

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

Tatiana Bianchini Fraga

**O SERVIÇO SOCIAL E A INFORMAÇÃO COMO
POTENCIALIZAÇÃO AO ACESSO DE SERVIÇOS DO SETOR DE
CLÍNICA MÉDICA II DO HUSM**

Santa Maria, RS

2021

Tatiana Bianchini Fraga

**O SERVIÇO SOCIAL E A INFORMAÇÃO COMO POTENCIALIZAÇÃO AO
ACESSO DE SERVIÇOS DO SETOR DE CLÍNICA MÉDICA II DO HUSM**

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: Prof.^a. Dr.^a. Caroline Goerck

Santa Maria, RS

2021

Tatiana Bianchini Fraga

**O SERVIÇO SOCIAL E A INFORMAÇÃO COMO POTENCIALIZAÇÃO AO
ACESSO DE SERVIÇOS DO SETOR DE CLÍNICA MÉDICA II DO HUSM**

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**.

Aprovado em 28 de janeiro de 2021:

Caroline Goerck, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2021

DEDICATÓRIA

A minha família, minha filha Maria Eduarda. Dedico também à minha mãe Nilza Bianchini Fraga e ao meu pai Edgar Martins Fraga, dos quais agradeço a educação recebida, o exemplo de luta, o amor dedicado que me fortaleceram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pelo auxílio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos e todas que, de alguma forma contribuíram para a conclusão deste estudo e, de maneira especial, agradeço:

- a minha orientadora Caroline Goerck pela confiança em mim depositada, e pela pessoa humana, incentivadora e dedicada, grata pela orientação;

- à minha filha Maria Eduarda que é meu orgulho, minha vida, meu amor infinito;

- aos meus pais Nilza Bianchini Fraga e Edgar Martins Fraga por todo amor verdadeiro e apoio em todos os momentos, porque sempre acreditaram na minha capacidade e tudo que conquistei na minha vida foi graças a eles;

- aos meus irmãos Andressa Bianchini Fraga e Rafael Bianchini Fraga que sempre foram fonte de admiração;

- às colegas Mariana Mello e Sabrina Sá que sempre me deram incentivo;

- à professora Sheila Kocourek por fazer parte da minha banca, também por ser fonte de admiração e exemplo de profissionalismo;

- à Universidade pública, gratuita e de qualidade, pela oportunidade de desenvolver e concretizar este estudo;

- aos professores (as) e funcionários (as) da Universidade Federal de Santa Maria por contribuírem de uma forma ou de outra para esta conquista;

Enfim a todos e todas aqueles (as) que fazem parte da minha vida e que são essenciais para eu ser, a cada dia nessa longa jornada, um ser humano melhor.

RESUMO

O SERVIÇO SOCIAL E A INFORMAÇÃO COMO POTENCIALIZAÇÃO AO ACESSO DE SERVIÇOS DO SETOR DE CLÍNICA MÉDICA II DO HUSM

AUTORA: Tatiana Bianchini Fraga

ORIENTADORA: Caroline Goerck

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo abordar a área do Serviço Social na saúde sob a perspectiva do trabalho em rede, base para o desenvolvimento do projeto de intervenção, realizado no setor de Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no ano de 2019, no qual foi desenvolvido o estágio curricular do curso de Serviço Social. O trabalho está respaldado na vivência do estágio curricular (A e B), através de revisão bibliográfica e reflexões das experiências oriundas do estágio em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tais conhecimentos que geraram o processo de intervenção, ocorreram por meio de entrevistas, por documentos como diários de campo e análise institucional. Informar os usuários e seus familiares quanto ao acesso aos direitos e políticas públicas envolvidas através das demandas levantadas, motivaram o desenvolvimento do projeto de intervenção, no qual possibilitou o esclarecimento sobre o trabalho em rede do HUSM, dentro do hospital como um todo, assim como, por meio das instituições parceiras, se deu através de cartilhas distribuídas nos leitos, para os usuários e seus familiares. A orientação, a informação e o esclarecimento são atribuições profissionais dos (as) assistentes sociais, de forma que o projeto de intervenção culminou na efetivação do direito à informação. Nesse sentido, faz-se necessário o aperfeiçoamento profissional contínuo, bem como, atuar no contexto interdisciplinar de forma harmonizada e criativa, participando estrategicamente das políticas públicas sociais junto à equipe e seus usuários.

Palavras-chave: Trabalho em rede. Informação. Serviço Social.

ABSTRACT

INFORMATION AND SOCIAL SERVICE: AS A POTENTIALIZATION FOR ACCESS TO SERVICES IN THE HUSM MEDICAL CLINIC II SECTOR

AUTHOR: Tatiana Bianchini Fraga

ADVISOR: Caroline Goerck

This Course Conclusion Paper aims to address an area of Social Service in health from the perspective of networking, the basis for the development of the intervention project, carried out in the Medical Clinic II sector of the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) , in 2019, in which the curricular internship of the Social Work course was developed. The work is supported by the experience of the curricular internship (A and B), through bibliographic review and reflections of the experiences arising from the internship in Social Work at the Federal University of Santa Maria (UFSM). Such knowledge that generated the intervention process, occurred through identification, through documents such as field diaries and institutional analysis. Informing users and their families about access to the rights and public policies involved through the demands raised, motivated the development of the intervention project, which made it possible to clarify the HUSM network work, within the hospital as a whole, as well as, through partner institutions, took place through booklets distributed in the beds, for users and their families. Guidance, information and clarification are professional duties of social workers, so that the intervention project culminated in the realization of the right to information. In this sense, continuous professional improvement is necessary, as well as acting in an interdisciplinary context in a harmonized and creative way, participating strategically in public policies with the team and its users.

Keywords: Networking. Information. Social Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aquarela de Jean Baptiste (1826)	15
Figura 2 – Charge de 1861 – Sátira às más condições higiênicas do Rio de Janeiro.....	17
Figura 3 – Charge sobre Oswaldo Cruz e o saneamento na estrada de ferro Madeira-Mamoré, denominada "Cruzada Oswaldo: os micróbios que escapam"	20
Figura 4 – Médico sanitaria Oswaldo Cruz em um laboratório.....	22
Figura 5 – Registro do acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	32
Figura 6 – Organograma Gerência de atenção à saúde.....	48
Figura 7 – Imagem ilustrativa sobre o trabalho em rede na Saúde Mental do Rio de Janeiro.....	76
Figura 8 – Projeto de Intervenção do Estágio Curricular (A, B) no Setor de Clínica Médica II do HUSM (2019)	77

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CONAD	Conselho de Administração
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira e Serviços Hospitalares
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LOA	Lei Orçamentária Anual
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PAISM	Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNACOM	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, DO BRASIL COLÔNIA, O MOVIMENTO SANITÁRIO ATÉ A CONSTITUIÇÃO DE 1988	13
2.1. A SAÚDE NO BRASIL COLÔNIA (1500 A 1822) E BRASIL IMPERIAL (1828) .	14
2.1.1 Breve síntese sobre o período da República (1889) e o protagonismo de Oswaldo Cruz no início do século XX	18
2.1.2 Lei Eloy Chaves (1923), o marco da Previdência Social.....	22
2.1.3 Anos 50 até o Movimento Sanitário nascente na década de 70	24
2.2 AS REFORMAS SANITÁRIAS DOS ANOS 80 E A REGULAMENTAÇÃO DO SUS	30
3 SERVIÇO SOCIAL E A CONSONÂNCIA COM O SUS	35
3.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM) COMO CAMPO DE ESTÁGIO DO SERVIÇO SOCIAL.....	45
3.2. UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA II	50
3.3. O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO INTERSETORIAL HOSPITALAR	53
4 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL E O PLANO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM E SETOR DE CLÍNICA MÉDICA II: SOB A PERSPECTIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	58
4.1 O TRABALHO EM REDE COMO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA II	66
4.2 REFLEXÕES SOBRE AS DEMANDAS DO TRABALHO EM REDE AO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA II	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por perspectiva central discorrer sobre a historicidade da saúde no Brasil, de modo a perpassar pelo Brasil Colônia, o Movimento Sanitário e o marco da Constituição Federal de 1988. Inclui-se que serão explanadas ainda as atribuições profissionais no âmbito do Serviço Social e os desafios enfrentados pela profissão na política pública de saúde brasileira. De maneira que, conhecer o passado torna-se fundamental para compreendermos o presente, criando-se a possibilidade de transformar a realidade.

A partir disso, observa-se a questão central deste trabalho, o Serviço Social e a saúde, de modo a tornar-se imprescindível referenciar a vivência do Estágio Curricular do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no setor de Clínica Médica II, no ano de 2019.

Acrescenta-se ainda que a saúde é um dos primeiros espaços em que os (as) assistentes sociais atuaram historicamente, entretanto, no princípio, atuaram sob uma perspectiva assistencialista, que culmina com a intenção de ruptura com o conservadorismo. Deste modo, os (as) assistentes sociais atuam na garantia e na defesa dos direitos sociais dos cidadãos em prol da autonomia social e enfrentamento das fragilidades existentes no sistema capitalista que comporta inúmeras contradições sociais.

Para mais, no que se refere a área da saúde, toda informação que minimize o risco de vida dos indivíduos é de suma importância, de mesmo modo que para o processo de tratamento e recuperação. Isto posto, compõe-se o acolhimento, que na perspectiva profissional do Serviço Social, deve contemplar também a família do usuário, até mesmo no término da vida.

À vista disso, a profissão possui um papel extremamente relevante, tanto no aspecto da prevenção, como no tratamento e recuperação, uma vez que a dimensão está pautada sob a ótica social, da qual contém uma concepção e atividades profissionais que não se remetem unicamente a doença biológica/biomédica.

Acrescenta-se também que este Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em categorias que exploram a temática, seguindo a ordem cronológica, ao que tange a historicidade da saúde brasileira. Por fim, encerra-se com as vivências

dos estágios curriculares (A e B) e com a formação acadêmica e profissional em Serviço Social.

Dessa forma, a primeira categoria elencada é a historicidade da saúde no Brasil, sendo estas o Brasil Colônia, Reforma Sanitária e Reforma Constituinte de 1988. Em segundo momento, elucida-se sobre o Serviço Social na saúde, do qual fundamenta-se em alguns autores importantes da área. No terceiro íterim, explanar-se-á sobre a vivência do estágio curricular, bem como, sobre um rebuscado referente ao HUSM. Por fim, no quarto e último ponto será abordado especificamente sobre o setor de Clínica Médica II, local do qual foi realizado o estágio.

Compreende-se ainda que o (a) assistente social, na área da saúde, trabalha de forma articulada com outros profissionais. De modo que, a interdisciplinaridade é uma das características das ações que caracterizam o trabalho em rede no HUSM. A perspectiva interdisciplinar é explorada no trabalho em rede, no espaço de atuação e na efetivação das atribuições e competências profissionais no cotidiano institucional. Neste compreende-se também o mapeamento de tudo que existe em termos de serviços, encaminhamentos, políticas públicas e de direitos, que visam garantir esses acessos.

Enquanto projeto de intervenção do estágio curricular em Serviço Social, objetivou-se a busca pela garantia do acesso à informação, por meio de cartilhas sobre a temática do trabalho em rede, realizado entre o HUSM e outras instituições conveniadas e articuladas com seus respectivos serviços.

Através do projeto de intervenção, buscou-se também garantir a circulação destas informações de forma impressa, de maneira a reforçar e democratizar a informação, uma vez que, a democratização fundamenta-se em uma das atribuições do assistente social, segundo o Código de Ética, no qual garante o acesso à informação e ao direito.

Serão avistados, portanto, no decorrer deste Trabalho de Conclusão de Curso, a diretriz profissional interdisciplinar, assim como, os diversos desafios enfrentados pelos (as) assistentes sociais que atuam na área da saúde e estagiários de Serviço Social. Além disso, será considerado também, o contexto histórico, político e social no qual está inserido o (a) assistente social na área da saúde.

2 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, DO BRASIL COLÔNIA, O MOVIMENTO SANITÁRIO ATÉ A CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 versa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”¹, deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas de forma igualitária e universal, com o objetivo de promover a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

Antes da CF/88, a promoção à saúde na rede hospitalar pública era restrita apenas a 30 milhões de pessoas. Entretanto, através da regulamentação do SUS, por meio da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, um excedente de cerca de 70 milhões de pessoas, passaram a ter direito à saúde. (BRASIL, 2011b).

Tal observação exposta anteriormente é proposital e introduz a forma de denominar o SUS como um marco importante na história da política de saúde no Brasil, conquistado com a luta e a participação da sociedade civil no período do movimento pela redemocratização que o país vivenciava.

Dessa maneira, o capítulo fará uma breve abordagem sobre a evolução histórica da saúde pública no Brasil, bem como, o antes e o depois da regulamentação do SUS. Tal regulamentação ocorreu através da Lei nº 8.080, da qual marca o caminho pela democratização na saúde pública e a abertura para alguns sanitaristas no aparelho do Estado, uma luta pela afirmação dos direitos sociais. (BRASIL, 1990).

Para fins de compreensão da realidade atual no sistema público de saúde, torna-se fundamental conhecer a trajetória histórica e quais as influências que esta sofreu, seja referente a ordem social, econômica ou política que são impossíveis de dissociar.

Isto posto, na medida em que o sistema capitalista avançava, medidas políticas de saúde evoluíram dentro dessa lógica, porém a saúde nunca ocupou lugar central na política do Estado brasileiro. De tal maneira que, apenas em situações de calamidades públicas, das quais resultam em riscos para a sociedade e a economia é que se observam ações, de forma mais efetiva, por parte do Estado, exemplo disso são casos de epidemias.

De acordo com o já pontuado anteriormente, conhecer a trajetória histórica do sistema público de saúde brasileiro é essencial. Logo, será discorrido sinteticamente

¹ Art. 196. (BRASIL, 1988).

no próximo item a evolução histórica da saúde no Brasil, com início no período do Brasil Colonial, de modo a concluir nos governos neoliberais.

2.1. A SAÚDE NO BRASIL COLÔNIA (1500 A 1822) E BRASIL IMPERIAL (1828)

O território colonial foi marcado por um número reduzido de médicos e boticas, “[...] as boticas da Companhia de Jesus foram praticamente os únicos estabelecimentos existentes para o fornecimento de medicamentos à população [...]”. (SOARES, 2001, p, 409). Ainda, o autor supracitado reflete acerca das enfermarias de caridade improvisadas, nessa era comum que alguns padres especializados, vindos da Europa, exercessem o papel de físicos, boticários, barbeiros e cirurgiões, o que “[...] exortava, acima de tudo, o sentimento cristão do enfermo [...]”. (SOARES, 2001, p. 410).

Oportuno acrescentar também que, a maior ênfase dos jesuítas voltava-se para a atenção à “alma pecadora” e não propriamente o corpo doente. Sendo que, até meados do Oitocentos, os boticários que operavam no Brasil respaldavam-se em experiências empíricas, sem fundo acadêmico e em número muito reduzido de graduados nas universidades europeias. (SOARES, 2001).

