público para sua valorização. Ao lado das entidades privadas consideradas lucrativas, estão as entidades do setor sem fim lucrativo, que são consideradas pela legislação “entidades beneficentes de assistência social”. São concedidas a todas as entidades certificadas como beneficentes a isenção do pagamento de Contribuições para o financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), do Programa de Participação Social (PIS/Pasep) e das contribuições patronais à Previdência Social (CISLAGHI, 2018, p. 17).

Considerando estas observações constatamos que além das medidas neoliberais tomadas por parte do Estado que dificultam o acesso às políticas de saúde, estão os mecanismos privados de oferta de serviços de saúde. Esta dimensão pode se estender a planos de saúde, laboratórios, com fins lucrativos, por exemplo, bem como as instituições sem fins lucrativos, consideradas entidades beneficentes.

O que a lei determina é que seus lucros sejam reinvestidos em suas próprias atividades. Os lucros não podem ser distribuídos, pelo menos sob essa forma. Mas podem ser repassados sob a forma de salários, basta que seus diretores estabeleçam vínculos empregatícios com a instituição. Além disso, apesar da legislação dizer que em caso de dissolução ou extinção seu patrimônio deva ser destinado a entidades sem fins lucrativos congêneres ou entidades públicas, a condição “sem fim lucrativo”, beneficente, filantrópica, pode cessar a qualquer momento. É como se o Estado subsidiasse essas empresas em um momento inicial de acumulação até que o seu lucro se estabilize e se consolide. A lei que torna as instituições “sem fins lucrativos”, assim, não faz com que essas deixem de ser empresas capitalistas (CISLAGHI, 2018, p. 19).

Quanto as entidades sem fins lucrativos, pode-se considerar que o Estado acaba transferindo muitas responsabilidades que deveriam estar sendo tratadas por ele, como exemplo de determinados tipos de medicamentos, tratamentos ou até mesmo suporte para as famílias de pessoas com a saúde abalada. Com isso, ocorre a transferência de deveres do Estado para a Sociedade Civil, tendo em vista que o que movimenta estas entidades são as doações advindas da população em geral. O controle destas doações passa por hierarquias dentro das instituições e se transformam em salários, melhorias nas estruturas, movimentando também uma relação capitalista.

Além dos efeitos negativos para a qualidade do atendimento no SUS, causados pela precarização trazida pela contrarreforma do Estado, a agenda do governo atual aprofunda o retrocesso nos direitos do trabalho, permitindo a terceirização e o trabalho intermitente. A precarização dos contratos de trabalho na saúde associada ao consequente aumento da exploração se constitui, assim, como um dos eixos fundamentais do desmonte de um sistema público, gratuito, integral e universal (CISLAGHI, 2018, p.25).

Estas medidas são características específicas de medidas neoliberais impostas pelos capitalistas para fazer com que o mercado fique cada vez mais amplo, atingindo todas as áreas do cotidiano da vida humana, visando o consumo e o acúmulo de capital envolvendo estas relações, bem como as situações alienantes características deste modelo de produção mundial.

A questão social se expressa em suas refrações (Netto, 1992) e, por outro lado, os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento. Contudo, sua gênese está na maneira com que os homens se organizaram para produzir num determinado momento histórico, como vimos, o de constituição das relações sociais capitalistas – e que tem continuidade na esfera da reprodução social (BEHRING, BOSCHETTI, 2009, p.4).

Neste sentido, a questão social está diretamente ligada a forma com que a sociedade se organiza para produzir, conforme seu movimento histórico atrelada as questões capitalistas. O conflito capital x trabalho caracteriza uma relação de opressão por parte dos donos do capital (detentores do capital) e a classe trabalhadora que movimenta o sistema, mas que acaba sendo oprimida. Nesta relação ocorre o processo de desigualdade, visto através das expressões da questão social, consequência deste conflito.

2.4 Concepções de Terceiro Setor e sua atuação

Para tratar do Terceiro Setor é fundamental refletir acerca do termo e seu significado. Sendo assim, o Primeiro Setor se caracteriza pela natureza privada onde as ações e bens são privados, o Segundo Setor corresponde ao Estado e suas ações e bens são públicos e por fim o Terceiro Setor representa agentes privados que agem com fins

públicos. Neste sentido, muitas concepções precoces levam a atrelar o Terceiro Setor a ações de fins não-governamentais e não-lucrativas.

...um conjunto de iniciativas particulares com um sentido público. Enquanto a noção de uma 'sociedade civil' coloca-nos numa posição complementar e sistêmica ao Estado, a ideia de um 'terceiro setor' orienta a reflexão em outras direções, sem fronteiras definidas [...] Muitos não estão sequer registrados em qualquer instância jurídica. Trabalham à margem dos controles formais. Outros têm registro institucional, mas não distinguem entre os serviços com a clareza analítica que se espera das agências civis (FERNANDES, 1994, p. 127).

Embora o Terceiro Setor seja visto como não-lucrativo, muitos serviços não contam com uma fiscalização adequada quanto aos recursos que são captados da sociedade civil. E mesmo que não seja visto desta forma, muitas entidades possuem organização e hierarquia compatíveis com empresas de cunho privado. Além disso, este setor age diversas vezes em situações que o Segundo Setor (Estado) deveria estar desenvolvendo.

De fato, frequentemente a categoria terceiro setor é utilizada, implícita ou explicitamente, para produzir a ideia equivocada de que o universo das organizações sem fins lucrativos é espécie de panacéia que substitui o Estado no enfrentamento de questões sociais – como a resolução do problema do emprego, por exemplo. (LANDIM e BERES, 1999, p. 9).

Neste ponto se observa a naturalização das práticas do Terceiro Setor em questões de natureza pública onde os profissionais agem diretamente no cotidiano da vida dos sujeitos, inclusive com as diversas expressões da questão social. Assim, observa-se que em muitas instituições de caráter público o Terceiro Setor tem grande atuação, principalmente em encaminhamentos de serviços que não estão sendo prestados e que muitas vezes estão amparados por Lei.

Em Agosto de 2018, o Ministério da Saúde lançou a Cartilha intitulada: “Boas Práticas na Gestão em parceria com o Terceiro Setor na Saúde”. Este informativo explorou dados relacionados ao Sistema Único de Saúde e as possíveis “contribuições” do Terceiro Setor na Política Pública de Saúde. As informações e dados sobre a Política de Saúde e a questão econômica envolvida, conforme mostra a Figura 1:



Figura 1: Dados sobre o PIB Nacional e o Gasto Público e Privado relacionados ao financiamento do Setor Saúde.

Fonte: 2010 a 2015 – IBGE 2017.

Aqui ocorre apenas uma amostra dos diversos dados que foram utilizados para demonstrar os gastos relacionados a saúde e a dimensão que o SUS tem no país em relação ao número de usuários e aos investimentos realizados ao longo dos anos. Com isso, dá início a discussão relacionando a Política de Saúde e a questão financeira que a envolve. Posteriormente o documento explora a questão da atuação do Terceiro Setor na Gestão da Saúde, inclusive expondo informações relacionadas a certificação das Entidades e como são realizados os trâmites (exemplificando leis) para a contratualização e parceria com a Política Pública de Saúde.

Dando seguimento ao objetivo do documento, são explorados outros dados que agora são relacionados ao Terceiro Setor agindo na Política de Saúde, conforme a figura 2 demonstra:



Figura 2: Dados Relacionados aos atendimentos e internações hospitalares no SUS realizados pelas Entidades Filantrópicas.

Fonte: CNES, SIA e SIH/ DataSUS.

A partir das informações apresentadas pela Cartilha é evidenciado o apoio do Governo ao Terceiro Setor na gestão da Política Pública de Saúde. Esta ação “incentivadora” acarreta na desresponsabilização do Estado quanto a gestão da Política, descaracteriza o direito dos usuários onde a saúde passa a ser interpretada com outro caráter, considerando que as entidades do Terceiro Setor possuem seus critérios específicos para obtenção dos serviços. O Estado defende abertamente o avanço do Terceiro Setor, pois, com isso, transfere suas responsabilidades à Sociedade Civil e, além disso, conta com o apoio das políticas neoliberais que vem sendo implantadas no país (diminuem a burocracia de certificações e parcerias com a Política Pública de Saúde). Com isso, ocorre a descaracterização da participação fundamental do Estado enquanto gestor e provedor da Política Pública de Saúde e coloca nos sujeitos (sociedade civil) a responsabilidade de fazer com que os serviços funcionem.