De forma similar, os serviços médicos existiam apenas nas grandes cidades, como nas capitais de províncias, em Rio de Janeiro e Salvador, por exemplo. Logo, o acesso à saúde era restrito e não universalizado como hoje, pelo contrário, não havia uma diretriz ou modelo de saúde pública e coletiva, contexto que só começou a mudar a partir do século XIX. (SOARES, 2001).

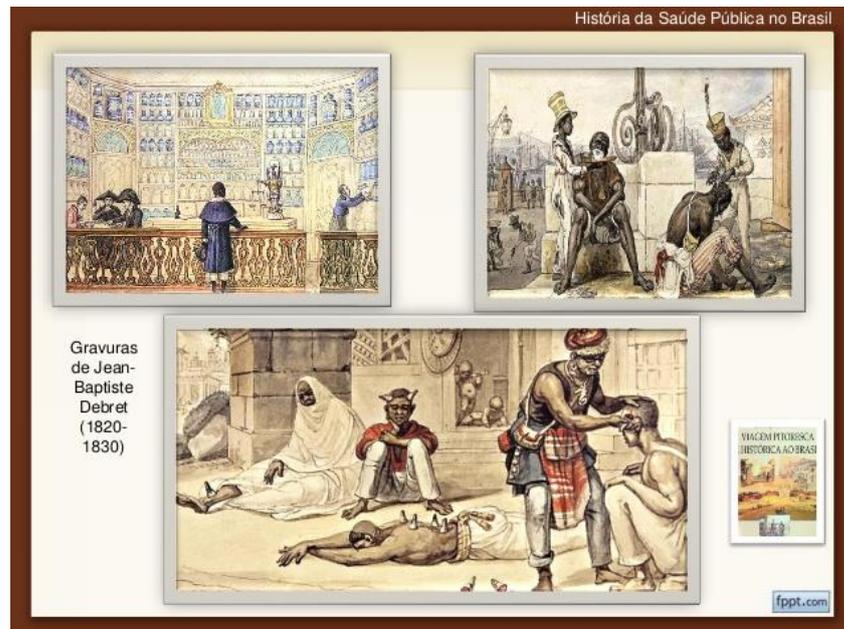
Inteira-se também que o modelo de atenção à saúde no Brasil foi resultado de trocas e experiências entre europeus, índios e africanos, ao que tange a prática médica, fatos que caracterizaram um trânsito de doenças entre os territórios. Complementa-se, trazendo à luz do estudo, as implicações de ordem sanitária, na qual gerava a abertura entre os territórios, acompanhada pela diversidade racial. (OLIVEIRA, 2012).

Isto pois, através dessas aberturas entre os territórios, ocorria de fato o surgimento de algumas enfermidades, exemplo dessas são a malária, doença tropical, peste bubônica, cólera, varíola, filariose e a febre amarela. Assim, ocorreu o

surgimento de distintas intervenções e visões em relação a essas doenças. (OLIVEIRA, 2012).

Cabe ressaltar ainda que neste período, de acordo com Oliveira (2012), os índios desenvolviam os tratamentos, assim como os negros e colonizadores. Tais tratamentos eram realizados através de seus próprios conhecimentos, sendo estes as ervas nativas, feitiços, plantas no qual culturalmente eram utilizadas como meios terapêuticos. Estes tratamentos eram as únicas formas de acesso à saúde pública no Brasil deste período. A figura 1 a seguir trata-se de um quadro que representa um cirurgião negro colocando ventosas:

Figura 1 – Aquarela de Jean Baptiste (1826).



Fonte: (MUÑOZ, 2018).

O processo de colocar ventosas nos indivíduos era conhecido como um tratamento natural para melhorar a circulação sanguínea em um local do corpo. De modo que, os escravos libertos e pessoas livres e empobrecidas desempenhavam as funções de curandeiros, parteiros e amas de leite, tratando os problemas de saúde mais urgentes do período para todas as classes sociais. (Queiroz, 2017). Ainda de acordo com o autor

Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, naquela época a capital do Império, fiscalizava e regulamentava as “artes de cura”, incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas. Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. (QUEIROZ, 2017, on-line).

Em consonância com Queiroz (2017), sangradores e parteiras lidavam com casos simples de enfermidades e executavam suas funções de acordo com as orientações de médicos. Por outro lado, os médicos tinham formação acadêmica e diagnosticavam e tratavam as doenças internas do corpo.

No que tange as primeiras instalações de Santas Casas de Misericórdia, a primeira foi inaugurada em 1543, na capitania hereditária por Braz Cubas. Após isso, em 1549 inaugurou-se a segunda em Salvador, por Tomé de Souza. Essas eram constituídas por pessoas de posse da sociedade civil, católicas e empenhadas na realização de obras sociais. (OLIVEIRA, 2012).

Ressalta-se que a criação das Santas Casas e sua expansão, não alcançavam toda a população e não apresentavam efetividade ao combate de problemas de saúde pública, de maneira que muitas pessoas morriam em suas casas sem assistência médica.

O período de transferência da família Real para o Brasil, em 1808, ocorreu durante grandes avanços científicos no mundo, marco que também abarcava a medicina. Esses avanços envolviam importantes estudos sobre a anatomia, dos quais estimularam os primeiros passos para a criação de Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro. (OLIVEIRA, 2012).

Cabe ressaltar ainda que, ao término do período imperial, final do século XIX, o país enfrentava graves questões de saúde pública. Questões estas marcadas pela precariedade das condições sanitárias nos centros urbanos, além dos surtos epidêmicos, sem a existência de legislações e fiscalizações para regulamentar essas questões. (MUÑOZ, 2018). Como modo de ilustrar tal realidade, a figura 2 será apresentada a seguir:

Figura 2 – Charge de 1861 – Sátira às más condições higiênicas do Rio de Janeiro.



Fonte: (MUÑOZ, 2018).

Informa-se ainda que a combinação da falta de estrutura sanitária junto à população, por meio de Leis e fiscalizações, somado ao crescimento populacional e econômico, criaram desigualdades e deficiências na organização de ordem urbana e sanitária. (MUÑOZ, 2018).

Fica evidente, após esta breve explanação, que no período colonial e imperial não havia políticas públicas de saúde no Brasil, de forma que muitos indígenas chegavam ao óbito, pois eram desprovidos de assistência em saúde e devido ao contato com os europeus adquiriam o que o denominavam de “doença de branco”. Ainda, o acesso à saúde era determinado de acordo com a condição social do indivíduo, os menos favorecidos dependiam da filantropia, caridade e crenças, ao contrário dos nobres. Destaca-se que uma das formas de conseguir acesso à saúde se dava através do atendimento das Santas Casas de Misericórdia, ligadas às instituições religiosas, mantidas por meio de doações da comunidade. (MAGALHÃES, 2020).

O ano 1808 foi marcado pela chegada da família Real ao Brasil e com esse evento iniciaram-se as aberturas dos primeiros cursos de medicina no país, realizando a formação dos primeiros médicos em território brasileiro, do quais, de forma gradual

substituíam os médicos estrangeiros. Deste modo, após a independência do Brasil em 1822, sob o comando de D. Pedro II, houve a criação de órgãos para inspecionar a saúde pública e medidas de saneamento básico. Criou-se também a campanha de vacinação contra a varíola, no Rio de Janeiro, no início do século XX, como método para evitar epidemias. (MAGALHÃES, 2020).

Salienta-se ainda que foi período colonial, com a vinda da Família Real ao Brasil (1808), que foram executadas as primeiras ações de saúde pública, implementadas pelos governantes com o intuito de manter a mão-de-obra saudável, assim como os negócios da realeza. Acrescenta-se que o interesse por políticas de saúde no respectivo período estava ligado a interesses econômicos e políticos do Estado, visando a produção de riqueza e sua sustentabilidade, seguindo o velho modelo político aplicado em outros países, como por exemplo a Europa. (BAPTISTA, 2007).

Neste momento, somar-se-á a esta discussão uma breve síntese acerca das primeiras políticas de saúde implementadas no mundo e conseqüentemente no Brasil Colônia, a fim de encerrar esta breve explanação sobre as políticas de saúde do respectivo período. Em vista disso, informa-se as primeiras ações de saúde pública que foram executadas no Brasil, sendo estas:

[...] proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. (BAPTISTA, 2007, p. 32).

De modo a finalizar os apontamentos realizados até o momento sobre o período colonial, ressalta-se que se evidenciou um princípio histórico excludente ao que tange o desenvolvimento de ações que visam a saúde pública brasileira. Assim sendo, no decorrer deste estudo serão abordados os momentos subseqüentes da trajetória histórica da saúde no Brasil.

2.1.1 Breve síntese sobre o período da República (1889) e o protagonismo de Oswaldo Cruz no início do século XX

Importante marco na construção histórica da política de saúde no Brasil foi a Proclamação da República em 1889. O referido período ficou marcado pelo

crescimento econômico da classe burguesa através da produção de café e gado leiteiro (Política do Café com Leite), do qual preconiza o início da industrialização e a ideologia de nacionalidade. (OLIVEIRA, 2012).

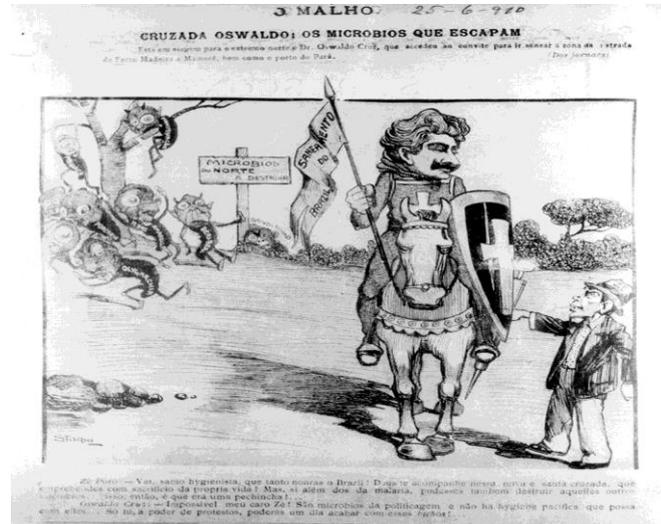
Tais acontecimentos conduziram para uma preocupação maior com a saúde da população, como compreendemos até a atualidade, à medida que nos tempos atuais o sistema capitalista avança, conseqüentemente, as questões de saúde pública pedem urgência. Deste modo, no passado não era diferente, uma vez que, sempre ocorreu uma preocupação em relação ao avanço do crescimento econômico, da população e suas respectivas desigualdades. (OLIVEIRA, 2012).

O ano de 1897, conforme Baptista (2007), foi marcado pela busca de mais conhecimentos relacionados à área da saúde pública, exemplo disso é a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), assim como o incentivo a pesquisas universitárias de medicina, tanto no Brasil quanto no exterior, como por exemplo a criação do Instituto Pasteur e em 1.900 o Instituto Soroterápico Federal, renomeado mais tarde por Instituto Oswaldo Cruz.

A Proclamação da República, feita pelos militares, sucedeu-se como marco para o fim do período do Império e início de uma nova fase, a organização política conhecida como República Velha, no qual durou até a Revolta de 1930. Tal época foi representada por um cenário de hegemonia de poder e riqueza nas mãos de poucos (oligarquias agrárias). Ainda, as questões de saúde da população não eram o centro das preocupações e interesses políticos. Por este fator, no ano de 1.900, no Rio de Janeiro, alastraram-se surtos epidêmicos, em exemplos amplamente conhecidos, as epidemias de malária, varíola e febre amarela. (FIOCRUZ, 2017).

De forma semelhante, o período da República Velha corresponde também ao período em um importante médico sanitarista foi nomeado, Oswaldo Cruz. Tal médico sanitarista foi formado pelo Instituto Pasteur na França, no qual dirigiu o recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), empossado pelo presidente da república Rodrigues Alves. (FIOCRUZ, 2017). A seguir, charge que vislumbra esta época:

Figura 3 – Charge sobre Oswaldo Cruz e o saneamento na estrada de ferro Madeira-Mamoré, denominada "Cruzada Oswaldo: os micróbios que escapam".



Fonte: (FIOCRUZ, 2017).

Além do mais, esse momento histórico refere-se à campanha de saneamento básico em combate aos surtos epidêmicos enfrentados no início do século, tais como a febre amarela, varíola, entre outras. Evidencia-se que Oswaldo Cruz estava à frente da pesquisa das condições sanitárias durante a construção ilustrada na figura acima. (MARTINS, 2007).

Em 1910, Oswaldo Cruz e Belisário Penna foram até o Amazonas como sanitaristas contratados pela empresa responsável pela construção da grandiosa e polêmica Madeira-Mamoré, estrada de ferro conhecida como ferrovia do diabo por consumir a vida de um operário a cada dormente assentado na selva. (MARTINS, 2007, on-line).

O médico e cientista "Oswaldo Cruz" ao aceitar o desafio, empreendeu uma campanha sanitária no qual o objetivo era o combate às principais enfermidades da capital federal: sendo elas a febre, a peste bubônica e a varíola. O médico adotou também estratégias de isolamento dos enfermos, seguido de notificações imediatas de casos positivos, assim como a captura de vetores como mosquitos e ratos, somado à desinfecção de moradias em áreas de risco. (FIOCRUZ, 2017).

Ao combater a febre amarela, na mesma época, Oswaldo Cruz enfrentou vários problemas. Grande parte dos médicos e da população acreditava que

a doença se transmitia pelo contato com as roupas, suor, sangue e secreções de doentes. No entanto, Oswaldo Cruz acreditava em uma nova teoria: o transmissor da febre amarela era um mosquito. Assim, suspendeu as desinfecções, método tradicional no combate à moléstia, e implantou medidas sanitárias com brigadas que percorreram casas, jardins, quintais e ruas, para eliminar focos de insetos. Sua atuação provocou violenta reação popular. (FIOCRUZ, 2017, on-line).

Oswaldo Cruz, de mesma maneira, adotou estratégias de saúde pública até então não vivenciadas pela população, fato que ocasionou certo pânico nas pessoas. Estas condutas endurecidas remetem-se também à campanha que defendia a vacinação em massa, alvo de muita crítica por parte da mídia. Os jornais, por exemplo, lançaram uma campanha contra a medida. (FIOCRUZ, 2017).

Todavia, toda a contestação contrária à campanha de vacinação em massa foi inútil, pois inclusive o Congresso protestou. Assim, o governo venceu todas as rebeliões advindas da população em prol da efetivação do trabalho de Oswaldo Cruz, porém o governo suspendeu a obrigatoriedade da vacina, mas “[...] mesmo assim, em 1907, a febre amarela estava erradicada do Rio de Janeiro. Em 1908, em uma nova epidemia de varíola, a própria população procurou os postos de vacinação”. (FIOCRUZ, 2017, on-line).

No tocante ao médico sanitaria Oswaldo Cruz inclui-se também que ele foi reconhecido como um herói nacional, apesar de todos os obstáculos enfrentados em sua trajetória, por meio de suas estratégias combateu a malária e a febre amarela. Ainda mais, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) leva seu nome devido suas importantes ações. (FIOCRUZ, 2017).