2.5 As intervenções do Serviço Social no contexto do Estado mínimo

O Serviço Social brasileiro, buscando o rompimento com o conservadorismo (marco inicial e da trajetória da profissão) adota o Projeto Ético-Político, partindo de medidas realizadas pelo Movimento de Reconceituação Latino Americano ocorrido em 1960. Este projeto crítico necessita de análises da realidade social e para isso reque competência

profissional, bem como formação compatível. Contrariamente as primeiras concepções que atrelam a gênese da profissão com ações de caridade, detecta-se que o surgimento da profissão está associado as demandas sócio-históricas consequentes do capitalismo monopolista. O Estado passa a garantir a reprodução e controle da força de trabalho através do favorecimento de situações que envolvem a classe dominante e em contrapartida implanta políticas para abrandar as relações com a classe dominada.

Com o Movimento de Reconceituação o Serviço Social realizou uma crítica que renunciava e tentava romper com o conservadorismo, partindo para o método crítico e investigativo, compreendendo a realidade social e questionando a classe dominante. Contudo, foi somente a partir da década de 1980, especificamente citando o Congresso da Virada (1979), que ocorreu o contato real com a tradição marxista, iniciando o processo de ruptura. Com a 8ª Conferência de Saúde (1986), a saúde passa a ser o principal campo de atuação do Serviço Social.

Na área da saúde, o trabalho do assistente social busca contribuir na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania e para qualidade da assistência a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Esse aporte deve ser incorporar a dimensão política da profissão, a análise crítica dos limites colocados pela contrarreforma da saúde e a identificação das possibilidades de construir um exercício profissional qualificado e competente (CASTRO, OLIVEIRA, RESENDE, 2018).

Sendo assim, o processo de trabalho do Assistente Social na Política Pública de Saúde, fundamentalmente na atenção terciária (hospitalar), deve estar articulado em conformidade com a instituição e contato direto com a equipe multiprofissional. O desenvolvimento dos atendimentos realizados devem ser discutidos em conjunto com a equipe para que ocorra o atendimento ampliado e conforme o diálogo dos profissionais, sejam decididas as melhores condutas em relação a cada situação. Neste sentido, se faz crucial que o profissional Assistente Social utilize neste processo as três dimensões da profissão, que são: Projeto Teórico-Metodológico, Ético-Político e Técnico-Operativo. Estas dimensões devem ser desempenhadas de maneira conjunta, distanciando-se de ações que enfoquem apenas uma delas.

No que tange o Projeto Teórico-Metodológico, o profissional pode realizar a educação continuada através de estudos, reflexões, espaços no fazer profissional que proporcionem dentro da perspectiva dialético-crítica (Karl Marx), desvelar a realidade social dos sujeitos, bem como da sociedade e seu movimento histórico. O Projeto Técnico-Operativo fica a cargo dos instrumentais utilizados no processo de trabalho do Assistente Social, que proporcionam ao profissional uma visão que vai além das primeiras

percepções, desenvolvendo ações que abrangem o usuário em características biológicas, psicológicas e sociais, intervindo em sua realidade e garantindo direitos sociais e autonomia. Por fim, o Projeto Ético-Político é caracterizado pelo Código de Ética Profissional onde o Serviço Social se reafirma como categoria profissional, sendo o atual aprovado em 13 de Março de 1993.

Nas instituições da Política Pública de Saúde o profissional deve articular seu processo de trabalho de maneira a abarcar os princípios e normas contidos no Código de Ética Profissional. Ter um local adequado para o atendimento dos profissionais configura um espaço de trabalho ao profissional e nem todos os serviços possuem tal especificidade. Conforme prevê o Código de Ética:

Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Sendo assim, para manter o sigilo profissional o local se faz imprescindível, porém se analisarmos o contexto dentro de instituições de saúde, dificilmente os profissionais terão um espaço isolado para atendimento. Na maioria dos casos as salas são coletivas e comportam os diversos profissionais pertencentes a equipe multiprofissional. Considerando que os demais profissionais devem estar interagindo apenas com informações pertinentes ao atendimento coletivo da equipe, o Assistente Social pode identificar dentro da instituição algum espaço que possa comportar, mesmo que temporariamente, os atendimentos, preservando o sigilo profissional. Medidas junto a instituição também podem ser tomadas no sentido de solicitação de espaço adequado e melhorias nos atendimentos. Estas situações são agravadas quando ocorre a precarização do trabalho em razão da escassa ou completa falta de recursos repassados pelo Estado.

CAPÍTULO II

3 A Política Pública de Saúde e o Serviço Social

Percebe-se na realidade do cotidiano das instituições hospitalares que os deveres relacionados ao Estado não são cumpridos em diversos setores e serviços. A ausência ou redução dos repasses públicos para manutenção dos serviços de saúde, dificulta a articulação dos serviços prestados pelos profissionais de saúde e transfere a responsabilidade para a sociedade civil, conforme previsto no 2º parágrafo do artigo supracitado. São exemplos de demandas existentes na instituição: medicações específicas, aquisição de utensílios e equipamentos, materiais referentes aos cuidados ao paciente, alguns tratamentos oncológicos, entre outros. Estes deveriam ser fornecidos gratuitamente pelo Estado, via Sistema Único de Saúde, porém com a falta de recursos e a alta demanda de usuários, o fornecimento se dá, muitas vezes, pela atuação do Terceiro Setor na Instituição (Casas de Apoio), ou seja, a responsabilidade retorna a sociedade civil.

O processo de Reforma Sanitária do Brasil de 1980 e a construção do Sistema Único de Saúde são marcos fundamentais na história da saúde no Brasil. O Movimento de Reforma Sanitária no país inicia-se em um contexto de luta contra a Ditadura Militar vigente no início da década de 1970. Buscava-se diversas mudanças na área da saúde, abrangendo todo o setor de saúde, buscando melhorias na qualidade de vida da população, ultrapassando a análise setorial e se referindo a sociedade como um todo. Neste processo, o marco fundamental foi a VIII Conferência de Saúde, realizada no ano de 1986, convocada pelo ministro Carlos Santanna e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos. Sua comissão foi presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento de Reforma Sanitária. Esta conferência, através de seu relatório final, serviu para a realização do Art. 196 da Constituição Federal: “Da Saúde”.

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a reafirmar o Estado Democrático e definiu uma política de proteção social mais integral. A saúde foi reconhecida como direito social de cidadania, incluindo-a em um conjunto de Ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando o bem-estar e a justiça social. Referente ao Poder Legislativo Federal, tratava-se da base legal para a organização desse sistema através das leis reguladoras. Na esfera do Poder Executivo Federal, estão a integração institucional em conformidade com a política nacional de saúde única, a inserção desta no âmbito das políticas públicas, articulação das relações entre gestor

federal da política e atores governamentais/não governamentais, mudanças nas funções e ações federais na saúde.

A definição da base institucional da Seguridade Social e o SUS deu-se no período de 1990 a 1994, porém sem uma lei reguladora que envolvesse previdência, saúde e assistência social. Cada uma destas dimensões assumiu sua própria legislação, disputando recursos, reflexo do modelo de Seguridade Social de 1988 e conflitos de interesses entre elas. Com o êxito do Plano Real (1994), no controle da moeda ocorre um rearranjo político-institucional no Estado, reafirmando a perspectiva liberal.

Em setembro de 1990 entra em vigor a Lei sob o N° 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em dezembro deste mesmo ano vigora a Lei N° 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ambas são extremamente importantes no contexto histórico de transformações na área da saúde e configuram medidas essenciais no sistema de saúde.

A Lei N° 8.080 passou por vetos na regulamentação da política de recursos humanos e não obteve amparo político para recapitular esta questão, culminando na indefinição da política relacionada a planos de carreira, salários e cargos do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando uma discussão que percorre ainda os dias atuais. No período de 1995 a 2002 compreende a expansão de políticas específicas da saúde, orientando-se para o enfrentamento de problemas relacionados com a operacionalização do SUS, com vista a atender as reivindicações de movimentos sociais organizados e o desenvolvimento de políticas por eles fundadas. Também era evidenciada a regulação do mercado em saúde, através das agências reguladoras (intervencionismo regulatório do Executivo).

Observa-se nesta senda mudanças substantivas na gestão da política de saúde, resultado da proposta de reforma contida na Constituição Federal de 1988, observando as ações desempenhadas pelos Poderes Legislativos e Executivo. A partir de 2003, com o início do Governo Lula, observa-se mudanças no papel do Estado e ênfase no retorno de políticas de longo prazo e redução das desigualdades, com a aprovação de leis relacionadas a política de inclusão social e atendimentos a grupos “marginalizados” e “minorias”. Ainda assim, com a mudança de Governo, a saúde continuou apresentando antigas fragilidades relacionadas a regras mínimas e ao direcionamento dos recursos voltados a saúde por parte dos Três Poderes.

A partir de 1964, o Brasil passou a enfrentar um novo regime de exceção, com o Golpe Militar. Este longo período Ditatorial (1964-1985) teve diversas consequências na

vida política nacional, caracterizando-se por aplicar medidas autoritárias, onde todos aqueles que se opunham eram censurados e “caçados”, em direito a criticar ou opinar quanto às ações governamentais da época.

Relacionado a questão social neste período, o Estado articulou medidas que visavam o aumento do poder, abrandamento de tensões sociais e também acúmulo do capital. A saúde iniciou um processo de modificações tecnológicas incorporadas através da adoção de medidas já realizadas no exterior.

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares (BRAVO, 2009, Pg.7).

A partir da década de 80, o país inicia um movimento de superação do Regime Ditatorial, com a democratização política, porém com uma crise econômica persistente. A saúde passa a assumir uma dimensão política, profundamente ligada a democracia. Entraram em ação neste período movimentos sociais, partidos políticos opositores, profissionais da saúde, entre outros, em prol da saúde e da democracia, pela defesa da universalização do acesso, tratativa da saúde como direito social e dever do Estado, etc. Conforme Bravo salienta:

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento Setorial (BRAVO, 2009, Pg.9).

Esta conferência representou um momento marcante no país, abrindo a discussão da saúde para a sociedade. Diálogos antes tratados por fóruns como ABRASCO, CEBES, entre outros, ganharam maior abrangência, chegando na comunidade em geral, sindicatos, partidos políticos, etc. Com a Constituição Federal de 1988, a Saúde é firmada como direito universal e dever do Estado, suas ações e serviços são considerados públicos sendo regulados, fiscalizados e controlados pelo poder público.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2009, Pg. 12).

Foi com o advento do SUS, através da Constituição de 1988 e regulamentação com a Lei 8.080/90 que o país implantou medidas que visam maior atenção à saúde comportando os princípios da universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, participação popular, entre outros. A Lei 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. Ela regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Sendo assim, a seguir apresenta-se o relatório final referente a experiência vivenciada no período de estágio I e II, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria para a compreensão teórico-prática desse relatório.

3.1 RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

O presente trabalho trata-se do Relatório de Estágio Final, referente aos estágios I e II realizados no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, localizado no endereço: Av. Roraima, Prédio 21, Campus da UFSM, Bairro Camobi, na cidade de Santa Maria-RS. O Hospital atende usuários de Santa Maria e toda região centro do estado do Rio Grande do Sul e demais regiões do país, quando referenciados. O HUSM nasceu do desejo do fundador da Universidade Federal de Santa Maria, José Mariano da Rocha Filho, que já previa, em 1960, um hospital-escola na Cidade Universitária. Mas até alcançar a estrutura atual, o caminho foi longo.

O Hospital-escola começou em 1959, com a criação do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, construído na Rua Floriano Peixoto, no Centro da cidade. Em

1970, esse hospital se transformou no Hospital Universitário Setor Centro. Em 1º de julho de 1982, 12 anos depois, o hospital começou a ser transferido para as instalações que ocupa hoje, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, no bairro Camobi. No dia 13 de julho foram transferidos os pacientes, um dia depois o Laboratório de Análises Clínicas e demais equipamentos e, no dia 18 de julho, iniciaram-se as internações no Hospital Universitário de Santa Maria. O Regimento interno do HUSM foi aprovado em 16 de dezembro de 1987 na 405ª Sessão do Conselho Universitário. Desde 1994, o Conselho Universitário instituiu o HUSM como órgão integrante da Administração Central.

VISÃO DE FUTURO

“Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas”.

MISSÃO

“Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.”

PRINCÍPIOS E VALORES

- ✓ ÉTICA, TRANSPARÊNCIA E QUALIDADE nas ações.
- ✓ RESPONSABILIDADE institucional.
- ✓ COMPROMISSO com as pessoas.
- ✓ RESPEITO às diversidades.
- ✓ COMPROMETIMENTO social e ambiental.

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, atendendo 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. O HUSM é o maior hospital público com o único Pronto-Socorro a atender, exclusivamente, pelo SUS no interior do Estado e abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Há mais de 30 anos, é referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Atualmente, oferece 403 leitos

de internação. Diariamente, circulam pelo hospital cerca de 6 mil pessoas entre pacientes, acompanhantes, alunos, funcionários, residentes e docentes.

O hospital vem passando por mudanças, especialmente após a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) ter firmado contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 17 de dezembro de 2013. Paulatinamente, a estrutura de governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão, Chefes de Setores e Chefes de Unidades e Assessorias) passou a ser constituída em consonância com a EBSERH, a qual instituiu, como ferramenta de gestão, o uso do Plano Diretor Estratégico (PDE), documento que expressa Diretrizes e Linhas Estratégicas da Instituição, tendo o HUSM adotado seis Linhas para a gestão de 2011-2016:

- ✓ Aprimoramento do Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Promoção da Assistência;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão Financeira;
- Modernização da Infraestrutura e Incremento Tecnológico;
- Aprimoramento dos Processos de Gestão.

A atual área física construída do Hospital é de 30mil m², em uma estrutura vertical, na qual se encontram em andamento as obras de construção da Central das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), que reunirá a UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana, ampliando, então, de 45 para 82 a oferta de leitos de cuidados intensivos. Também está em fase de conclusão a construção do Serviço de Ressonância Magnética e o prédio da Central de Laboratórios. O HUSM possui ótimos indicadores de cura, especialmente nas leucemias da infância, comparado aos dos melhores centros internacionais, sendo referência nacional no Serviço de Oncologia Pediátrica. Também, realiza Transplante de Medula Óssea (TMO) e tratamento do câncer em geral, sendo referência no atendimento da especialidade e estando habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

O Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do hospital, único no interior do Estado, recebe pacientes de todo o Rio Grande do Sul. O primeiro transplante da Instituição foi realizado em 1997 e, atualmente, contabiliza 316 transplantes, até outubro de 2016. O Serviço de Nefrologia possui habilitação como Unidade de Alta Complexidade, sendo que realiza todos os métodos dialíticos, com foco em transplantes renais, cujo início foi em dezembro de 1988, totalizando 297 transplantes até o outubro de 2016. O Serviço de Cardiologia está habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista,

Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos. O Serviço de Traumatologia possui habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, assim, o foco está no atendimento de politraumatizados na emergência e Traumato-Ortopedia. O serviço de obstetrícia, com foco no atendimento a gestação de alto é o único com porta aberta para emergência obstétrica na região. Tem uma trajetória de mais de 20 anos, no entanto não encontra-se habilitado ainda. O HUSM é também, habilitado como Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral para a região centro-oeste do estado.

De acordo com os dados fornecidos pelo Setor de Estatística, no conjunto de atividades assistenciais, em 2016, foram realizadas: 15.209 internações; 7.053 cirurgias no Bloco Cirúrgico e 17.158 em pequenas cirurgias ambulatoriais; 2.125 partos; 180.439 consultas ambulatoriais atendidas e 210.365 consultas ambulatoriais agendadas, demonstrando assim 15% de absenteísmo por parte dos pacientes. Também foram realizadas 30.254 consultas no Pronto Socorro e 1.013.405 exames. A área dos Serviços Ambulatoriais está distribuída em:

- 58 consultórios com Ambulatórios de Especialidades;
- 14 Salas para procedimentos, curativos, vacinas, triagem e acolhimento, farmácia, avaliação nutricional, atendimento odontológico;
- Laboratórios de Análises Clínicas (LAC);
- Hospital-dia em HIV/AIDS;
- Serviço de Internação Domiciliar.