Torna-se válido pontuar ainda que o movimento sanitaria de Oswaldo Cruz também teve sua ênfase no meio rural entre 1.910 e 1.920. Momento esse caracterizado como a segunda fase do movimento, em que a estratégia se sustentava no saneamento rural e o combate às epidemias rurais (malária, mal de Chagas, ancilostomíase). (BAPTISTA, 2007).

Acrescenta-se que a lógica do Estado, porém, não tinha como base a perspectiva do direito à saúde integral. Isto pois, até este momento histórico, por este trabalho explanado, não existia uma política pública com ampla proteção social. Logo abaixo segue uma foto que retrata o médico Oswaldo Cruz realizando pesquisas:

Figura 4 – Médico sanitaria Oswaldo Cruz em um laboratório.



Fonte: (FIOCRUZ, 2017).

Oswaldo Cruz também foi membro da Academia Brasileira de Letras, de 1913 a 1915. Mas, após problemas de saúde, deixou a direção do Instituto Oswaldo Cruz, foi a óbito em 11 de fevereiro de 1917, aos 44 anos de idade, devido a uma insuficiência renal.

Mediante o exposto, está evidente a relevância científica e política do médico sanitaria, bacteriologista, epidemiologista e pioneiro nos estudos das moléstias tropicais. De mesma maneira, Oswaldo Cruz foi essencial no que se refere a trajetória histórica da política de saúde brasileira, sendo, portanto, um sanitaria que mudou o Brasil.

2.1.2 Lei Eloy Chaves (1923), o marco da Previdência Social no Brasil

No início do século passado, por volta de década de 1920, no Brasil, vivenciava-se um momento de transição econômica e social. Afastava-se do velho padrão primário exportador, predominante pelo complexo paulista cafeeiro, para a industrialização, consolidada a partir de 1933. (CANO, 2012).

Dessa forma, alguns fatos sociais e transformações na economia e estrutura política ocorreram concomitantemente com a visão em relação às políticas de saúde pública, incorporados as “As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas pressionavam por ações mais efetivas do Estado na atenção à saúde. [...]”. (BAPTISTA, 2007, p. 35).

Episódio importante de ser destacado é o ocorrido no ano de 1923, período no qual foi proposto por Eloy Chaves, a Lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), voltadas para ferroviários e marítimos, pertencentes as classes mais atuantes neste momento histórico.

Evidencia-se que os benefícios referentes as "CAP's" eram oferecidos por apenas algumas empresas, aquelas de maior porte, sem a contribuição financeira e nem a responsabilidade administrativa do Estado. Ainda, os benefícios eram compostos por socorros médicos, incluindo os trabalhadores, seus familiares e amigos, além de

[...] medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim o direito à assistência em saúde estava restrito, neste período à condição de segurado. (BAPTISTA, 2007, p.36).

Soma-se que a partir de 1930 importantes mudanças na estrutura econômica, política e social aconteceram, sendo as principais: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

Enquanto a era Vargas, esta foi marcada por muitas mudanças ao que tange à classe trabalhadora, uma vez que surgiram alguns anseios populares em busca do reconhecimento de seus direitos e dignidade. Tais anseios foram atendidos pelo Estado, pois este compreendia que se tratava de uma questão decisiva para o andamento sustentável da economia do país.

A política de proteção ao trabalhador iniciada no governo Vargas marca uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais. Algumas políticas foram importantes: a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a Lei do salário-mínimo. Getúlio, o pai dos trabalhadores, como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. (BAPTISTA, 2007, p.37).

Portanto, neste momento histórico e político, observa-se as criações de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), circunstância que representou o princípio das políticas que visavam a proteção social do cidadão brasileiro. Torna-se

válido lembrar ainda que os benefícios de proteção social deste período eram voltados apenas aos trabalhadores contribuintes, não incluíam somente as empresas, mas como também os institutos, exemplo disso são: Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM); Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC) e Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), entre outros. (BAPTISTA, 2007).

Baptista (2007) acrescenta ainda para reflexão que o respectivo rol de benefícios sofria uma discriminação de acordo com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria profissional, portanto, havia a distinção de privilégios entre as categorias, baseado poder econômico de cada indivíduo. Isto posto, as pessoas que não estavam incluídas na medicina previdenciária não teriam o acesso à assistência em saúde de qualidade, contando com serviços de caridade e assistencialismo dos hospitais.

2.1.3 Anos 50 até o Movimento Sanitário nascente na década de 70

Trata-se de um período marcado pelo avanço da economia que partia da agricultura à industrialização, de modo a somar nesta reflexão que as políticas em saúde pública acompanham as mudanças sociais e econômicas no Brasil. Desse modo, referente a classe trabalhadora, especialmente, esse movimento é muito perceptível na história, através do clamor ao Estado por parte do proletariado em busca de direitos e qualidade de vida.

A partir da década de 50, ocorreram ainda alterações ao que tange o sistema de proteção à saúde, isto pois as questões de saúde pública da massa operária diante do polo econômico industrial começaram a sofrer com um ritmo de trabalho mais acelerado, fato que levou à expansão dos serviços de assistência em saúde. Por conseguinte, surgem os grandes hospitais, as tecnologias na área da saúde são desenvolvidas, assim como o notável aumento de planos e convênios de saúde. Tais avanços em assistência hospitalar e saúde ocorrem em um contexto de pós-guerra, do qual uma revolução na prática médica verificava-se no mundo inteiro. (BAPTISTA, 2007).

Também de acordo com a reflexão de Baptista (2007), no contexto pós-guerra, países desenvolvidos da Europa buscaram reerguer suas economias, pautados no

compromisso de justiça social e democracia mantendo a produção econômica, período conhecido como “Estado de Bem-Estar Social” ou “*Welfare State*”.

Entretanto, a realidade brasileira foi diferente, pois não foi instaurada uma política de bem-estar social, conforme observa Baptista (2007)

No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem-estar social, mas ganhou espaço a ideologia “desenvolvimentista” que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento – este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública. (p.39).

Entre os anos 50 e 60 do século XX, o Brasil encontrava-se em um contexto de desenvolvimento de estratégias de melhoria no nível de saúde da população, considerado marco para o princípio das discussões sobre o direito à proteção social e à saúde, conforme a autora supracitada. (BAPTISTA, 2007).

As autoras Araújo e Moraes (2014) compreendem que esses dez anos (entre 1950 e 1960), foram marcados por um ciclo ideológico nacional-desenvolvimentista, ou seja, emergiram debates entre saúde e desenvolvimento, do qual não havia consenso entre os pensadores sanitaristas. As autoras destacam também a importante perspectiva de Mário Magalhães da Silveira e Josué de Castro, expressões fundamentais nesse contexto, que defendiam o sanitarismo desenvolvimentista, pois para eles, o desenvolvimento caminhava junto às ações que contemplassem a melhoria na saúde da população.

Entende-se o desenvolvimentismo como uma “[...] expressão atribuída à estratégia nacional empregada pelos países que começaram sua industrialização nos anos 1930 ou ao final da II Guerra Mundial. [...]”. (ARAÚJO; MORAIS, 2014, p. 10). O desenvolvimentismo possuía ainda um viés nacionalista, visando a construção de um Estado nacional.

Inclui-se que Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), foi o grande mentor na perspectiva do sanitarismo desenvolvimentista, uma vez que defendeu que a saúde era parte de um problema de superestrutura e dependia do desenvolvimento econômico industrial. O mentor discorria também da “[...] necessidade de municipalizar a saúde pública para atender as reais necessidades da população brasileira. [...]”. (SCOREL, 2015, p. 2453). De forma similar, Mário Magalhães da

Silveira, médico sanitário, destacou-se por ser precursor da economia da saúde, pois possuía uma perspectiva no qual considerava um cruzamento entre as variáveis econômicas e demográficas.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro. (BAPTISTA, 2007, p.40).

Ainda nesse cenário desenvolvimentista construiu-se um modelo no qual gerou-se riqueza devido ao avanço industrial. Dessa maneira, novas demandas nos centros urbanos surgiam no âmbito previdenciário e de saúde pública. Sendo assim, nesse momento, as “[...] políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado [...]” (BAPTISTA, 2007, p.40). Constituiu-se então a base para a expansão da saúde no Brasil.

Torna-se válido também, trazer à luz do estudo, os acontecimentos muito importantes do período, tais como a criação do Ministério da Saúde em 1953, espaço do qual estreitou as questões políticas pertinentes da área de forma organizada no Estado brasileiro. Também foram grandes conquistas, a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956, estratégias fundamentais no combate às enfermidades endêmicas na área rural. (BAPTISTA, 2007).

Por conseguinte, após esse período, na década de 60, do século XX, o país atravessou por um momento político expressivo, o golpe militar. Esse golpe gerou mudanças para o sistema sanitário brasileiro, aumentando expressivamente os serviços privados de saúde e um maior contingente de pessoal no sistema previdenciário.

Nesse cenário surgem estratégias exponenciais no sistema previdenciário brasileiro. Sendo estas, a unificação dos IAPs em 1966, assim como a constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A criação do INPS permitiu uma uniformização dos institutos, principalmente em termos dos benefícios prestados, causando certa insatisfação naqueles contribuintes com mais benefícios; afinal, com a unificação, a assistência dos

institutos mais ricos podia também ser usufruída pelos contribuintes de outros institutos, que contribuía com valores menores e não apresentavam uma assistência de tão boa qualidade. (BAPTISTA, 2007, p. 41).

Todavia, uma estratégia de unificação traria alguns obstáculos no que tange o atendimento na assistência à saúde, assim como, muitas migrações para o sistema unificado. Tal unificação resultou nas superlotações dos hospitais e demora para atender as demandas. (BAPTISTA, 2007).

Acentua-se que, após a unificação, todo o poder estava centrado no Estado, o que levou à uma Tecocracia, e conseqüentemente ao clientelismo e a troca de favores, assim como, a barganha e o jogo de privilégios aos aliados ao poder.

Em meados da década de 70 do século XX, ao término do conhecido “milagre econômico”, o contexto era de expoentes desigualdades sociais, assim como a crise política. Dessa forma, surgiram novas estratégias políticas para o governo manter-se no poder.

Estratégias estas materializaram-se no II Plano Nacional de Desenvolvimento, no qual incorporava estratégias de cunho social, focando no desenvolvimento, pautado na interdependência das políticas estatais. Esse foi um importante momento, pois incorporava-se a economia e o social. (BAPTISTA, 2007).

A partir desse momento de abertura política, ocorreu então a expansão dos movimentos sociais que até então sofriam repressão por parte do Estado.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do “movimento sanitário”, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico - Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), dentre outras. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil. (BAPTISTA, 2007, p.42).

Este momento marcou o eminente crescimento da intelectualidade no setor da saúde brasileira, através do desenvolvimento de pesquisas que instauraram um canal de construção para a crítica à sociedade. Assim, envolviam-se as questões de saúde e sociais, perspectiva essa que, efetivamente mudava o modo de assistência à saúde.

Diante disso, o movimento sanitário lutava por um sistema de saúde democrático, do qual defendia o princípio do reconhecimento da saúde enquanto

direito universal, garantido pelo Estado. À vista disso, para o Serviço Social, esse momento histórico é de grande relevância ao que tange o Projeto Ético-Político profissional, uma vez que esse está pautado na garantia de direitos sociais e o pleno exercício de cidadania de forma justa e igualitária, sendo a saúde um direito constitucional e dever do Estado.

Todavia, diante desta temática, torna-se de extrema relevância trazer à luz do estudo a existência da “Carta de Montes Claros”. Assim, essa carta tratou-se de um projeto pautado no princípio da medicina comunitária, no qual profissionais de saúde criaram as bases para a participação da comunidade. O marco cronológico desse projeto realizou-se no ano de 1985, durante a governança de Tancredo Neves e possuía uma série de diretrizes direcionadas às políticas de saúde no Brasil, visto como um expoente laboratório da Reforma Sanitária. (MEIRA et al., 2013).

De fato, neste contexto, não havia um debate político aberto para a comunidade. Somente existia um predomínio político dominado por oligarquias. Porém, tal referencial é importante no que tange ao princípio da democratização do sistema de saúde, uma vez que são acontecimentos que fortaleceram o exercício da democracia e a consolidaram, mesmo que gradualmente. De mesmo modo, fortaleceram-se a atuação dos movimentos sociais, assim como as mudanças essenciais para o campo da saúde.

Consta-se também que o movimento sanitário buscava e busca o fortalecimento das políticas de saúde. Igualmente, pauta-se na perspectiva do direito universal, independente de contribuição ou discriminação. Portanto, a Reforma Sanitária defendia um sistema único, descentralizado e com a participação da sociedade civil no controle social nas ações de saúde.

Por outro lado, o momento histórico mostrava-se ser justamente o contrário, visto que, muitas pessoas encontravam-se desassistidas nos serviços de assistência em saúde, vivenciando a lógica de “cidadania regulada”. (BAPTISTA, 2007).

Por conseguinte, as políticas de saúde implementadas nos anos 70:

[...] a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social; a constituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o Órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. (BAPTISTA, 2007, p.44).

Por consequência, com as medidas dos reformistas sanitários, muitos avanços são perceptíveis no âmbito da universalização do direito à saúde. Um exemplo disso é o propósito de unificar o INAMPS e o Ministério da Saúde, integrando as ações e direcionando-se não somente na assistência em saúde, mas também nas medidas de prevenção.

O movimento sanitário é um marco histórico que mais à frente, teoricamente, representará o alcance de uma política pública de saúde universal e igualitária. A partir disso, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual será abordado neste trabalho.

Destarte, surge assim o avanço da concepção de saúde no Brasil, através da ampliação do debate e do investimento em políticas na área social. De forma conjunta, ocorre expressivo crescimento dos serviços públicos e fortalecimento do setor privado no setor médico-empresarial.

Assim começa um novo ciclo no campo das políticas públicas de saúde, sob uma nova perspectiva. Sendo um fator importante a ser destacado nessa trajetória, a participação da comunidade nas ações que envolvem as questões sociais, fator de grande relevância, rumo à democracia.

O SUS é fruto da Reforma Sanitária, no qual ainda está em execução, a luta não para e há muitas lacunas ainda na assistência à saúde pública a serem enfrentadas. Porém, a participação democrática da sociedade civil e a ampliação ao debate junto às autoridades representam um caminho justo e equilibrado em prol de mais conquistas.

Posto isso, o final da década de 70 (século XX), no âmbito da política de saúde brasileira, pairava ainda a perspectiva da ampliação da discussão sobre a reforma na saúde, tanto no movimento médico quanto no popular. Ainda, algumas posições das agências estatais ao que tange o nascente movimento sanitário brasileiro foram criadas, sendo destacado especialmente o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ambos correspondiam ao final da década de 70, conforme pontuam Paiva e Teixeira (2014).

A relevância na explanação dos respectivos programas, justifica-se devido a representação das ideias dos mesmos, pois voltavam para a questão da medicina social, tema pertinente para este trabalho. Então, a criação do PIASS foi em agosto de 1976 e vinculava-se ao Ministério da Saúde. (ESCOREL, 1999 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Plausível destacar também os objetivos do PIASS, sendo estes: foco na descentralização, hierarquização e regionalização da atenção e da assistência médica. Inclui-se que o PIASS “[...] tinha em vista a expansão da rede de atenção primária em saúde em municípios do interior”. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.21).