A área dos Serviços de Diagnóstico por Imagem está composta por:

- Traçados Gráficos;
- Endoscopia, Broncoscopia;
- Unidade de Hemodinâmica;
- Serviço de Radiologia.

A área dos Serviços de Apoio Terapêutico conta com:

- Unidade de Radioterapia;
- Unidade de Quimioterapia;
- Fisioterapia;
- Reabilitação;
- Fonoaudiologia;

- Salas de Recreação Terapêutica Infantil;
- Brinquedoteca na Pediatria e na Onco-Pediatria;
- Sala de aula para crianças internadas.

O HUSM já recebeu duas certificações como Hospital de Ensino, atendendo a todos os requisitos da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 285, de 24/03/2015. Vinculado, academicamente, ao Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFSM) e demais Unidades Acadêmicas da UFSM, sedia inúmeras atividades como campo do ensino, de pesquisa e de extensão, sendo o maior hospital de ensino do interior do estado. Quinze cursos de graduação da UFSM possuem atividades no HUSM, além dos Programas de Residência em Saúde (Residência Médica e Residência Multiprofissional). O HUSM também é campo para os programas de Pós-Graduação *strictu sensu* do CCS e demais Centros da UFSM. Toda sua estrutura está à disposição do desenvolvimento de atividades de ensino para cursos de nível técnico, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação e especialização de profissionais altamente qualificados e para o desenvolvimento do conhecimento e atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUSM também é campo para formação profissional de cursos de especialização em serviço. No Programa de Residência Médica possui 169 vagas preenchidas em 2016, distribuídas em 44 especialidades, todas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica: Desde 2009, o HUSM conta também com 2 Programas de Residência Multiprofissional que contemplam as demais profissões da equipe de saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física e Psicologia) e oferecem 42 vagas divididas em: Linha Materno-Infantil; Linha Crônico-Degenerativa; Linha Onco-Hemotalógica, Vigilância em Saúde e Linha Saúde Mental. Também cabe registrar que 16 programas de pós-graduação *strictu sensu* da UFSM utilizam o HUSM como campo de desenvolvimento de suas pesquisas, dentre eles o Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

No que diz respeito à pesquisa, o HUSM desenvolve pesquisas biomédicas, clínicas e epidemiológicas, em sintonia com diversos programas de pós-graduação, com média de 200 projetos de pesquisa registrados anualmente, além de inúmeros projetos de extensão. Possui cerca de 40 grupos de pesquisa, cadastrados no CNPq, que desenvolvem atividades no HUSM. Em 2011, também foi criado o Programa de Iniciação Científica do HUSM (PROIC-HUSM), disponibilizando bolsas de iniciação científica e recursos de custeio para projetos de pesquisa e de grupos de pesquisa atuantes no HUSM, contemplando, anualmente, 35 projetos com mais de 40 alunos bolsistas. Conta com uma

Unidade de Pesquisa Clínica, criada em 2012 com o objetivo de desenvolver a pesquisa clínica no âmbito do HUSM e favorecer a execução de estudos clínicos pelos pesquisadores da Instituição.

O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

O Movimento de Reforma Sanitária, iniciado em meados dos anos 1970 e o Movimento de Reconceituação da Profissão com início na década de 1960 foram eventos fundamentais para a compreensão da ampliação do Serviço Social na política de saúde. O primeiro, como explicado no item referente ao histórico da instituição, teve como proposta a saúde como um direito do cidadão, dever do Estado e universalidade do acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem. Deste pensamento resultaram duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade do acesso e a integralidade das ações.

O segundo processo, se deu articulado com as questões postas pela realidade da época, entretanto, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi construído com vínculo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas. Houve um descompasso entre a luta pela reconceituação da profissão e o movimento de luta pela assistência pública de saúde (BRAVO, MATOS, pg. 204, 2009). Nos anos 1960, a profissão passa por um debate que questiona o conservadorismo, tal debate surge respaldado pelas Ciências Sociais e Humanas. Pós 1964 o Serviço Social passou por transformações que tiveram rebatimento diretamente no fazer profissional do assistente social na área da saúde.

O Movimento de Reconceituação foi uma crítica, recusa e tentativa de ruptura com o conservadorismo para um método crítico e investigativo, uma renovação teórico-prático social, com propostas de intervenção e compreensão da realidade social, questionador da ordem dominante. Entretanto, foi somente no final da década de 80, mais precisamente com o evento que ficou conhecido como Congresso da Virada, em 1979, que houve a interlocução real com a tradição marxista que o Serviço Social; dando início assim com a vertente intenção de ruptura. A partir da incorporação do novo conceito de saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que prevê como condicionantes e determinantes em saúde a habitação, saneamento básico, a renda, a educação, entre outros; a área da saúde transforma-se no principal campo de atuação dos assistentes sociais.

Foi no ano de 1975 que o Serviço Social passou a compor o quadro de funcionários do HUSM- embora houvesse prerrogativas legais para contratação de assistentes sociais via concurso público- a primeira profissional de Serviço Social do HUSM foi contratada via “apadrinhamento”; somente em 1980 foi-se realizar concurso público para o cargo. O fazer profissional das primeiras assistentes sociais do HUSM resumia-se em dar tickets de alimentação para o refeitório do hospital, fazer encaminhamentos para adoção de bebês recém-nascidos (somente a partir de 1988 essa prática modificou-se), localizar familiares de pacientes, liberação de vale transporte para os pacientes em tratamento continuado, ou seja, um fazer profissional sem um objetivo, sem uma finalidade. Muito disso deve-se ao contexto histórico, onde as políticas públicas seguiam um padrão histórico que as caracterizavam (seletivo, fragmentado, excludente e setorizado). Diante a necessidade de ampliar a cobertura de atendimentos, viabilizar o acesso aos direitos, trabalhar na lógica da humanização, o HUSM viu a necessidade da contratação/ ampliação de profissionais do Serviço Social. Na unidade nefrológica, no momento há 01 assistente social atuante o qual foi incorporado a partir de março de 2015, via concurso público. Ressalta-se que o trabalho deste não se limita aos pacientes restritos a esta unidade, ampliando-se para a unidade clínica médica I (Hemato-oncologia).

Com base no princípio da saúde como um direito social do cidadão e cidadã brasileiro/a, o Serviço Social insere-se na equipe multidisciplinar do hospital-escola contribuindo para o fortalecimento dessa política, especialmente em tempos marcados pela precarização dos serviços e das condições de trabalho dos profissionais que atuam nesta política.

TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL-COM INDICAÇÃO DO INSTRUMENTAL TÉCNICO-OPERATIVO

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social do trabalho, a qual busca intervir de forma eficaz nas diversas expressões da questão social. Neste sentido, utiliza-se de conhecimento e prática, instrumentos e técnicas para atender as diferentes demandas, tendo em vista a garantia de direitos sociais e civis. Compreende-se o instrumental como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional onde a “dimensão técnica operativa pressupõe que o profissional deva conhecer e apropriar-se, sobretudo criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam desenvolver as ações profissionais junto à população e às

instituições contratantes” (SOUZA, 2008). O instrumental técnico operativo pressupõe interações comunicativas que podem ser efetuadas face a face ou por meio da escrita. São exemplos dos instrumentos de trabalho utilizados pela assistente social no Setor da Nefrologia: observação, escuta sensível, entrevista social com pacientes e familiares, reuniões com a equipe multidisciplinar, parecer e relatório social para viabilização de direitos e/ou benefícios socioassistenciais, visita-domiciliar, supervisão técnica, entre outros. Segundo Guerra:

Uma instrumentalidade enriquecida significa ter clareza do projeto, de onde se quer chegar, ter uma racionalidade que nos permita lançar luzes, sempre renovadas, sobre os objetivos e que os clarifique, nos permitindo explicitar o horizonte a ser alcançado e a direção a ser adotada. Em segundo lugar, significa domínio de uma teoria que nos permita construir os caminhos e as estratégias, táticas, instrumentos e técnicas. Em circunstâncias conseguimos enriquecer nossa instrumentalidade (GUERRA, pág. 39, 2014).

Os instrumentos são essenciais no exercício profissional, já que norteiam a ação profissional e possibilitam responder às demandas postas no cotidiano de sua atuação. É assim que o conhecimento e a prática avançam numa dimensão transformadora.