A criação da ABRASCO, em 1979, que segundo Paiva e Teixeira (2014), teve seu foco na organização nos programas de Pós-graduação no campo da saúde pública, medicina social e saúde coletiva.

Mediante ao exposto, são pontos relevantes ao compreender o atual propósito do SUS, no que tange os princípios e diretrizes, de modo que compreendemos que as mudanças são graduais ao longo da história.

Acontecimento notável, adotado pela Reforma Sanitária no âmbito da saúde coletiva, realizou-se no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde. Esse preconizou a medicina social, no âmbito da saúde pública. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Por fim, discorrer sobre tais acontecimentos pontuais no desenvolvimento da trajetória política da saúde brasileira, que adjuntos com democratização do país, tornam-se cruciais, uma vez que, posteriormente iremos vivenciar a década de 80 do século XX, onde serão expostos os frutos da nascente Reforma Sanitária.

2.2 AS REFORMAS SANITÁRIAS DOS ANOS 80 E A REGULAMENTAÇÃO DO SUS

Em princípio é importante reconhecer a dinâmica da Reforma Sanitária, assim, importante conhecer os atores dessa trajetória, pertencentes a diversas vertentes, sendo algumas de visões antagônicas, conforme observa-se a seguir:

É bom lembrar que a reforma sanitária vem desse movimento de diferentes atores na sociedade: a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso. Esse movimento, portanto, conseguiu colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde. (MENICUCCI, 2014, p.80).

Seguindo nesta linha de pensamento, sabe-se que o SUS é fruto das lutas sociais da população e o (a) assistente social, por sua vez, possui grande relevância nesta trajetória. Conforme Sodré (2010) a reflexão da categoria pauta-se na perspectiva de uma “teoria social crítica” e seu caráter político.

Ressalta-se que o movimento da Reforma Sanitária se iniciou na década de 70, em um período marcado pela busca da democratização. Sendo assim, houve a participação de diversas categorias, tais como estudantes, professores universitários, profissionais de saúde, entre outros. (Paim, 2008). Logo, na sequência deste estudo será exposto, de modo comentado cronologicamente, sobre a trajetória das reformas sanitárias na década de 80 do século XX, ao finalizar na concretização do SUS.

Paim (2008) explica sobre o fato de a Reforma Sanitária brasileira, sob a ótica social, informando que a mesma pode ter uma relação utópica diante da perspectiva de uma sociedade com modos de vida mais equilibrados no âmbito da saúde. Utópico pois, conforme o autor, a consolidação do sistema capitalista é um fator gerador de desigualdades incessantes. O autor faz sua leitura crítica baseado na teoria marxista, através da estreita contextualização com a realidade brasileira e pela contribuição literária de alguns autores no qual serviram de referencial teórico durante o período, como Gramsci por exemplo.

Paim (2008) justifica sua fundamentação ou inspiração teórica debruçado sob a perspectiva da corrente teórica marxista, isto por ser uma leitura integralizada da realidade. Horizonte no qual desvela as contradições que podem estar amparadas nas estruturas e processos, como a contribuição “gramsciana” ao marxismo.

Neste momento, iniciar-se-á a trajetória histórica das reformas sanitárias. Deste jeito, a década de 80 é marcada pela ideia de assistência em saúde, no tocante da gestão em saúde pública, voltada para o modo de atenção primária e serviço básico. A partir disso, ocorre a 7ª Conferência Nacional da Saúde.

Também neste momento histórico, criou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), um dos fatos no qual preconiza o princípio da configuração atual do SUS, conforme Paim (2008): “O PREVSAÚDE foi então lançado durante a citada Conferência e apresentado aos seus 400 participantes com o aval do Presidente da República e de Ministros de Estado.”. (p.85). O autor comenta ainda que o PREVSAÚDE se pautava nas perspectivas de assistência em saúde e nos serviços básicos, à promoção da melhoria do meio ambiente (abastecimento de água

medidas sanitárias), articulação entre as instituições de modo reorganizado, entre outras medidas.

Na sequência, em 1982 realizou-se a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Logo mais, em 1984 acontece a implantação do Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), já em 1985 a Carta de Montes Claros. Essa carta é um grande referencial ao que se refere à criação do SUS, sendo que o município de Montes Claro é reconhecido como o local no qual foram dados os primeiros passos rumo ao movimento sanitário. O SUS, por sua vez, já trilha seu caminho até chegar ao formato que tem hoje, conforme Cordeiro (2004).

Grande marco para o SUS é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento histórico reconhecido pela discussão sobre a saúde pública, enquanto direito do cidadão, de mesma maneira, nesse momento deu-se início à Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, bem como, o Financiamento do Setor de Saúde. Após isso, a seguir será exposta imagem do momento em que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Figura 5 – Registro do acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: (KRAPP, 2016).

O ano 1987 destaca-se por um fato determinante para o modelo atual de gestão e organização do SUS, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). O SUDS consistia-se em organizar o modo que os municípios e os

estados recebiam os recursos federais, todavia, o mesmo perdurou até 1991, ou seja, até de fato ser implementado no SUS. (CARVALHO, 2013).

Depois disso, em 1988, com a Promulgação da Constituição Federal, efetiva-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme o Art. 196

[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, on-line).

Deste modo, regulamenta-se, de forma complementar, a participação da iniciativa privada na assistência em saúde do SUS, mediante contrato de direito público ou convênio operacionalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (BRASIL, 1990).

A ANS regulamenta e supervisiona os planos de saúde privados, como dito anteriormente, a assistência privada e complementar do SUS é formalizada através de contrato ou convênio, tendo prioridade as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Conveniente mencionar também que, conforme o artigo 196 da CF/88, no qual versa sobre o direito à saúde como um dever do Estado, em seu artigo 199 foi facultada à iniciativa privada a assistência à saúde, assim como, “[...] da iniciativa privada de prestação de serviços essenciais”. (MENDONÇA, 2018, p.10).

Conforme o artigo 199 da CF/88, incisos:

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.; § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988, on-line).

Inclusive, Menicucci (2014) aborda a questão do crescimento dos planos de saúde neste período, ao que se refere como “atores forjados”. Isto pois, dentro de uma política de saúde pública que, em tese é igualitária e universal, em meio a um solo fértil para a incorporação de planos de saúde pelas empresas, há somente poucos trabalhadores formais, num contexto de extremas desigualdades.

Além dos convênios, é importante chamar a atenção para a decisão, também da década de 1980, quanto aos incentivos fiscais dados inicialmente às empresas empregadoras para deduzir de seus lucros o gasto com a assistência à saúde para seus empregados e, portanto, obter redução no imposto de renda. Posteriormente, quando o mercado se expande também fora das empresas, vendendo planos de saúde individuais, verificaremos

mais uma vez os incentivos fiscais para pessoas físicas, a renúncia fiscal, podendo ser descontados no imposto de renda os gastos com a saúde. (MENIUCCI, 2014, p.80).

Seguindo nesta linha de raciocínio, Menicucci (2014) aborda sobre a razão de os planos de saúde serem ofertados por empresas, sendo esta a vantagem em incentivos fiscais que podem ser contabilizados como gastos públicos. Tal ação reflete-se em uma proposta alternativa na política da saúde e com o propósito real do sistema público de saúde. Portanto a regulação do setor privado, “[...] só ocorrerá no final da década de 1990: em 1999, pela lei que regulamenta os planos privados, e em 2000 pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [...]”. (MENIUCCI, 2014, p.81).

Acontecimento a ser destacado também é a regulamentação do SUS através da Lei Orgânica da Saúde, em 1990. (BRASIL, 1990a). Enquanto a Lei nº 8.142, de 1990 passou a regulamentar a participação da comunidade na gestão do SUS. Regula também as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. (BRASIL, 1990b). A criação das leis mencionadas coincide com o início da criação dos Conselhos de Saúde, sendo esses o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (PAIM, 2008).

O SUS fundamenta-se na Constituição Federativa brasileira de 1988 e na Lei 8.080. De acordo com isso, seus princípios e diretrizes do SUS podem ser divididos entre as esferas “técnico assistenciais e técnico gerenciais” e seguem, portanto, os aspectos técnico-assistenciais. (CARVALHO, 2013).

As diretrizes e princípios técnico assistenciais da CF e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica. (CARVALHO, 2013, p.13).

Deste modo, é plausível a afinidade do Serviço Social com o SUS, pois, ao observar os objetivos de ambos, um enquanto ofício, debruçado em seu projeto ético-político e o outro enquanto política pública.

3 SERVIÇO SOCIAL E A CONSONÂNCIA COM O SUS

A historicidade do Serviço Social, assim como a atuação profissional no âmbito da saúde compreendem-se na articulação com momentos políticos, sociais e econômicos em que o Brasil atravessou nas últimas décadas. Sendo que os principais movimentos históricos influenciaram e influenciam essa trajetória, por isso, serão brevemente explanados no presente capítulo.

No início deste estudo é importante o resgate da história brasileira, bem como, do Serviço Social enquanto profissão. Desse modo, cabe refletir a respeito do objeto de estudo de assistentes sociais, a questão social, e compreender o momento em que houve o reconhecimento político e social que levou a consolidação da profissão.

A questão social no Brasil, até meados dos anos 1930, era vista como “caso de polícia”. De acordo com Abramides (2016):

[...] Vargas, durante o Estado Novo, foi obrigado a regular as relações entre capital e trabalho, para o crescimento econômico do capitalismo e, conseqüentemente, para ampliar suas taxas de lucro. [...] (p. 458).

Consoante a este marco histórico, que aponta para o desenvolvimento industrial e da produção em massa, através do modelo fordista-taylorista, é evidente a ampliação da classe operária, na lógica entre a relação capital versus trabalho. De encontro com isso, o Estado criou alguns programas sociais (1937 a 1945), apesar do perfil paternalista, com traços de autoritarismo e centralização.

Assim, o Estado atentava-se para uma questão estava tomando grandes proporções, ao que tange as reivindicações dos trabalhadores. Nesse momento é que ocorre o nascimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), acompanhado do sindicalismo, assim como, do controle do operariado por parte do Estado.

Conseqüentemente, em 1936 foi criada a profissão de assistente social, sendo institucionalizada em 1945. Essa constituição ocorreu em contexto político caracterizado pela expansão da classe trabalhadora. Perceptível assim, neste momento, os conflitos gerados a partir da relação capital versus trabalho, de modo que, a atuação profissional concretizava-se nas expressões da questão social, marcadas pelo reconhecimento da questão social. (ABRAMIDES, 2016).

Ao passo que, essencial trazer à luz alguns acontecimentos importantes de ordem histórico-social, antes de adentrarmos na atuação do Serviço Social na saúde.

Como por exemplo, a criação do primeiro curso de Serviço Social, no ano de 1936 em São Paulo, através de um grupo de militância da Igreja Católica. Em 1972, o primeiro programa de mestrado, e 1981 o primeiro doutorado, assim como, a criação do Conselho Federal de Assistentes Sociais, no qual, a partir de 1993, designado Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS). (ABRAMIDES, 2016).

O Projeto Ético-Político profissional pressupõe a direção social da profissão nos anos 1980, articulado à classe trabalhadora, do qual carrega as seguintes bases: Lei de Regulamentação da Profissão (1993), Diretrizes Curriculares (1996) e o Código de Ética (1993). (ABRAMIDES, 2016).

Mediante o exposto, pode-se compreender o princípio do Serviço Social no Brasil, regulamentada em 1957 com a Lei nº 3.252. (BRASIL, 1957). Esse breve rebuscado é importante para esclarecer a relevância dos acontecimentos políticos na atuação profissional, assim como, a evolução da profissão até alcançar sua consolidação. Isto pois, a história do país e o Serviço Social não podem ser analisadas de forma desassociada, uma vez que, é perceptível um processo, em plena construção na saúde e a atuação do Serviço Social.

A atuação de assistentes sociais na saúde inicia-se em 1945, em consonância a expansão do capitalismo no Brasil. Deste modo, assistentes sociais inserem-se a partir da perspectiva “biopsicossocial” do sujeito. Esse olhar compreende a uma forma integrada de tratamento, pois vai além da doença, ao contemplar também as questões e fragilidades sociais envolvidas, tratando o sujeito de forma integralizada.

O modelo biopsicossocial foi defendido e elaborado por Engels em 1997, no qual aborda a saúde como um fenômeno radicado na organização social. Uma vez que, a doença não tem apenas uma causa (uni causal) conforme o modelo biomédico, pois o ambiente também influencia. Ademais, a crítica do modelo psicossocial foca na relação saúde-doença como um processo que não é fixo, englobando todas as noções científicas inseridas ao sujeito. (COSTA, 2012).

Conforme Carvalho (2013), a história da saúde no Brasil perpassa primeiramente pela filantropia, mais especificamente pelo cunho filantrópico religioso. Nisso, o Estado exercia seu papel de modo complementar e com maior ênfase em estados de epidemias, através de ações que envolvem saneamento básico e vacinação, a título de exemplo a campanha de vacinação contra varíola e o saneamento do Rio de Janeiro, no final do século XIX e início do século XX.

Acerca de outros acontecimentos importantes, atrelados à história da saúde brasileira, pontua-se a Lei Eloy Chaves de 1923. A Lei Eloy Chaves versa sobre a saúde dos trabalhadores que passa a ser incorporada à previdência, através de caixas de pensões e institutos. Esse percurso continua até chegar ao INPS, o atual INSS, referenciado a 3ª Conferência Nacional de Saúde, no final de 1963. (CARVALHO, 2013).

O direito ao acesso a saúde é garantido através da Constituição Federal de 1988, reconhecida como um direito universal. Nesse momento, as condições de acesso a saúde são declaradas e consideradas de relevância pública, sendo essas relacionadas a: condições da alimentação, moradia, transporte, lazer, educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda, acesso à serviços de saúde. Dessa forma, ao analisar saúde e Serviço Social, torna-se importante considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Conforme a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)

[...] os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. [...] (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78 apud COSTA, 2012, on-line).

Ademais, o SUS, regulamentado através da Lei 8.080 (1990), regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Inclui-se que esse exerce seu papel por meio de ações de promoção, proteção e recuperação, bem como, atendimento integral, com prioridade as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, de forma que, o seu acesso tem como premissa ser igualitário e universal, entre outros pontos. (BRASIL, 1990a).

Ao relacionar a atuação profissional de assistentes sociais na saúde é fundamental a articulação e domínio com as políticas públicas que envolvem a área da saúde. Assim sendo, o SUS é a legislação de maior embasamento referencial, sem perder de vista o poder do Estado, responsável pela formulação de políticas públicas, no qual visam a redução de agravos à saúde.

No âmbito da saúde, podemos referenciar o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária enquanto acontecimentos relevantes da trajetória histórico profissional. Essas circunstâncias deram-se em um contexto político de redemocratização, após a intenção de ruptura com o conservadorismo, ocorrida em

meados dos anos 80. De forma que, é a partir dos anos 80 que se realizaram os principais avanços na área da saúde, bem como, a intenção de ruptura citada acima e o embasamento na tradição marxista.

Conforme Bravo (1998), os avanços do Serviço Social na saúde estão vinculados a apresentação das diferentes requisições para a profissão em 1990, em um contexto político neoliberal. Nesse momento, dois projetos políticos encontravam-se em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto de Reforma Sanitária, conforme os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (CFESS, 2009, p. 15).

A privatização na saúde representa um retrocesso no âmbito dos direitos sociais, uma vez que, a iniciativa privada participa do SUS de forma complementar, mediante o pagamento do Estado. De modo que, efetiva-se, através de recursos públicos, a prestação de serviços como: assistência médica, hospitalar e ambulatorial.

Ressalta-se então, a mercantilização da saúde, na qual reforça a ideia de assistencialismo e a inexistência da viabilização de direitos, como a participação da comunidade e controle social democrático. Opondo-se, dessa forma, ao propósito do SUS, do qual propõe consultar a população ao planejar diretrizes para a formulação de política pública de saúde, por meio de conselhos e conferências. Assim, coloca-se em risco o exercício pleno de cidadania e liberdade.

Reúne-se também que, a Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático, ou seja, a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Entretanto, ao inserir-se a mercantilização da saúde, o SUS distancia-se do que foi proposto no movimento sanitário. De tal maneira que, a universalidade não foi efetivada, mas, alguns avanços são reais, tais como: o sistema de vigilância epidemiológica e sanitária, os progressos em alta complexidade, entre outros.

A categoria profissional de assistente sociais, dessa forma, se estabelecem por possuir um papel importante, o de levantar a bandeira em defesa do sistema público de saúde, universalizado, igualitário, para que se materialize de fato, como direito social, tendo como norte o Projeto Ético-político profissional. A partir disso, pode-se refletir sobre a direção da atuação profissional do Serviço Social, já que na década de

90 vivenciou-se a tendência hegemônica de ruptura ao conservadorismo. Assim sendo, evidencia-se uma direção mais focada na intervenção profissional, vinculada ao estudo teórico, pela fragilidade das políticas públicas de saúde.

Logo, no que diz respeito a prestação de serviços à população, a atuação profissional tem como importante ferramenta o Código de Ética da profissão, que propõe como ferramentas de trabalho a assessoria, a função de planejar, de gestão e de mobilização. (CFESS, 2009). De acordo com isso, a profissão possui articulação ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela efetividade do SUS. De forma que, tanto a Lei de Regulamentação da Profissão, quanto o Código de Ética, são documentos que sustentam a prática profissional, de suma relevância para a atuação na área da saúde.

Totaliza-se também que as atribuições profissionais do Serviço Social na área da saúde relacionam-se com a compreensão do significado social da profissão, ao desvelar e intervir, a partir de uma análise crítica das possibilidades de ações que essa realidade engloba. Ainda, pode-se refletir acerca da capacidade de identificar as demandas, a fim de formular respostas. (CFESS, 2009).

Enquanto no âmbito hospitalar, localizam-se desafios de ordem patológica, psicológica e social, que representam a fundamentação em um trabalho interdisciplinar, em conjunto com outros profissionais da equipe. Em destaque, o propósito do Serviço Social, o enfrentamento da questão social.

Ao pensar Serviço Social e saúde, torna-se fundamental o conhecimento dos conceitos que envolvem a interdisciplinaridade e intersetorialidade, no qual caracterizam o trabalho articulado a outros profissionais. Tal percepção é presente no cotidiano profissional, bem como, as atribuições e competências, que possuem extrema importância na prática profissional, das quais envolvem gestão e assessoria, por meio do uso da escuta sensível.

Os(as) assistentes sociais tem fundamental importância no processo de contribuir para que o projeto ético-político da profissão seja efetivado. Sendo assim, de modo a enfatizar as determinações sociais e culturais e preservar a identidade profissional, a intervenção de assistentes sociais na saúde constitui-se

[...] a partir de quatro eixos de ação, a saber: ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2009, p. 9).

Sobre esses eixos é importante ressaltar que os mesmos não podem ser compreendidos de forma dividida, mas incorporados em uma concepção de totalidade. Pois, superar a fragmentação dos serviços consiste em uma das competências profissionais. Isto pois, a intersectorialidade representa a idealização de um sistema de comunicação profissional interligado, remetendo-se as políticas sociais e a gestão das mesmas, de modo que é uma articulação entre instituições governamentais e a sociedade civil. (CFESS, 2009).

No tocante a historicidade das políticas de saúde, pode-se compreender que a luta pela efetividade plena da Reforma Sanitária consiste em um dos enfrentamentos da categoria de assistentes sociais. Isso porque, o projeto da profissão defende a democratização na saúde, fator que integra os assistentes sociais nas diversas áreas desse ramo.

Compreende-se a postura política dos (as) assistentes sociais, em defesa da saúde pública, por meio dos mecanismos democráticos que abrem espaço para o diálogo. Conseqüentemente, a luta consiste pela proposta do SUS que foi pensando pela Reforma Sanitária, no qual são compartilhados os ideais ético-políticos, conforme segue:

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de setenta, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, como já foi explicitado anteriormente. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central. (CFESS, 2009, p. 17).

As práticas profissionais dos (as) assistentes sociais, alinhadas com o Projeto ético-político, a Lei de Regulamentação da profissão e o vigente Código de Ética, suscitam a reflexão crítica das políticas sociais, por isso, na saúde tal reflexão não faria sentido se não fosse pela lógica da democratização. A democratização na saúde, portanto, compreende em facilitar a acessibilidade dos usuários aos serviços; buscar o trabalho em equipe; estimular a intersectorialidade; contribuir para a construção de espaços que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões; prestar assessoria aos movimentos sociais, entre outros. (CFESS, 2009).

Na esfera da saúde pública, a perspectiva do Serviço Social, centra-se no questionamento das políticas neoliberais e na defesa e efetivação da universalidade igualitária, etc.

A década de 70 corresponde ao período inicial de ideias democráticas no âmbito da medicina social. De mesmo modo, coincide ao período em que se principia a Reforma Sanitária brasileira.

Enquanto no âmbito do Serviço Social, é importante destacar não somente a trajetória política da saúde brasileira, mas também o modo em que a profissão atua na defesa e na garantia dos direitos sociais, bem como, contribui para o sistema democrático.

O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), conforme explanam Bravo e Matos (2009), foi um dos principais veículos de elaboração teórica do Serviço Social, entre 1965 a 1975. Veículo este que adaptou a profissão as exigências postas pelos processos sociais e políticos pós 1964.

Diante disso, a perspectiva profissional, com parâmetros extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, no qual não questionava a ordem sócio-política, engessavam a profissão sob uma perspectiva teórica e metodológica. (BRAVO; MATOS, 2009).

A prática curativa da profissão também é apontada por Bravo e Matos (2009), mais especialmente na assistência médica previdenciária. Prática curativa esta que, enfatizava certa psicologização das relações sociais e das concessões de benefícios.

Após referido momento do Serviço Social, diante do período da Reforma Sanitária, torna-se pertinente apontar ainda que apesar da distensão política da Reforma Sanitária, a categoria profissional do Serviço Social não se alterou na área da saúde. Dado que, entre 1974 a 1979 o trabalho profissional seguiu sob a perspectiva “modernizadora”, tendo o Serviço Social como tema integrador no processo de desenvolvimento, de forma que atenda as demandas conforme a “racionalidade burocrática”. (BRAVO; MATOS, 2009).

Seguindo este pensamento, pode-se perceber, de forma mais explícita, o papel do (a) assistente social ao lidar com vidas humanas. Sendo este um campo fértil para esse profissional que trata e defende as questões humanas, da mesma maneira que, busca superar a autonomia e a liberdade dos sujeitos.

Desde que a medicina passou a considerar também os fatores sociais, ou seja, as condições de vida das pessoas ao lidar com o tratamento e a recuperação, a área

da saúde humana passou a contemplar espaços importantes para a atuação profissional do Serviço Social. Desse modo, pode-se relacionar os determinantes sociais no processo saúde-doença, no qual compõem a legislação do SUS, revelando-se o Serviço Social como uma competência articuladora entre as demais profissões ao que tange a intersectorialidade e a interdisciplinaridade, fortalecendo as equipes de saúde.

Compreende-se, portanto, que ao tratar sobre a questão da saúde deve-se considerar também as condições de vida e de trabalho, bem como, os processos de industrialização e urbanização dos quais podem ocasionar diversos problemas de ordem sanitária. Diante disso, os DSS expressam-se na situação da saúde dos indivíduos, ou seja, nas condições sociais no qual a vida dos indivíduos transcorre, sendo essa a relevância dos DSS. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ao percorrer a ordem de alguns acontecimentos importantes na trajetória do SUS e do universo das reformas sanitárias do Brasil, observa-se, no âmbito do Serviço Social, que existe uma forte percepção do profissional enquanto articulador na equipe de saúde. Sendo, desse modo, a comunicação uma competência bastante valorizada na conduta profissional, notória enquanto vivência no estágio curricular do curso de Serviço Social.

Em vista disso, canais institucionais no qual permitam a verbalização e a efetivação profissional, ao representar o usuário enquanto cidadão, tornam-se coerentes, além de fortalecer a democracia. Nesse aspecto, pode-se referenciar também os Conselhos e as Conferências, através da Lei 8.142 de Controle Social. (BRASIL, 1990b).

A criação dos Conselhos foi uma iniciativa muito importante no processo de democratização na saúde. Nestes, os cidadãos, a partir desse momento, podem ser representados por seus conselheiros, dos quais lutam e discutem em prol dos interesses em comum, para a realização da construção das políticas públicas de saúde.

Seguindo no âmbito das reformas sanitárias, em 1991 ocorreu a criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). Tais comissões são canais de comunicação onde são exteriorizadas as demandas no âmbito da gestão do SUS respectivamente, entre municípios, estados e união e municípios com estados. (BRASIL, 2015).

Na sequência, em 1992, ocorre a 9ª Conferência Nacional de Saúde e, em 1993, a extinção do INAMPS e a criação do Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS), um instrumento de operacionalização do SUS. A NOB/SUS também ordena o processo de regionalização de assistência nos estados e Distrito Federal, entre outros. (BRASIL, 1997).

O momento referido também foi marcado por muitos acontecimentos importantes na trajetória da política da saúde, sendo a partir desse momento observado através da perspectiva do direito à saúde, como dever do Estado, enormes avanços, apesar de, enfrentar-se ainda muitos obstáculos.

Em concordância com Sodré (2010), o profissional do Serviço Social inserido na saúde possui um caráter politizado que luta por um SUS menos biomédico. Ainda, a partir da sua diversidade de serviços prestados, tal conduta contribuiu junto ao debate acerca dos determinantes sociais.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (SODRÉ, 2010, p. 456).

Consoante a essa reflexão, a relação do (a) assistente social junto a saúde do trabalhador, pode ser relacionada com sua inserção, de modo significativo, no período da industrialização, nos anos 1990, contexto marcado pela transição fordismo-taylorismo sob a perspectiva da exploração da classe trabalhadora. (SODRÉ, 2010).

Seguindo nesta linha de pensamento, chega-se aos conceitos de saúde pública e saúde coletiva, áreas das quais, no âmbito do Serviço Social, são férteis para a atuação profissional, de mesmo modo, as políticas públicas de saúde e ao Estado, enquanto provedor.

Constata-se também a importância de o (a) profissional da saúde considerar os determinantes sociais sobre a saúde humana, ponto crucial ao realizar a leitura crítica da realidade do (a) usuário (a), para então de fato intervir. Neste contexto, é fundamental ainda o conhecimento sobre o estilo de vida saudável, ressalta-se assim, um importante acontecimento dos anos 2000, a inserção de agentes comunitários de

saúde. Agentes esse que passaram a atuar no sentido de proporcionar uma diretriz para os demais profissionais de saúde, através de suas visitas. (SODRÉ, 2010).

Sobre as visitas domiciliares, essas incorporam um modelo flexível de saúde, reconhecida como ferramenta de trabalho do (a) assistente social. Ao que tange as visitas dos agentes comunitários, salienta-se a ausência da politização, da qual impulsiona certo prejuízo, tanto no campo de debate junto à população, tanto quanto ao poder público. (SODRÉ, 2010).

Debate também relevante na política de saúde é a participação da comunidade como gestão participativa, desde o SUS Constituinte de 1988, assim como, o controle social do Estado junto à sociedade. De modo que, não chegar-se-ia até este formato, sob a lógica da saúde coletiva e descentralizada, sem o Movimento da Reforma Sanitária, Campos (2018) valoriza este momento em seu estudo, pois o relaciona à implementação do SUS e o direito à saúde universal.

Um dos principais componentes desse Movimento é constituído pelos trabalhadores, docentes, investigadores e estudantes de saúde. Em realidade, participam do Movimento apenas uma parcela destes trabalhadores, particularmente os de Saúde Coletiva, da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Mental, dos programas de combate à AIDS/DST, entre outros. O CEBES e a Abrasco, entre várias associações, vêm congregando estes ativistas. As Universidades Públicas têm jogado papel decisivo na divulgação destas doutrinas e na formação de profissionais com visão reflexiva e dispostos a combinar o trabalho sanitário com ativismo democrático. (CAMPOS, 2018, p. 1710).

Consoante a reflexão, considera-se a relevância do ativismo na construção da política de saúde (SUS), fato que permitiu a consolidação de um sistema democrático, pautado na cogestão dos trabalhadores. Campos (2018) complementa seu estudo ao elencar as principais Políticas Nacionais do SUS:

Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Controle da AIDS/DST, Política Nacional de Atenção Básica, de Atenção Hospitalar, de Saúde Bucal, de Urgência e Emergência, Humaniza/SUS, de Educação Permanente, entre outras. (p.1710).

O reforço na gestão entre os Conselhos, Conferências e Comissões Tripartite foram de fundamental importância para a consolidação do SUS, pois estes espaços proporcionam o debate. Além disso, com a presença desses, o SUS se fortalece e amplia seu sistema. Imediatamente, o contrário disso é um passo ao desmonte e fragmentação do SUS. (CAMPOS, 2018).

Enfim, Campos (2018) menciona os anos 2000 como um momento marcado, na primeira década, por lutas sociais em prol de desempregados, indígenas, negros e meio ambiente, do mesmo jeito que, contra a pobreza e, entre outras questões ligadas à terra.

Diante do que foi exposto, cabe finalizar a reflexão com a compreensão de que o SUS é um avanço, isto pois, o mesmo tem mais de 30 anos e assegura o direito universal, além da integralidade das ações e serviços de saúde. Por isso, os (as) assistentes sociais possuem a responsabilidade de defender o direito à saúde, em favor das necessidades e dos direitos dos cidadãos.

3.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM) COMO CAMPO DE ESTÁGIO DO SERVIÇO SOCIAL

O HUSM caracteriza-se por ser um hospital de ensino público, de nível terciário e que atende 100% via SUS, consoante informação extraída do website do hospital, em 04 de janeiro de 2021.

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. (BRASIL, [s.d.]a, on-line).