OBJETIVOS DO TRABALHO E FUNÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

Tendo em vista que o objeto de trabalho do assistente social é a questão social nas suas mais variadas expressões: pobreza, desemprego, falta de acesso à saúde, à educação, ao trabalho, à habitação, violência, situações estas vivenciadas na realidade cotidiana. Sendo assim, o assistente social intervém no intuito de viabilizar, assegurar direitos garantidos constitucionalmente, por meio das políticas públicas e programas existentes. O profissional de Serviço Social dentro das instituições hospitalares coloca-se entre a instituição empregadora e os usuários reforçando os objetivos do projeto ético-político da profissão. Possuem como meta a ação projetada e realizada a partir da reflexão sobre o real, posicionando-se de forma crítico-reflexivo, visualizando a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes. Foi através do modelo de atenção integral à saúde, pautada por princípios jurídicos legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não as relações do mercado, mas a direitos humanos que se rompeu com a visão de um modelo de saúde socioassistencial; suprimindo um modelo centrado na

doença para traduzir as reais necessidades de saúde da população brasileira. Dentre as funções da assistente social encontram-se:

- Acolhimento e escuta sensível;
- Prestar orientação social individual ou coletiva, encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Contato com familiares e com a rede socioassistencial e jurídica do município de Santa Maria e de outras localidades;
- Participação em reuniões de equipe e da categoria profissional;
- Realização de abordagem e/ou entrevista com pacientes e/ou familiares;
- Registro de atendimentos em prontuário único com vistas a subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais;
- Contato com as instituições para disponibilização de dispositivos de apoio;
- Trabalho com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-la sujeitos do processo de proteção, prevenção, recuperação da saúde e promoção.
- Orientações sobre direitos previdenciários (concessão de benefício), em relação à rotina da unidade e referente recursos materiais.

Todas as ações do assistente social têm por objetivo o acesso dos usuários aos serviços e benefícios absorvendo-os de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente, as demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos.

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

A equipe de Nefrologia do HUSM é composta por 05 médicos contratados, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 10 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 1 assistente administrativo, 1 secretária, 1 psicólogo e 1 assistente social, cada profissional com sua respectiva carga horária. Na Clínica Médica I, a equipe é composta por: 05 médicos contratados, 05 residentes, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 09 enfermeiros, 25 técnicos de

enfermagem, 1 assistente administrativo, 1 secretária, 1 psicólogo, 1 assistente social e residentes multiprofissionais. Conforme Resolução 553:

Art. 3º. O assistente social deve, sempre que possível, integrar equipes multiprofissionais, bem como incentivar e estimular o trabalho interdisciplinar.

Art. 4º. Ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá garantir a especificidade de sua área de atuação. (CFESS, 2009)

O trabalho Multidisciplinar no Setor de Nefrologia do HUSM dá-se de forma espontânea, contemplando a articulação das ações e dos diversos saberes profissionais, com vistas a promover a integralidade do cuidado.

Por ser tratar de uma Unidade de Internação com um número de leitos reduzidos, é possível trabalhar as diferentes necessidades dos pacientes desde a sua internação. Logo após a internação do paciente, o assistente social realiza o acolhimento/entrevista social objetivando conhecer a realidade/contexto social deste, para sequencialmente trabalhar questões relacionadas à alta hospitalar, bem como a garantia de direitos. Da mesma forma, quando um profissional da equipe identifica alguma demanda social, este, aciona/solicita avaliação do assistente social. Cabe ressaltar a importância do diálogo/planejamento da equipe multiprofissional, paciente e familiares no que se referente aos cuidados em saúde. Neste sentido, é importante ressaltar que a identificação das demandas e angústias manifestados pelo paciente não é atribuição de uma profissão específica e sim, de toda equipe.

O assistente social no Setor de Nefrologia atua no planejamento e organização da alta, a qual inicia-se no momento da admissão hospitalar e tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado recebido pelo paciente no hospital. Esta por sua vez, é denominada alta social, por abranger as necessidades que extrapolam o cunho biológico, como exemplo: fragilização ou rompimento dos vínculos familiares, ausência de moradia convencional, fragilidade econômica, entre outros. Assim, o trabalho realizado conjuntamente, com olhar individualizado a cada paciente na perspectiva de planejamento traz benefícios para os mesmos, bem como para os profissionais e para a instituição.

TRABALHO EM REDE

É bastante frequente o assistente social acionar a rede em seus encaminhamentos. São realizados encaminhamentos para as Coordenadorias de Saúde para viabilização de

medicação, para as Unidades Básicas de Saúde, INSS, CRAS e CREAS dos respectivos municípios de onde os usuários vêm.

DESVELAMENTO DO OBJETO: PERFIL DA POPULAÇÃO USUÁRIA

O setor de nefrologia do HUSM é referência em atendimento à pacientes com doenças renais crônicas desde sua fase inicial até o tratamento de alta complexidade, nesta última envolve o transplante, na região centro de RS. Neste setor são atendidos predominantemente adultos jovens de 19 a 50 anos, pacientes renais crônicos (insuficiência renal aguda e crônica), pielonefrite, infecção urinária, cálculo renal, transplante renal, paciente em terapia substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal). A instituição não realiza o procedimento de hemodiálise em pacientes externos, ou seja, que não estão referenciados na instituição, pois possui apenas duas máquinas de hemodiálise destinadas a pacientes internados, tanto na nefrologia ou em outras unidades de tratamento, quando estes não conseguem acessar a rede externa, no caso as clínicas renais; Santa Maria conta com duas dessas clínicas: Hospital de Caridade e Casa de Saúde. Os pacientes que realizam o procedimento de hemodiálise ou diálise peritoneal nas clínicas renais são obrigatoriamente referenciados pelo HUSM.

O Setor de Hemato Oncologia é um setor bastante representativo no hospital em função de sua complexidade e grande demanda. Um dos campos de atuação é a Unidade Clínica Médica I, correspondente a unidade de internação adulta a qual, representa uma demanda significativa de atendimentos na área de atuação do assistente social bem como, no processo de aprendizagem de acadêmicos nas mais variadas áreas profissionais. A Unidade específica possui 28 leitos, distribuídos entre os pacientes da hematologia e oncologia e uma ampla disponibilidade de profissionais envolvidos no atendimento, dentre os quais podemos citar: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros. Do total de leitos, seis são destinados à pacientes com patologias cardiológicas os quais, não são de responsabilidade da assistente social supervisora nesse momento.

A hematologia é uma especialidade da medicina que estuda todos componentes relacionados ao sangue como, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas. Além desses estudos, a hematologia também investiga os órgãos onde o sangue é produzido como: a medula óssea, gânglios linfáticos e o baço. Já a oncologia, é uma especialidade médica que estuda os tumores, sejam eles benignos ou malignos. A palavra oncologia é de origem grega “Oykos”, que significa volume ou tumor. O médico oncologista é o

responsável por diagnosticar, tratar e acompanhar o paciente em todo o processo de tratamento. O tratamento oncológico é bastante individualizado e pode ter diferentes abordagens: curativa e paliativa (apenas alivia os sintomas para melhorar a qualidade de vida do paciente). Entre os vários tratamentos existentes no combate aos tumores (câncer), os mais utilizados pelos oncologistas são: a quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia. Pacientes internados nesta unidade, geralmente, realizam tratamento quimioterápico. Alguns internam para realização de exames (investigação clínica).

A hospitalização assume-se como um momento de grande tensão em que o doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo, fragilidade e vulnerabilidades. São imensas as vantagens do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, considerando que o paciente deve ser visto na sua totalidade. O assistente social por sua vez, busca viabilizar o acesso aos direitos sociais, a partir das diferentes legislações vigentes e principalmente garantindo-lhes à informação, visando a autonomia dos , sempre que possível. A família é extremamente importante nesse processo de adoecimento, considerando que muitos pacientes se encontram impossibilitados e/ou debilitados diante do adoecimento. Dentre os principais encaminhamentos realizados, podemos mencionar: requerimento de benefícios (assistencial e/ou previdenciários), acesso a medicações (municipal, estadual e judicial), orientações pertinentes ao processo de interdição e/ou procuração, aquisição de equipamentos e/ou dispositivos para manutenção de cuidados, casas de apoio e demais encaminhamentos para a rede socioassistencial.

DEMANDAS E EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL

Entende-se como questão social, o “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura que possuem uma raiz comum: uma produção coletiva, mas sua apropriação mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, p.28, 2014). A questão social é considerada o objeto de trabalho do assistente social, pois, são nas suas múltiplas expressões que se desenvolve a ação profissional junto aos diversos segmentos sociais constituindo assim, a matéria-prima com a qual a categoria profissional pretende impulsionar a construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero (Lei Orgânica da Saúde, 8.662/1993). Nos setores referenciados, elas se expressam da seguinte forma:

- Rompimento/fragilização de vínculos familiares, o que dificulta a organização durante o período de internação hospitalar e cuidados no domicílio, bem como outros fatores como disponibilidade de horários dos familiares, falta de recursos financeiros que impossibilitam o deslocamento até o hospital;

- Dificuldade referente à situação econômica/financeira para aquisição de materiais e/ou equipamentos relacionados à alta hospitalar;
- Preconceito/exclusão social devido à situação clínica (patologia);
- Falta de informação/conhecimento quanto aos direitos sociais;
- Falta de acesso aos serviços de saúde e outros serviços relacionados à manutenção dos cuidados;

IAMAMOTO define o objeto do Serviço Social:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...]a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 2014, p. 28).

Sendo, questão social também rebeldia e resistência diante da realidade imposta e frente às desigualdades sociais e; com base nas demandas citadas acima, é possível perceber a importância da realização de um documento explicativo que elencasse os direitos e garantias dos pacientes crônicos renais; numa perspectiva de difusão e ampliação dos direitos conquistados pela classe trabalhadora e garantidos legalmente. Portanto, a partir da análise institucional e das vivências no campo de estágio, será elaborada uma cartilha explicativa dos direitos preconizados pela legislação vigente, com o objetivo de ampliar a autonomia e garantir o acesso dos usuários a estes direitos.

ANÁLISE DA REALIDADE INSTITUCIONAL

O HUSM, hoje, conta com 14 profissionais de Serviço Social. Há setores onde trabalha apenas uma assistente social com uma demanda bastante significativa. Em alguns casos, um mesmo profissional de Serviço Social atende mais de uma unidade, à exemplo disso é a profissional que me supervisiona. Uma possível solução para o

problema seria a contratação de mais profissionais via concurso público, entretanto devido a atual situação econômica e política que o país vive, não há previsão de novo concurso para a contratação de mais profissionais na instituição.

Outro grande desafio do Serviço Social no HUSM ainda é a conquista de espaço físico, pois não há para que o assistente social possa desenvolver uma escuta qualificada, respeitando o sigilo profissional, conforme preconiza a Resolução do CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social:

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

a-iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

b-recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;

c-ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas

d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Uma das conquistas do Serviço Social no HUSM é o Programa de Residência Multiprofissional/UFSM, iniciado em 2009. São 5(cinco) áreas de abrangência, em nível de Especialização: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família; Onco-Hematologia; Materno-Infantil; Crônico-Degenerativo; Saúde Mental.

VIVÊNCIAS CAMPO

A utilização dos instrumentais atrelados ao Código de Ética profissional e ao Projeto Teórico-Methodológico são fundamentais na prática profissional. Desde o ingresso dos usuários na instituição as demandas podem ser visualizadas e articuladas, e esta dinâmica somente tem êxito com o empenho do profissional Assistente Social e seu engajamento com a equipe multiprofissional. No cotidiano profissional podem existir algumas adversidades no que tange as tratativas com os profissionais que constituem a equipe, e neste sentido o Assistente Social deve definir uma trajetória para contornar ideias divergentes e atingir a intervenção nas demandas que envolvem os usuários.

Neste primeiro contato com o campo de estágio, o diálogo e as dúvidas foram estabelecidas entre supervisora de campo/estagiária e pude ter uma noção de como irá ser

a dinâmica no setor. Os atendimentos relacionados com a profissional Grasielle estão voltados para os pacientes inseridos nos setores de Nefrologia e Hemato-oncologia e vão desde os pacientes em tratamento até os pacientes em situação de cuidados paliativos. No setor de Nefrologia, encontram-se os pacientes com doenças relacionadas ao trato urinário (insuficiência renal crônica ou aguda grave) e que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal.

A hemodiálise é um procedimento pelo qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina. O tempo varia de acordo com o estado clínico do paciente e, em geral, é de quatro horas, três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente. O médico nefrologista avaliará o paciente para que seja escolhida a melhor forma de tratamento para o mesmo.

Já a diálise peritoneal consiste no tratamento pelo qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com o auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível). Essa diálise permite realizar tratamento em domicílio.

Existem duas modalidades desta diálise:

- Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): realizada diariamente e de forma manual pelo paciente e/ou familiar. Geralmente realizada 4 trocas ao dia (manhã, almoço, tarde, noite), sendo que o tempo de troca leva aproximadamente 30 minutos. No período entre as trocas, o paciente fica livre das bolsas.
- Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): realizada todos os dias, normalmente à noite, em casa, utilizando uma pequena máquina cicladora, que infunde e drena o líquido, fazendo as trocas do líquido. Antes de dormir, o paciente conecta-se à máquina, que faz as trocas automaticamente de acordo com a prescrição médica. A drenagem é realizada conectando a linha de saída a um ralo sanitário e/ou recipiente rígido para grandes volumes. Durante o dia, se necessário, podem ser programadas “trocas manuais”.

A principal vantagem desse método é que após um período de treinamento o paciente pode realizá-lo em casa, de maneira independente. Um familiar do paciente também recebe treinamento para ajudar o paciente quando for necessário. Este tipo de tratamento proporciona ao paciente maior convívio familiar o qual não seria possível nos casos de hemodiálise por internação que “obriga” o paciente a ficar muitos dias no âmbito hospitalar, afastado dos familiares e de seu lar.

Relacionado ao setor de Hemato-Oncologia, estão inseridos os pacientes em tratamento oncológico (quimioterapia) e pacientes em cuidados paliativos. O paciente oncológico, dependendo do seu quadro clínico, realiza as sessões de quimioterapia em estado de internação ou interna somente para a realização da quimioterapia e logo após pode voltar para sua residência. O andar possui o atendimento de cuidado paliativos (para pacientes com doenças potencialmente ameaçadoras para a continuidade da vida e sem chance de cura) e necessita de tratativas munidas de sensibilidade de toda a equipe, tanto com o paciente, quanto com os familiares. Neste contexto, o Assistente Social abordará questões relacionadas ao tratamento para conforto, bem como o assunto “morte” por ser inevitável na grande maioria dos casos.

No âmbito hospitalar é de extrema importância deter um conhecimento da legislação vigente relacionadas à diversas questões, principalmente as que envolvem os direitos na saúde, visto que, diariamente, o trabalho deve ser articulado focalizando a garantia de direitos bem como as implicações que as ações profissionais podem acarretar. Os estudos de caso são muito recorrentes e englobam, tanto as ações pertinentes ao Serviço Social quanto às ações de toda a equipe multiprofissional, visando a garantia do atendimento biopsicossocial aos usuários.

Os cuidados paliativos foram definidos pela OMS em 2002 como forma de assistência que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças potencialmente ameaçadoras para continuidade da vida. A avaliação cuidadosa e o controle impecável da dor e dos demais sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual são o foco deste trabalho, que necessita das habilidades de uma equipe multiprofissional treinada para este fim. Todas as quartas-feiras são realizadas reuniões para discussão do tema entre os profissionais e definição das atividades envolvendo os cuidados paliativos e a ação profissional na Instituição. No Brasil em 05/09/2012 entrou em vigor a Lei Nº 52/2012, que consagrou o direito e regulou o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, sendo responsabilidade do Estado e criou a RNCP (Rede Nacional de Cuidados Paliativos), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

A atuação profissional deve estar em sintonia com o Código de Ética profissional e o cuidado com documentos e informações sigilosas deve ser redobrado. A dinâmica de

disposição dos setores, salas e arquivos é quase que “universal”, pois os materiais de trabalho, como computadores, mesas e utensílios, são compartilhados por diversos profissionais que pertencem a equipe multiprofissional e isto pode prejudicar a obtenção de um atendimento de excelência. Por não conter sala adequada para atendimento, o Assistente Social deve articular outra forma, dentro do possível, para que o sigilo seja mantido. Esta demanda é existente nos setores mencionados, a Assistente Social está resistindo à esta situação, juntamente com as profissionais dos demais setores para conquista de uma sala apenas para o Serviço Social. Enquanto isto não é possível, os atendimentos que necessitam de um diálogo particular são realizados em um espaço no setor de Nefrologia como improvisado até que a questão se regularize.