O hospital destaca-se também pelos seus indicadores de cura, sendo de grande relevância nas leucemias de infância. Também é importante destacar sua grande atuação no Serviço de Oncologia Pediátrica, se colocando como referência nacional. Entre os demais destaques, realiza-se Transplante de Medula Óssea (TMO), assim como tratamento do câncer de forma ampla. (BRASIL, [s.d.]a).

O HUSM caracteriza-se também por atender e estar habitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACOM), nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica. Oportuno acrescentar ainda que o hospital possui excelentes indicadores de cura, principalmente nas leucemias da infância, equiparando-se aos melhores centros internacionais, conforme seguem seus destaques em assistência. (BRASIL, [s.d.]a).

Válido destacar também os serviços como o de Nefrologia de Alta Complexidade, do qual abrange todos os métodos dialíticos, com foco em transplante renal, assim como, o Serviço de Cardiologia, habilitado no Serviço de Alta Complexidade Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular, Procedimentos em Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos. Destacam-se também a Traumatologia, serviço que atende os pacientes politraumatizados na emergência. Existe também a Traumato-Ortopedia, o Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parental para a região centro-oeste do estado. (BRASIL, [s.d.]a).

O HUSM destaca-se também em ensino, do qual foi contemplado por 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. (BRASIL, [s.d.]a, on-line).

No que concerne aos programas de Residência em Saúde

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. (BRASIL, [s.d.]a, on-line).

O HUSM, enquanto instituição, tem por finalidade a formação profissional, ao desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão, através da assistência a comunidade no âmbito da saúde pública. Acrescenta -se que as Diretrizes e Linhas Estratégicas Institucionais vão de encontro ao aprimoramento do tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão. (BRASIL, [s.d.]a).

Outrossim, a instituição hospitalar tem por objetivo central, portanto, o aprimoramento dos processos em gestão, principalmente na promoção da

assistência, política de gestão de pessoas, política de gestão financeira, modernização da infraestrutura e incremento tecnológico. (BRASIL, [s.d.]a).

Enquanto a Clínica Médica II, a mesma tem por finalidade prestar assistência integral, humanizada e de qualidade aos pacientes no diagnóstico, tratamento, complicações e suporte de doenças infecciosas, de mesma maneira que em todo o processo de internação, até encontrar-se em período de alta, conforme o SUS.

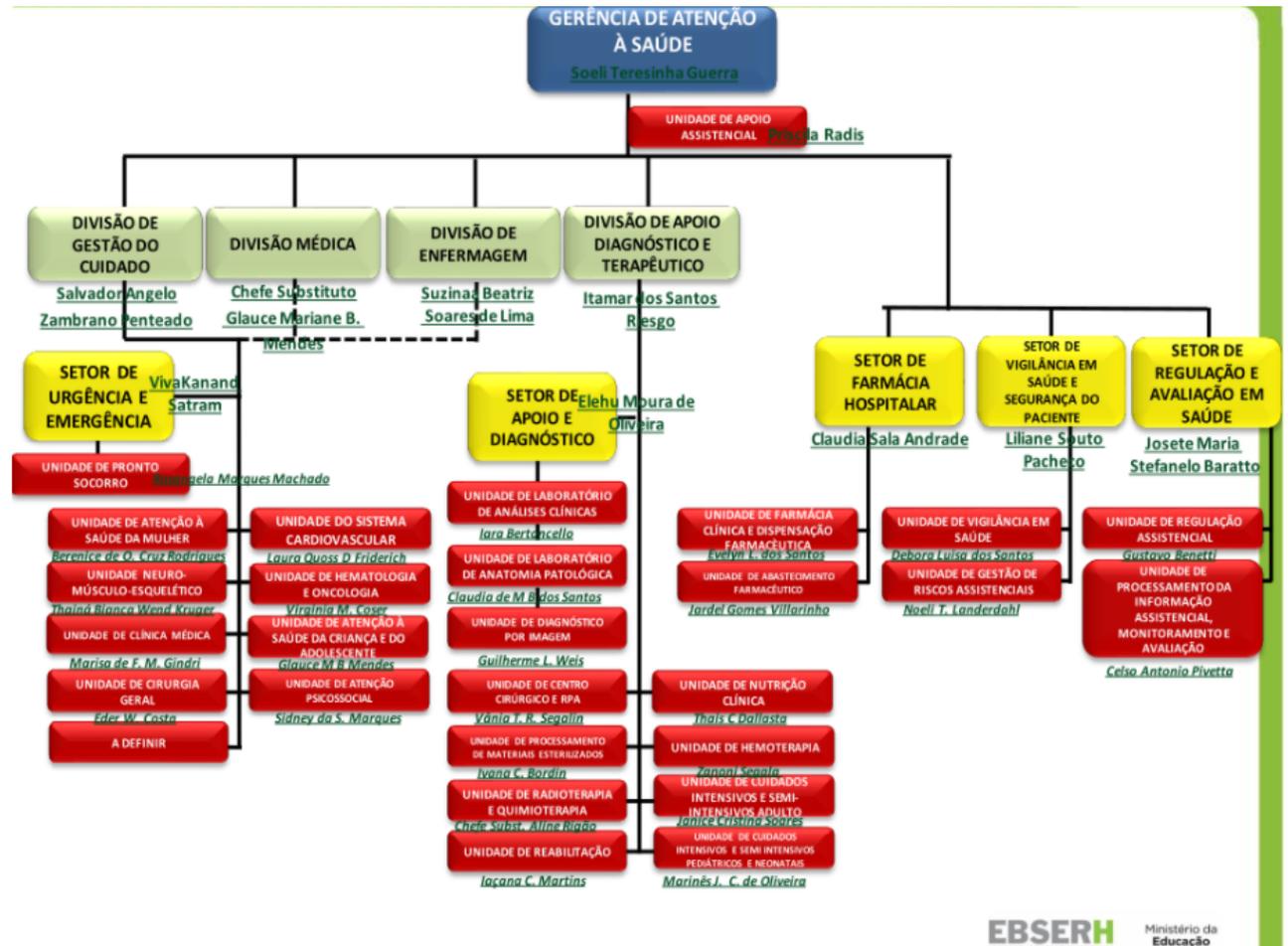
Atualmente, o HUSM é gerido pela Empresa Brasileira e Serviços Hospitalares (EBSERH), através do contrato de gestão de número 263/2013, firmado em 17 de dezembro de 2013, entre a Universidade Federal de Santa Maria e a EBSERH. (EBSERH, 2013). De mesma maneira, o HUSM é mantido por recursos públicos, no âmbito da gestão administrativa, econômica, de ensino e financeira, seguindo a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Conselho de Administração (CONAD), instalado em 2012, é caracterizado por ser o órgão máximo do HUSM, bem como, por possuir caráter consultivo e deliberativo em assuntos administrativos da instituição. Também exerce o controle social previsto na Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, [s.d.]b).

Estruturalmente, o HUSM é subdividido nos seguintes setores: Superintendência, Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa e Gerência de Atenção à Saúde, a unidade Clínica Médica II está inserida na Gerência de Atenção à Saúde, no setor de urgência e emergência.

Subsequentemente está disposto o organograma organizacional quanto à gerência em saúde institucionalmente:

Figura 6 – Organograma Gerência de atenção à saúde.



Fonte: (BRASIL, [s.d.].c).

O Serviço Social iniciou suas atividades no HUSM em 1975, de forma inicial recrutou-se apenas uma profissional, dez anos depois (1985), contratou-se a segunda assistente social, via concurso público. Demarca-se também que o quadro de assistentes sociais do HUSM é reduzido diante da demanda que a instituição atende, uma vez que, o HUSM constitui-se como polo referencial em atendimentos pelo SUS, na região central, incluindo pacientes oriundos da 4ª Coordenadoria de Saúde, referência em atendimento de alta complexidade.

Dessa forma, o quadro limitado de profissionais do Serviço Social, marca um início desafiador na instituição, isto pois, foi necessário restringir as atividades, priorizando-se atendimentos pontuais e emergenciais, o que tornou inviável a capacidade de novas demandas dentro da área da saúde. Diante dessa realidade, o desenvolvimento de ações e projetos na área, voltados para a educação e saúde,

junto aos usuários do HUSM, tornou-se um grande desafio naquele momento, devido à grande demanda para um quadro limitado de assistentes sociais.

A partir de 1995, há uma discreta expansão do Serviço Social na instituição, uma vez que, investiu-se em duas contratações de assistentes sociais, sendo uma para o departamento de Recursos Humanos e outra para a hemato-oncologia. Todavia, a instituição hospitalar seguiu em número reduzido de profissionais, pois as duas pioneiras assistentes sociais aposentaram-se, permanecendo, portanto, duas profissionais para atender a demanda da instituição no respectivo período.

Em 2004, ingressaram duas assistentes sociais, via concurso público. Na sequência, em 2005, assumem outras duas profissionais no Serviço Social. Na atualidade (2020), o quadro de assistentes sociais do HUSM está composto por 14 assistentes sociais, sendo que duas assumem posições de chefia, e o restante atua na assistência social do HUSM.

Enquanto campo de estágio curricular, o HUSM, por ser um referencial em saúde na região central do Rio Grande do Sul, possibilitou um vasto campo de experiências na área do Serviço Social.

Ademais, a noção de interdisciplinaridade, na qual o (a) profissional de Serviço Social, sabidamente é inserido(a) na equipe de saúde, demonstrou-se na forma empírica, sendo notável a relevância do(a) profissional ao superar fragilidades postas pelos usuários durante a recuperação e o tratamento.

A interdisciplinaridade passou a ser entendida como uma condição fundamental no Ensino e na Pesquisa, porém, ainda ocorre nas áreas do conhecimento e também no mundo do trabalho, uma visão comum de que a interdisciplinaridade seria apenas um processo de 'resolução de problemas', que por serem complexos, não poderiam ser trabalhados numa única disciplina. (ALMEIDA; SILVA; REIS, 2013, on-line).

Conforme a reflexão das autoras, a interdisciplinaridade permite o intercâmbio entre as competências profissionais. Exemplo disso é o caso do HUSM, local onde as equipes de saúde se complementam nas suas ações, e o (a) assistente social contribui sob a perspectiva social, junto aos usuários e familiares, no enfrentamento da doença e demais agravos.

Quanto ao atendimento aos usuários, o trabalho em rede é uma característica marcante do exercício profissional do assistente social na saúde, desde a atenção básica, estendido até a média e alta complexidade. Sendo estruturalmente

organizados por unidades da Estratégia de Saúde da Família, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), assim como,

[...] postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. (CFESS, 2009, p.23).

Subsequentemente será caracterizado o setor de Clínica Médica II, local de vivência do estágio curricular I e II.

3.2. UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA II

O Serviço Social do HUSM do setor de Clínica Médica II, articula-se com uma rede de instituições, com o objetivo de atender a demanda em suas especificidades, por meio de uma política social, por exemplo, o espírito coletivo torna-se fundamental para a efetividade do trabalho em rede.

No HUSM, o funcionamento do Serviço Social realiza-se também através da manutenção de canais e mecanismos de articulação com instituições públicas, particulares, Organizações não governamentais (ONGs) e serviços. Tais articulações ocorrem diretamente através de visita institucional ou em contatos telefônicos, como forma de assegurar a qualidade e atenção prestada, com o objetivo de manter a rede ativa.

O surgimento do trabalho em rede se deu na ideia de que seria interessante a troca de informações e saberes do Estado de empresas privadas e da sociedade civil. No decorrer dos anos a globalização tem papel importante nas mudanças ocorridas nas últimas décadas a um nível mundial, no qual existem mais variáveis a serem tratadas na relação desses três ramos para que a rede possa se desenvolver, onde ainda o Estado parece ter o papel principal. (TEIXEIRA; PEREIRA, 2013, p.115-117 apud BOURGUIGNON; BARBOSA, 2017, on-line).

O trabalho em rede externo forma-se pela articulação com órgãos e instituições de apoio parceiras do HUSM, tratando-se do setor de Clínica Médica II, dentre as instituições, podemos citar: a prefeitura municipal de Santa Maria – RS, a secretaria de saúde municipal e estadual, INSS, Lions Clube, Amigos do HUSM, Casas de Apoio como Casa Maria, Casa Vida, entre outros. Os locais citados são reconhecidos como lares, sem fins lucrativos, que servem como suporte para os acompanhantes ou

familiares dos usuários e ou pacientes, como por exemplo, passar a noite para dormir e se alimentar, em casos em que os mesmos, encontram-se desprovidos de um lar, pois, muitos vêm de outras regiões, fora do município.

No âmbito interno do HUSM, evidencia-se a comunicação entre os diversos profissionais que compõem o quadro de recursos humanos do hospital. Portanto, o (a) assistente social faz parte de uma equipe multidisciplinar, respectivamente na unidade em que o mesmo exerce sua função, nesse caso a Clínica Médica II, não excluindo a comunicação com os demais setores do HUSM. Isto pois, de acordo com o Código de Ética do (a) Assistente Social, Art. 10, é dever do assistente social: “d-incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”. (BRASIL, 2011a, p. 32).

A coleta de informações sobre o usuário decorre-se através da entrevista. Nessa o (a) assistente social faz a busca ativa por demandas no leito de internação ou com os responsáveis pelo paciente, de mesmo modo, coleta informações com os diversos profissionais que estão envolvidos no tratamento, zelando pelo sigilo, conforme o Código de Ética profissional.

Além do prontuário médico do paciente, todos os atendimentos são registrados em um sistema de informação do hospital, desde a internação até a alta médica e social. Por isso, também se faz necessária a comunicação da (o) assistente social com os demais profissionais, pelo fato de que há casos em que o paciente tem alta médica, porém não tem alta social. A alta social muitas vezes não é concedida, seja pela fragilidade em termos de estrutura, sendo ela material ou familiar.

Sobre a investigação social do usuário, do ingresso até a alta hospitalar, a autora Cunha (2018) expõe:

O Serviço Social é acionado somente quando o usuário está em processo de alta, ou seja, quando não há conhecimento das demais profissionais acerca da importância da inserção deste profissional de forma multiprofissional na equipe desde o primeiro atendimento, torna-se inviável a resolutividade dessas demandas de modo rápido e qualificado, podendo o paciente ficar em internação social por longos períodos como medida emergencial. (p.14).

Sendo assim, faz-se necessário que o (a) usuário (a) seja atendido (a) pelo Assistente Social no início, isto é, ao ingressar no hospital, o que possibilita uma investigação social da realidade, para que as ações sejam previamente planejadas,

“[...] garantindo efetividade na atuação e permitindo que a alta médica se dê concomitante com a alta social [...]”. (CUNHA, 2018, p.14).

Além disso, a busca pela comunicação entre os setores do ambiente hospitalar é essencial, assim como, o papel do (a) assistente social não pode ser fragmentado ou isolado, a intervenção social só é possível através do aprofundamento da questão. De acordo com Bourguignon e Barbosa (2017)

[...] a intersetorialidade é pauta na maioria dos projetos de intervenção no Serviço Social, também se relaciona com o Estado democrático junto à sociedade, como prática social compartilhada no qual se exige planejamento e avaliação para a ação conjunta. (on-line).