Relacionado à questões que se sobressaíram neste dia, destaco a atuação do terceiro setor como suporte de demandas que deveriam ser trabalhadas e subsidiadas pelo Estado. Algumas demandas estão sendo encaminhadas para instituições pertencentes ao terceiro setor (AAPECAN, Casa Maria, Casa Vida, Leon Denis) que se mantêm de ações filantrópicas e não recebem visibilidade. Esta situação se apresenta como um grande desafio na instituição e ao profissional que orienta os usuários ao uso destes serviços, não restando outra escolha em função da falta de recursos que deveriam ser repassados à instituição pelo Estado e na demora de processos judiciais relacionados à pedidos de alimentações especiais, materiais e outras diversas demandas que possam estar relacionadas aos usuários. Observa-se aqui que a família nem sempre consegue dar suporte às necessidades dos pacientes em tratamento hospitalar e ficam dependentes da atuação do Estado, que por sua vez não está realizando sua parte neste processo, restando para o terceiro setor, através das ações filantrópicas subsidiadas pela sociedade, o atendimento de diversas demandas.

Referente aos atendimentos é de suma importância que o profissional siga as atribuições e competências pertinentes à profissão, definindo seu papel dentro da instituição tanto para os usuários, quanto para a equipe multiprofissional. Cada profissional tem seu papel específico no atendimento às diversas demandas que rodeiam o usuário, podendo dialogar com a equipe sobre constatações durante os atendimentos, mas ter definido que determinadas ações são específicas de cada área de atuação. Este fragmento de texto pode parecer “óbvio”, mas durante a rotina de atuação profissional e na agitação do dia-a-dia estes papéis podem se inverter e gerar desde desvios de função até mesmo transtornos com o próprio paciente. Deixo evidente aqui que estas constatações não refletem a prática profissional no setor em questão, mas são reflexões relacionadas ao entendimento da função desde que iniciamos as atividades de estágio sendo primordiais no atendimento aos usuários. Os diálogos devem ser planejados para que informações

importantes não sejam propagadas sem antes saber se aqueles usuários têm conhecimento da atual situação e até onde podemos conduzir as conversações.

Quanto à veracidade das informações prestadas, devem ser sempre atualizadas juntamente com as legislações vigentes para os diversos casos que possam surgir, com vistas a atender as demandas ou orientar da melhor maneira possível. A apreensão das informações pode ser induzida pela prática profissional onde diariamente surgem demandas ou no empenho do Assistente Social em buscar entendimento em outras demandas que possam ser trabalhadas em diversas situações. O conhecimento holístico proporciona ao profissional atingir uma série de demandas, muitas das quais não são diretamente ligadas à área da saúde, mas que permeiam o cotidiano da vida dos sujeitos. Nas atividades desenvolvidas no setor em questão devemos deter conhecimento dos termos utilizados pelos profissionais da clínica médica, dos procedimentos realizados pela enfermagem, dos atendimentos administrados pelos demais profissionais, da legislação que engloba alguns destes mecanismos de trabalho, entre outros. Esta apreensão de conhecimento está atrelada à prática profissional do Assistente Social na instituição e não constitui desvio de função ou invasão do conteúdo profissional de outrem, sendo fundamental nas tratativas relacionadas à equipe multiprofissional e facilitando os atendimentos.

Além das observações aqui mencionadas anteriormente, destaco a relevância da utilização do Código de Ética no cotidiano profissional em todas as situações. As discussões de caso são pertinentes à equipe multiprofissional e devem ser trabalhadas em sigilo com vistas à preservar as informações relativas ao paciente e ações que serão desenvolvidas com o mesmo. Os atendimentos devem ser livres de preconceitos e cobertos de sensibilidade por se tratar de pessoas fragilizadas física e psicologicamente e na maioria dos casos em estado de vulnerabilidade social. Podemos citar o princípio VI Do Código de Ética que fala do “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”, bem como o princípio X, que trata do “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. As tratativas podem ser breves ou demandar mais tempo e empenho profissional, portanto a condução adequada é primordial para um atendimento de qualidade, bem como o respeito ao tempo que o usuário se sente confiante para a criação do vínculo de confiança com o profissional e a atenção aos princípios do Código de Ética Profissional.

Em relação ao Projeto de Intervenção inicialmente foi idealizado um grupo com reuniões para tratar dos direitos sociais e de terapias integrativas com pacientes e

familiares e profissionais do setor de Hemato-Oncologia. Com vistas a proporcionar um espaço de acolhimento/escuta sensível, onde o usuário, bem como seus familiares poderiam expor suas dúvidas e experiências, fortalecendo a autonomia dos sujeitos e fornecendo o conhecimento necessário relacionado aos principais direitos sociais relacionados à pacientes oncológicos. O atendimento realizado pelo Serviço Social, durante a internação dos usuários se dá através de diversos instrumentais técnico-operativos, dentre os quais citamos a realização da entrevista (atendimento social) juntamente com paciente e seus familiares/cuidadores, objetivando o desvelamento da realidade social e a intervenção sob as expressões da questão social. A entrevista necessita de uma escuta sensível e um olhar investigativo, com vistas a conhecer a realidade social dos sujeitos (não se relaciona com olhar fiscalizador). Durante o processo de estágio foram observados os fatores da expressão social – entre os quais situação socioeconômica, gênero, deficiência física, acessibilidade – que constituíssem as maiores barreiras ao acesso à informação de direitos e serviços do paciente da saúde. Através da observação foi detectado que muitos pacientes têm como referência a Assistente Social, como suporte para as questões que tangem os direitos sociais e suas garantias. Esta referência também é percebida no contexto da equipe multiprofissional, onde os profissionais procuram o Serviço Social a fim de sanar dúvidas sobre diversos direitos relacionados aos usuários.

O projeto foi idealizado também com vistas ao “olhar voltado ao cuidador”, pensado através das práticas integrativas como Reiki, para amenizar estresse e consequências vindas dos cuidados e a sobrecarga de atividades envolvendo o familiar adoecido e o processo de adoecimento. Atualmente são utilizadas outras práticas, como a terapia tradicional chinesa (acupuntura), a homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, entre outras. Estas terapias alternativas corroboram para que ocorra a integralidade das ações que envolvem o campo da saúde e proporcionam aos cuidadores uma melhor qualidade de vida conforme seu cotidiano. Neste período foram realizados diversos contatos com diferentes profissionais para realizarem uma fala nas reuniões, o que não obteve êxito. Tendo em vista o período estipulado de estágio II para intervenção do Projeto, os grupos se tornaram inviáveis e ocorreu a mudança final do projeto de intervenção. Esta modificação transformou a informação que seria repassada através dos grupos em formato de folder informativo, constando os direitos sociais mais acessados no andar e como acessá-los (BPC- Benefício de Prestação Continuada, Saque do FGTS, entre outros).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 1970, com o Movimento de Reforma Sanitária brasileira, muitas coisas mudaram em relação à prestação do serviço de saúde como, por exemplo, a saúde ser reconhecida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado. Com isso o assistente social vai atuar dentro dos hospitais, pondo-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. O país vive um processo de retrocesso de direitos conquistados pela classe trabalhadora e a volta do conservadorismo fazendo com que, nós assistentes sociais, sejamos cada vez mais criativos e propositivos. Segundo Iamamoto (2009), um dos maiores desafios do Serviço Social hoje é desvendar a realidade para além do aparente e, construir propostas criativas capazes de efetivar e conquistar direitos à classe trabalhadora, rompendo com uma visão endógena e focalista, ou seja, de dentro do Serviço Social. (2009, p. 20).