Reflete-se também sobre os grandes desafios no trabalho em rede e a busca pela integração das políticas públicas. Esses se fazem necessários devido ao propósito de superar a fragmentação dos serviços. (BOURGUIGNON, BARBOSA, 2017).

Tratando-se do setor de Clínica Médica II, os usuários e pacientes são atendidos por uma equipe multidisciplinar de saúde, composta por diversos profissionais. Desse modo, o público-alvo são pacientes em tratamento decorrente de patologias infectocontagiosas, pulmonares, cardíacas, entre outras.

O apoio aos usuários, através da orientação, quanto ao acesso ou informação sobre a rede de apoio na saúde dentro do município de Santa Maria, no bairro ou região que o usuário reside é de suma relevância, uma vez que, o usuário que tem alta médica, terá que, na maioria dos casos, seguir seu tratamento ou acompanhamento.

A informação é uma ferramenta importante, no que tange a saúde pública, mais relevante torna-se essa ferramenta. No entanto, ações que promovam a publicidade dos serviços públicos, inseridos na rede de apoio na saúde, tornam-se facilitadores na questão da gestão das demandas.

Todavia, o Serviço Social caracteriza-se como uma profissão multidisciplinar, da qual não pode agir de forma fragmentada, sendo a orientação, através da escuta sensível, consequência do diálogo entre o profissional com o usuário, ou responsável.

A partir da coleta de informações e das respectivas demandas, a intervenção social em áreas deficientes em algum aspecto, torna-se possível de realização, pois,

neste âmbito, o trabalho em rede se faz necessário, pela precarização das políticas sociais.

O fortalecimento dos serviços, bem como dos estudantes e o acesso à informação, são algumas das vantagens do trabalho em rede, explorado de forma efetiva e aberta para os mesmos de forma clara e objetiva. Apesar de muitas vezes enfrentarmos cenários carregados por limitações econômicas, falta de respostas das instituições e serviços públicos, a articulação e a informação desses serviços, podem contribuir positivamente com o tratamento e apoio aos usuários em questão.

3.3. O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO INTERSETORIAL HOSPITALAR

Na área da saúde hospitalar, uma das importantes vertentes teóricas do Serviço Social, pauta-se no documento “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, bem como, na legislação do SUS. Desse modo, são documentos e legislações que explanam conceitos como a intersectorialidade, o trabalho multiprofissional e em rede, de mesma maneira que, as políticas públicas de saúde que envolvem a dinâmica do processo de atendimento e as demandas eminentes compostas no trabalho de intervenção.

Desse modo, vale ressaltar a Constituição Federal de 1988 é composta pelo seguinte tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Então, configura-se com a proposta de universalização, o dever do Estado, os direitos, entre outros elementos.

Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização, a concepção de direito social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2009, p. 10).

A efetivação do direito social na saúde, os aspectos econômicos e sociais que envolvem o processo patológico do usuário, são questões a ser enfrentadas pelo assistente social. Nessa lógica os desafios giram em torno de possíveis questionamentos sobre o exercício do profissional em Serviço social na saúde, as

discussões que surgem, inclusive na Reforma Sanitária, no que tange o projeto ético-político profissional.

Amparam-se também nesta questão, a função do assistente social na saúde, de forma que não cause prejuízos em relação a sua caracterização, nem ocorra de forma fragmentada, uma vez que, o SUS argumenta a necessidade de formar trabalhadores de saúde com visão generalista. (CFESS, 2009).

O fazer profissional do assistente social na saúde, envolve o reconhecimento da questão social na instituição. Assim, a intervenção torna-se possível a partir da reflexão crítica desse contexto, no qual mostra-se passível de transformação, no sentido da promoção de estratégias que buscam superar as fragilidades, de modo a estar atento ao Código de Ética Profissional.

Baseando-se em um atendimento desprovido de preconceitos, conforme o propósito do projeto ético-político do Serviço Social, do qual visa, entre outros desafios, a superação da desigualdade social, a efetivação da equidade e o respeito aos direitos humanos, em um contexto hospitalar público. A respectiva reflexão valoriza e respeita o usuário no seu contexto frágil, que consiste no momento do tratamento e da recuperação de sua saúde.

Consoante a autora Ana Maria de Vasconcelos, em seu livro: “A prática do Serviço Social na Saúde” (2006), citada por Paola Pereira de Oliveira (2009), em seu Trabalho de Conclusão de Curso: “O Serviço Social na Saúde: Trajetória, Demandas e Enfrentamentos no âmbito Hospitalar”, acrescento sua reflexão acerca dos desafios enfrentados pelo (a) assistente social sobre a dor e o sofrimento. A autora valoriza a importância da resposta a essas demandas, sejam em médio ou longo prazo, entretanto, ressalta-se que as mesmas não se resolverão nessa organização. (VASCONCELOS, 2006 apud OLIVEIRA, 2009).

Compreende-se a escuta sensível como a efetivação de um dos instrumentos de trabalho do (a) assistente social. Esse instrumento possui como propósito transformar e confortar essa, todavia, sem deixar de lado a realidade do problema.

Soma-se que a saúde obteve muitos avanços com a Constituição de 88. Tornando-se o SUS, uma política pública de saúde que integra a seguridade social, compreendida como uma estratégia.

O Projeto de Reforma Sanitária teve uma visão democrática, focada na universalização das ações, assim como, na melhoria da qualidade de serviços,

Entretanto, SUS consolidado nos dias atuais está distante do SUS pensado pela Constituição Federal de 1988. (CFESS, 2009).

De modo que, rebuscar a história da trajetória da saúde no Brasil é de suma relevância, uma vez que, traz à luz questões e fatos políticos que impulsionaram mudanças nas legislações, bem como, de como a saúde é tratada no Brasil ao longo da história.

Bravo (2006) reflete, de maneira interessante em seu artigo, intitulado por “Política de Saúde no Brasil”, a trajetória política da saúde no Brasil, desde a intervenção da ação estatal e seus antecedentes, até os dias atuais. Ponto de discussão da autora, crucial no entendimento do papel do Estado, é o novo sistema de política social, contemplado através da Promulgação da Constituição de 1988, como já comentado no segundo capítulo.

Acerca da Política de Saúde na década de 1980, contexto em que processo de democratização política andava junto a uma profunda crise econômica, destaca-se um ganho nesse processo, o debate sobre o tema saúde. Incorpora-se assim, uma dimensão política, da qual os profissionais da saúde passaram a defender as questões mais pertinentes, em prol da melhoria e do fortalecimento do setor público, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (19 e 21 de março de 1986) reconhecida como um marco na definição do SUS. (BRAVO, 2006).

Entretanto, o Projeto da Reforma Sanitária, demanda que o assistente social trabalhe as seguintes questões:

[...] democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2009, p. 15).

O assistente social na área da saúde, atua na garantia dos direitos sociais dos (as) usuários (as), contudo na perspectiva da orientação desses direitos. De mesma maneira, o entendimento das atribuições do profissional é de extrema importância, assim como, as legislações e política públicas envolvidas nos processos de trabalho, a fim de atender as demandas apresentadas pelos (as) usuários.

O (a) assistente social da saúde determina ações e trabalha em conjunto com a equipe multidisciplinar. Além disso, conta com o trabalho em rede, imprescindível

nesse contexto, por meio de um planejamento coletivo, de acordo com as políticas de saúde institucionais.

O Serviço Social na saúde possui instrumentos de trabalho, como por exemplo, protocolos de encaminhamentos, visitas domiciliares, análise da situação socioeconômica, a mobilização da rede de serviços, acolhimentos, linguagem, entrevista, trabalho com grupos, documentação entre muitos outros.

De acordo com Sodré (2010):

A técnica de visita domiciliar é parte da história da profissão do assistente social. Entramos no âmbito privado da vida das pessoas, no espaço residencial, doméstico. Certamente, para usar a linguagem biomédica, um procedimento invasivo. A visita domiciliar proporciona essa leitura sobre o privado, uma busca por informações que personalizam a ação do profissional com seu usuário; portanto, uma ferramenta perfeita ao modelo flexível de saúde. (p.464).

Enquanto a avaliação socioeconômica, destaca-se por ser um importante instrumental utilizado para possibilitar o acesso ao direito:

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços. Ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais. (CFESS, 2009, 25).

Propício acrescentar que, dentre os instrumentais, o conhecimento da rede de serviços é fundamental para possibilitar o acesso aos direitos. Ainda, a linguagem está ligada ao modo de comunicação profissional, no qual deve prevalecer a transparência, de acordo com cada perfil de usuário.

A garantia do acesso pelo (a) usuário (a) aos serviços existentes na rede de apoio, é um ponto marcante na profissão. Acesso esse, que ocorre devido a articulação interdisciplinar e multiprofissional, no qual o (a) assistente social atua, na maioria das vezes, articulada com a equipe, enriquecendo o trabalho com sua ótica social.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2009, p. 27).

No que diz respeito ao atendimento do (as) usuários (as), o trabalho em rede é uma característica marcante do exercício profissional do assistente social na saúde. Isto pois, desde a atenção básica, estendido até a média e alta complexidade.

A ação socioeducativa é também uma atribuição do (a) assistente social na saúde, sendo relevantes as ações que buscam a conscientização, o acesso às políticas públicas de saúde, por meio de abordagens individuais ou grupais.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter com o intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. (CFESS, 2009, p. 33).

No campo de estágio curricular em Serviço Social, as ações socioeducativas eram evidentes durante a entrevista, na abordagem socioeconômica, assim como, no acolhimento, pois, são movimentos que visam despertar a consciência crítica dos sujeitos e a conscientização do direito.

O respectivo Trabalho de Conclusão de Curso, neste momento da reflexão, pautar-se-á no projeto de intervenção, no qual teve sua aplicabilidade no setor de Clínica Médica II do HUSM.

Tal projeto teve por objetivo garantir a informação e o acesso as políticas públicas, no qual visam a autonomia do sujeito, o atendimento democrático, humanizado e totalitário, a fim de estimular o sujeito a participação social, deste modo, contrário a perspectiva de subalternização desse usuário.

Somado a isso, inserida no sistema capitalista, a atuação profissional, no âmbito da saúde pública brasileira, remete a algumas preocupações e desafios ao profissional, tanto no que se refere a leitura crítica da realidade, quanto como a possível fragmentação da questão social.

Os assistentes sociais, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que são colocadas pela organização social capitalista e pelas teorias não críticas e pós-modernas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional. (CFESS, 2009, p. 40).

Chama-se atenção também para as seguintes questões:

[...] a primeira armadilha é a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais. [...] (IAMAMOTO, 2002 apud CFESS, 2009, p.40-41).

De modo que, o (a) usuário (a) não pode ser responsabilizado (a) por suas fragilidades sociais e econômicas. Visto que, conforme supracitado o (a) assistente social trabalha em prol da emancipação dos indivíduos, utilizando-se da análise crítica, na perspectiva de contribuir para o acesso aos direitos e a busca por respostas as demandas apresentadas.

Por fim, o entendimento do assistente social junto ao Projeto Ético-político da profissão, ao Código de Ética profissional, da concepção de saúde pública, incluindo as políticas públicas no qual estruturam o Sistema Único de Saúde, são pilares importantes na construção de estratégias do (a) assistente social diante das demandas dos (as) usuários (as).

4 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL E O PLANO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM E SETOR DE CLÍNICA MÉDICA II: SOB A PERSPECTIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O presente capítulo pauta-se na reflexão acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais. De modo que, serão abordadas as ações do (a) profissional em consonância com os instrumentais técnico-operativos e teórico-metodológicos, sob a perspectiva ético-política, na qual a profissão está direcionada, bem como, o Plano de Trabalho do Serviço Social do HUSM, no setor de Clínica Médica II.

O Serviço Social é regulamentado desde 1993, através da Lei de Regulamentação da profissão nº 8.662/1993, no qual é versada acerca das competências e atribuições privativas do profissional. Bem como, dos requisitos para o exercício legal da profissão no território brasileiro, assim como, dos Conselhos Regionais e Federal, enquanto órgãos normativos dos (as) profissionais. (BRASIL, 1993a).

As ações orientadoras, por meio da informação, são competências profissionais: “Art. 4º, V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”. (BRASIL, 1993a, on-line).

O direito dos (as) usuários (as) e familiares a informação sobre as políticas públicas e direitos sociais, respalda-se na esfera jurídica brasileira e visa garantir o acesso aos direitos dos(as) usuários(as). Sendo que, a ação informativa foi o instrumento utilizado para o desenvolvimento do projeto de intervenção, realizado durante o estágio curricular, no setor de Clínica Médica II do HUSM, intitulado: “Serviço Social na Saúde: O Trabalho em Rede”. “As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. [...]”. (CFESS, 2009, p. 23).

É oportuno compreender a influência que a implementação do SUS, desde 1990, exerceu em termos de normas, bem como, de organização do trabalho, através das reivindicações históricas do movimento sanitário. Assim, haverá, de fato, o entendimento da ação socioeducativa. (CFESS, 2009).

A ação socioeducativa, na perspectiva do (a) assistente social, tem sua diretriz apontada para a “[...] reflexão com relação as condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários [...]”. (CFESS, 2009, p. 25). Assim como, pautar-se na mobilização, em defesa da garantia do direito à saúde, envolvem “[...] ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático [...]”. (CFESS, 2009, p. 25).

Já a avaliação socioeconômica, não deve ser tratada como um instrumento seletivo, apesar de haver um limite institucional, sua ênfase está respaldada na perspectiva do acesso ao direito. (CFESS, 2009).

A ação socioeconômica envolve um instrumental técnico-operativo, bem como, a realização do estudo socioeconômico compreende uma competência profissional, segundo a Lei que regulamenta a profissão “[...] para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. [...]” (BRASIL, 1993 apud GRACIANO, 2013, on-line).

Graciano (2013) expõe também acerca da relevância dos indicadores avaliativos, ao que tange sua consonância com o projeto ético-político da profissão de Serviço Social. Sendo que, através da compreensão do contexto social, no qual os sujeitos vivem, a possibilidade da intervenção profissional na perspectiva da justiça social torna-se maior.

O assistente social ao identificar a situação socioeconômica e familiar dos usuários com vistas à construção do perfil socioeconômico, deve possibilitar a formulação de estratégias de intervenção. Deve ainda, ao participar do

trabalho em equipe de saúde, colaborar na interpretação das condições de saúde e de vida do usuário para o êxito do tratamento. (GRACIANO, 2013, on-line).

A partir do conhecimento sobre a realidade social dos usuários e familiares, torna-se possível ainda a mobilização profissional quanto ao acesso de direitos na esfera das políticas sociais públicas. Desta maneira, o êxito do tratamento, mencionado por Graciano (2013), culmina nas respostas as demandas levantadas pelo (a) assistente social, através da universalização dos direitos.