Trabalhamos, inseridos na lógica da interdisciplinaridade, compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas na construção de novas possibilidades. Saliento algumas dificuldades/limites vivenciadas no decorrer do período de estágio no que contempla a atuação do assistente social. Ainda, que obtiveram avanços, o desconhecimento em relação às competências e atribuições privativas do profissional se fazem presentes no dia-a-dia. Com relação às condições objetivas para a execução da prática profissional, ressalto que há uma grande limitação para o Serviço Social na instituição decorrente da ausência de espaço físico, principalmente no que se refere ao resguardo do sigilo profissional. Mesmo com as adversidades relacionadas ao espaço físico, os atendimentos são realizados da melhor forma possível e quando necessário, o atendimento individualizado é feito em uma sala reservada na unidade. Conforme o Art.16º. do Código de Ética Profissional de 1993:

O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo Único: Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Nas unidades em questão observei que ocorre a proteção das documentações, bem como das informações, mantendo o sigilo profissional. A profissional Assistente Social

articulou os atendimentos com a equipe multiprofissional, delimitando as informações pertinentes ao Serviço Social, mas também absorvendo outras informações pertinentes às diversas áreas de atuação que envolvem o trato com os pacientes e que proporcionam o melhor atendimento das demandas e compreensão da realidade social dos mesmos. Para que esta dinâmica tenha êxito, é necessário que os profissionais tenham uma boa organização e harmonia nos espaços de atuação, com vistas à garantir os direitos dos usuários e possibilitar todo o suporte necessário no processo de adoecimento. Quanto ao processo de Estágio, saliento sua extrema importância e que com esta experiência os acadêmicos se aproximam da realidade da prática profissional, conseguindo visualizar as 3 dimensões do Serviço Social dentro da Instituição. O trabalho do Assistente Social neste campo de estágio proporciona uma ampla visão a respeito dos usuários, bem como da Política de Saúde e todas as situações que envolvem o reestabelecimento da saúde a pequeno, médio e longo prazo.

O Estado, principal provedor e gestor da Política Pública de Saúde transmite sua responsabilidade ao Terceiro Setor através de medidas que facilitam o acesso de entidades ao SUS. Este movimento descaracteriza a sua participação gestora crucial e proporciona ao Terceiro Setor um avanço, principalmente na medida que as políticas neoliberais são implantadas no país. Essas políticas facilitam e desburocratizam processos relacionados a entidades pertencentes ao Setor em questão.

Quanto a vivência de campo no Hospital Universitário de Santa Maria, já nos primeiros contatos com os setores desenvolvidos, foi detectada a prática de encaminhamentos para Casas de Apoio em diversas situações. Muitas delas envolviam obtenção de medicamentos, equipamentos relacionados ao reestabelecimento da saúde, serviços aos familiares dos usuários em estado de internação hospitalar, entre outras. A maioria destas demandas são amparadas legalmente como direitos dos usuários e deveriam estar sendo fornecidas com subsídios do Estado. Como as Casas de Apoio prestam estes serviços, as demandas aqui mencionadas acabam não tendo visibilidade e como estão sendo sanadas, o Estado continua não repassando os recursos necessários para o atendimento ideal e, em um cenário atual e preocupante, acaba restringindo ainda mais estes recursos. Esta diminuição ou corte de repasses se deve ao avanço das políticas neoliberais e a intenção de enxugamento do Estado, tornando-o mínimo.

As experiências vividas no período de estágio proporcionam ao acadêmico uma ampla visão da prática profissional e o aproxima da realidade das instituições e como refletir sobre elas. Mediante esta experiência foi possível detectar estas reflexões acerca da atuação dos setores inseridos no SUS. As demandas relacionadas a encaminhamentos ao Terceiro Setor vão das menos complexas (como aquisição de fraldas, medicamentos

controlados, etc.) até situações mais complexas (medicamentos cruciais para a manutenção ou reestabelecimento da saúde, acessórios de alto custo não fornecidos pelo Estado, entre outros). A maioria delas está amparada legalmente como Dever do Estado e acaba sendo tratada pela sociedade civil através das ações de entidades relacionadas ao Terceiro Setor.

Considerando o Sistema Capitalista moderno ao qual estamos inseridos, ocorre na saúde um processo de mercantilização onde o Estado reduzido acarreta em uma interferência no processo de reprodução da força de trabalho, compromete salários indiretos (agindo na renda dos trabalhadores), em razão da necessidade de compra de serviços de saúde privados ou através da responsabilização da sociedade civil com o avanço do Terceiro Setor. Neste processo identifica-se o conflito entre interesses capitalistas de uma classe dominante observada através de uma onda neoliberal inserida no país e as implicações éticas que envolvem os serviços de saúde e os profissionais neles inseridos.

Sendo assim, neste contexto, para dar visibilidade as demandas que o Estado deixa de amparar, o profissional não deveria realizar encaminhamentos para o Terceiro Setor. Em contrapartida, o usuário ficaria sem este recurso, considerando que mesmo que em alguns casos a garantia do direito se dê através de solicitações judiciais, o tempo de espera acaba sendo letal em diversas situações. Neste sentido, o profissional Assistente Social deve articular as demandas de forma a garantir os direitos sociais dos usuários sempre que possível pelo SUS, focando na informação e entendimento da Política de Saúde como um direito adquirido e em casos específicos realizar encaminhamentos ao Terceiro Setor. É fundamental no cotidiano profissional direcionar as ações a partir das três dimensões do Serviço Social, utilizadas em conjunto em um movimento de rebeldia e resistência ao Sistema Capitalista e sua máquina geradora de desigualdades. Por meio desta mediação o Assistente Social irá intervir na realidade do cotidiano da vida dos sujeitos garantindo direitos sociais, incentivando movimentos sociais de luta e também, como classe trabalhadora, presente em uma categoria de trabalho, afirmar seu papel extremamente importante, principalmente no que tange o contexto atual do país.

5 Referências Bibliográficas

BATISTA, T. W.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Abrasco, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6 ed. Bibliografia Básica de Serviço Social, v.2, São Paulo: Cortez, 2009.

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

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2009.

BRASIL, Lei Nº 52/2012. **Lei de bases dos cuidados paliativos**. Brasília, 05/09/2012.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Disponível em: www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf;

CFESS. RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006.

CFESS. RESOLUÇÃO CFESS Nº 533, de 29 de setembro de 2008.

CISLAGHI, J. F. **Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil**. IN: Adriana Ramos, Letícia B. Da Silva, Luciana G.P. de Paula, Valéria Forti, Yolanda Guerra. Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais. Lumen Juris. 2018.

CASTRO, M. M. de C.; OLIVEIRA, A. S.; RESENDE, L.T. **Humanização em saúde e Serviço Social: estado da arte, reflexões e desafios**. IN: Adriana Ramos, Letícia B. Da Silva, Luciana G.P. de Paula, Valéria Forti, Yolanda Guerra. Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais. Lumen Juris. 2018.

FERNANDES, Rubem C. **Privado porém Público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 5º Edição. São Paulo: Cortez, 2007;

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. 10ª Ed. São Paulo: Cortez, 2014.

HOBBSAWM, Eric J. **Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. EBSEH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>;

INSTITUTO PALIAR. **História dos Cuidados Paliativos**. Visto em: <http://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>.

LADEIRA, Sílvia Cristina Guimarães. **Requisições do Capital no complexo Econômico-industrial da saúde no Brasil**. IN: Adriana Ramos, Letícia B. Da Silva, Luciana G.P. de Paula, Valéria Forti, Yolanda Guerra. Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais. Lumen Juris. 2018.

LANDIM, Leilah e BERES, Neide. **As organizações sem fins lucrativos no Brasil: ocupações, despesas e recursos**. Rio de Janeiro: Nau. 1999.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. In: Série - Estudos de Saúde Coletiva, n. 62. Universidade do Rio de Janeiro, UERJ, out. de 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boas Práticas na Gestão em Parceria com o Terceiro Setor na Saúde**. Brasília, 2018.

NETTO, José Paulo. **O que é marxismo?**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VIANNA, Segadas. **O trabalho até a idade moderna**. In: SUSSEKIND, Amaldo et al. Instituições de direito do trabalho. 17. ed., Atual. São Paulo: LTr., 1999, p. 29.

RAMOS, A.; FORTI, V. **Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes**. IN: Adriana Ramos, Letícia B. Da Silva, Luciana G.P. de Paula, Valéria Forti, Yolanda Guerra. Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais. Lumen Juris. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise e Diálise Peritoneal**. Visto em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>