Enquanto a visita domiciliar, essa caracteriza-se por ser um instrumental técnico-metodológico, com vistas a conhecer a realidade dos (as) usuários (as) e familiares, sendo que a investigação e a interpretação proporcionam a coleta de dados, através da entrevista e observação, respaldada na ética. Inclui-se que a visita domiciliar não possui caráter formal, visto que, para que o (a) assistente social alcance suas metas na visita, o diálogo deve permitir aos usuários (as) e familiares a acessibilidade à entrevista, sem causar desconforto, para que assim haja a intervenção. (SOMER; MOURA, 2014).

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. [...] (CFESS, 2009, p. 25).

Estes instrumentais de trabalho utilizados pelos (as) assistentes sociais não devem possuir ação fiscalizadora, como já foi mencionado, uma vez que, são meios de analisar a realidade do usuário, cultura, rotina e modos de vida. (CFESS, 2009).

Ao passo que, a democratização das informações acontece por meio de orientações, através de encaminhamentos, tendo em vista as políticas públicas para o acesso aos direitos dos usuários. Ainda, na área da saúde é de extrema importância a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde do usuário e familiares, posto que

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Os determinantes sociais da saúde (DSS), relacionam-se a qualidade de vida dos indivíduos, dos quais transcendem os fatores médicos, uma vez que, existem outras influências que impactam na saúde de qualidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), 1946, conceitua saúde como “bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (OMS, 1946 apud CARRAPATO; CORREA; GARCIA, 2017, p. 677). Os DSS são agrupados da seguinte forma:

Os determinantes fixos ou biológicos, de que são exemplo a idade, sexo e fatores genéticos; os determinantes econômicos e sociais, de que são exemplo a posição o estrato social, o emprego, a pobreza, a exclusão social; os ambientais, tais como a qualidade do ar e da água, ambiente social; os de estilos de vida, sendo a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e comportamento sexual alguns exemplos. Incluem-se ainda o acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transportes e lazer. (GEORGE, 2011 apud CARRAPATO; CORREA; GARCIA, 2017, p. 677).

Nessa conformidade, no sistema capitalista, onde expressam-se questões sociais diversas, a partir do desgaste em prol do crescimento econômico e em detrimento à qualidade de vida dos indivíduos, bem como, diante das desigualdades sociais, estes determinantes, teoricamente, buscam contemplar o bem-estar definido pela OMS. Logo, o (a) assistente social aplica tal entendimento ao fazer a leitura social e crítica dos sujeitos. “O assistente social é um profissional que tem como objeto de trabalho a questão social com suas diversas expressões [...]”. (SCHÖENBERG, 2009, p. 86).

Silva (2007) discute acerca das competências dos processos de trabalho e suas ferramentas, bem como, os princípios do Código de Ética profissional e da Lei de Regulamentação da Profissão. Nesse sentido, ao desvelarmos o labor do Serviço Social, enquanto área das ciências sociais aplicadas, no qual atua em prol da justiça social e da emancipação dos sujeitos, entre outros, é oportuno compreender a construção histórico-social, econômica e política da sociedade.

No Brasil, o sistema capitalista assenta-se na noção da acumulação de capital, desencadeadora de uma série de desigualdades sociais. De maneira que, a busca pela igualdade e equidade é uma questão a ser superada, conforme o Projeto Ético-Político da profissão.

A perspectiva do Serviço Social, no campo da intervenção social consiste em uma estratégia que visa superar as demandas da sociedade. Tais demandas são geradas pela produção e reprodução de suas desigualdades, dentro de um contexto

que exprime a realidade dos diversos espaços sócio-ocupacionais, levando em conta o sujeito em sua totalidade. (SILVA, 2007).

Igualmente, a defesa pela cidadania faz parte da perspectiva profissional do Serviço Social, sendo a leitura crítica da sociedade fundamental ao profissional dessa área, no qual apropria-se da Teoria Marxista. Além do mais, de acordo com o Projeto Ético-político da profissão, reconhecendo o conflito de classes e a organização produtiva, segue a análise de Silva (2007), quanto aos processos de trabalho do (a) assistente social:

O conhecimento e a ação concretizam-se nas políticas sociais, no cotidiano das relações, na melhoria da qualidade de vida, tanto na execução quanto na formulação e planejamento de políticas sociais públicas ou privadas. Ao desenvolver seu processo de trabalho, o Serviço Social tem em vista a efetivação e consolidação dessas políticas e a transformação da questão social presente no cotidiano dos diversos espaços ocupacionais. Sendo assim, o processo de trabalho do Assistente Social se materializa no planejamento de programas sociais e na sua execução. (p.37-38).

Dessa forma, o artigo de Silva (2007) manifesta valores que constroem a postura profissional do (a) assistente social, tais como os princípios humanistas expressos na Lei de Regulamentação da profissão.

Ao aprofundar a pesquisa a respeito da profissão de Serviço Social, Pereira (2015), aponta reflexões acerca das particularidades das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, indissociáveis entre si ao formar a sociedade, no qual os processos de trabalho realizam-se conforme exigências econômicas, dessa forma:

A primeira dimensão se refere à capacidade de apreensão do método e das teorias e sua relação com a prática, na ação profissional. A segunda se relaciona aos objetivos e finalidades das ações do assistente social e os princípios e valores humano-genéricos que os guiam. Já a terceira faz alusão à capacidade de o profissional articular meios e instrumentos para materializar os objetivos, com base nos valores concebidos. (GUERRA, 2012 apud PEREIRA, 2015, p. 5).

A dimensão ético-política pauta-se na ética da profissão, em uma sociedade democrática, logo, ainda há presente a luta pela hegemonia, movidos por uma vontade coletiva, voltada para a criação de novos valores. (PEREIRA, 2015). Assim, a leitura crítica da realidade, debruçada nas três dimensões ditas como teórico-

metodológica, ético-política e técnico-operativa, indissociáveis, são pilares importantes ao refletir a sociedade e o exercício profissional do Serviço Social.

Considerando o esclarecimento do (a) assistente social durante a leitura crítica da sociedade, no qual é fundamental para a construção dos processos de trabalho de forma alinhada com a ética profissional e a Lei que regulamenta a profissão.

Diante desta breve reflexão acerca dos instrumentais de trabalho, bem como, das diretrizes da profissão, segue abaixo, o Plano de Serviço Social do HUSM (2015), junto à relação do instrumental técnico-operativo no setor de Clínica Médica II, quanto à abordagem individual/atendimento:

Entrevista inicial: Interpretação de rotina, normas e encaminhamentos do HUSM; Orientações socioeducativas, trabalhistas e previdenciárias; Benefício de prestação Continuada - BPC; Auxílio-Doença; Auxílio maternidade; Aposentadoria; Auxílio reclusão. Encaminhamentos internos e externos: Abordagem; Transporte; Entidades assistenciais; Encaminhamento aos serviços dos municípios de origem. Contato com demais integrantes das equipes de tratamento para auxílio e orientação do usuário. Providências diversas conforme necessidade apresentadas. Serviços da rede de atendimento municipal e estadual (secretarias de Municípios e Coordenadoria Estadual de Saúde; Contato com órgãos de defesa e segurança do cidadão (conselhos da criança/ adolescente, conselhos tutelares, conselhos do idoso, delegacias etc.). Procedimentos para a confecção de documentação. Reuniões de Equipes: Participar das equipes com informações da situação socioeconômica e familiar dos pacientes, contribuindo para o plano terapêutico durante e após a hospitalização. Orientar a equipe para conhecer a estrutura sócio familiar dos pacientes, no sentido de relacionar aos fatores condicionantes do processo saúde/doença; Responsabilizar-se pela abordagem familiar e pelos procedimentos relacionados ao suporte familiar e social dos pacientes. Atendimento ao Grupo familiar: Realizar a abordagem familiar, através de entrevistas; Apoiar a organização familiar para o suporte do paciente; Orientar quanto aos direitos do paciente e família; Encaminhar para os serviços de rede. (HUSM, 2007, n.p.).

Quanto aos objetivos do trabalho e funções do assistente social, no setor de Clínica Médica II, de acordo com o Plano do Serviço Social do HUSM, seguem as atribuições e competências do (a) assistente social:

Assessorar a direção, as chefias, as coordenações e serviços das unidades através de estudos e pareceres sociais; Realizar estudos socioeconômicos, objetivando o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, garantindo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, auxílio em determinadas doenças, etc.; Criar rotinas e ações institucionais que facilitem, o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos por lei (transporte gratuito, auxílio em determinadas patologias, etc.); Propor mudanças na rotina e na organização dos serviços em benefício dos usuários, sem prejuízo do funcionamento da Instituição; Criar sistema de registro e organizar a documentação do Serviço Social de forma a possibilitar a sistematização dos dados necessários à

realização de pesquisa e estudos das ações realizadas; Fazer contatos telefônicos com os municípios, para a agilização de transportes dos passageiros e ou familiares, quando necessário; Participar na indicação, criação e organização de rotinas que facilitem o acesso aos serviços de saúde, em atenção aos interesses e necessidades dos usuários; Realizar supervisão direta a estagiários (as) do serviço social. Integrar equipes multidisciplinares, objetivando assegurar o início e a continuidade do tratamento, bem como da prevenção, o que se constitui num processo de educação em saúde; Realizar ações sistemáticas e continuadas de educação em saúde dirigidas especialmente aos portadores de diabetes, tuberculose, hanseníase, hipertensão DST's/HIV, obesos, pessoas envolvidas com drogas, entre outros, objetivando assegurar o início e a continuidade do tratamento, bem como da prevenção, o que se constitui num processo de educação em saúde; Criar mecanismos e ações que facilitem o conhecimento e o acesso do usuário aos serviços oferecidos pela Unidade Hospitalar e pela rede de saúde, potencializando a utilização dos recursos institucionais e facilitando a participação dos usuários/família no controle social dos serviços prestados; Realizar seminários, grupos de estudos e encontros multiprofissionais, colocando em debate a questão social e sua interferência nas ações de saúde oferecidas pela instituição hospitalar (HUSM); Assessorar na organização e na realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo que atua na relação dos usuários com os profissionais de saúde no que se refere às relações profissionais/profissionais e profissionais/usuários, visando a difusão dos princípios e normas do SUS e das atribuições do Serviço Social; Criar rotina que assegure a participação do Serviço Social nas comissões de Ética no Centro de Estudos e demais fóruns técnicos da instituição. Incentivar e participar, junto aos demais profissionais de saúde, da rediscussão do modelo assistencial e da elaboração de rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e as demandas da população usuária, o que exige o rompimento com um modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças; Propiciar meios e informações que assegure aos pacientes a continuidade dos tratamentos fora do hospital após alta; Criar uma rotina que assegure a participação do Serviço Social no processo de internação e alta hospitalar, no sentido de, desde a entrada do usuário na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação, a plena informação e a discussão sobre as necessidades, possibilidades e consequências da mesma; Democratizar informações e prestar apoio necessários às famílias/colaterais na ocorrência de óbito: direitos previdenciários, direito a seguros e informações sobre sepultamento gratuito; Participar de cursos, congressos, seminários, encontros, pesquisas objetivando a apresentação dos estudos realizados e troca de informações sobre as experiências da prática na saúde; Realizar abordagem individual, quando indicado, tendo como objetivo trabalhar a situação social e de saúde do usuário/familiares e/ou reforçar o trabalho realizado nos grupos, contribuindo para um processo de alta consciente buscando diminuir assim os casos de reinternação; Realizar visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias ao desenvolvimento do trabalho do assistente social, e/ou multiprofissionais, quando necessárias ao trabalho de equipe; Criar mecanismos e ações articuladas, individuais e coletivas (plantão, salas de espera, grupos de debate, grupos de treinamento) que possibilitem: Discussão de temáticas de interesses de usuários/familiares; Empreendimento de ações organizadas que pressionem e assegurem o funcionamento da rede básica de saúde; Socialização de informação e conhecimentos voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de doenças, de danos, de riscos e agravos para o tratamento; Sirva para alívios e ansiedades, e repasse de informações ao paciente; Criar mecanismos e ações institucionais que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à unidade de saúde, necessários ao desenvolvimento do trabalho do assistente social. Incentivar e facilitar a organização de fóruns e

associações, bem como a representação/participação dos usuários no âmbito das unidades (possibilitando sua aproximação com os conselhos municipais e conferências), objetivando criar espaços de organização da representação e exercício do controle social; Divulgar e socializar conhecimentos, junto aos usuários e demais profissionais de saúde, quanto aos locais, datas e horários das reuniões dos Conselhos de Políticas e de Direitos, e das conferências. (HUSM, 2007, n.p.).

Enquanto ao trabalho interdisciplinar, no setor de Clínica Médica II do HUSM, o mesmo realiza-se através de uma equipe interdisciplinar, composta por: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, além de os demais setores administrativos da instituição, dos quais serão discutidos no próximo subitem.

Como já foi mencionado, o trabalho interdisciplinar busca o desenvolvimento da comunicação entre as competências profissionais envolvidas diante as demandas dos usuários e seus familiares. Assim, no HUSM o (a) assistente social busca orientações acerca do quadro clínico do usuário, através dos profissionais envolvidos no atendimento, bem como, as possíveis fragilidades na perspectiva social, a fim de conhecer a realidade e criar estratégias para a intervenção.

Salienta-se que o Plano de Trabalho Operacional do Serviço Social, no setor de Clínica Médica II, (Procedimento Operacional Padrão) do respectivo setor, elaborado no ano de 2015, não possui uma nova versão até o presente período (2021).

Benevides (2018) ressalta que o Serviço Social se fundamenta nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), cujo processo de formação profissional deve possuir bases teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, a fim de se contemplar habilidade crítica. A perspectiva ético-político está vinculado a democracia e emancipação, por outro lado, a teórico-metodológica “[...] está condicionado à leitura e ao acompanhamento dos processos sociais e ao estabelecimento de vínculos com os sujeitos sociais com os quais se atua no espaço de trabalho.”. (BENEVIDES, 2018, p.10).

Seguindo a conceituação de Benevides (2018), a perspectiva técnico-operativa:

[...] está direcionada para uma reflexão e análise da dimensão interventiva da profissão, ou seja, leva a uma reflexão direta sobre as competências e habilidades profissionais, realizadas no âmbito da intervenção profissional, por meio do domínio dos instrumentais técnico-operativos, responsáveis pela mediação dos objetivos e das finalidades da intervenção do assistente social. (p.12).

Ainda segundo Benevides (2018), possuir discernimento dos limites e possibilidades do trabalho profissional do Serviço Social são relevantes ao analisar as relações sociais, a partir do contexto histórico brasileiro. De modo final, é relevante tomar conhecimento acerca dos instrumentais de trabalho técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-político na gestão no trabalho do (a) assistente social, conforme foi explorado antes de adentrar o plano de Trabalho do Serviço Social do HUSM e setor de Clínica Médica II.

4.1 O TRABALHO EM REDE COMO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA II

De acordo com da Costa e Carneiro (2011) o trabalho em rede é refletido da seguinte forma:

A gestão democrática das políticas públicas, tem na participação um dos seus importantes instrumentos de concretização e manutenção, pois no nosso entender é através desta que surgem espaços para o crescimento, para o aprendizado que busca a transformação da realidade social. O trabalho em rede é visualizado dessa perspectiva, como uma estratégia resultante do Estado democrático que vivenciamos hoje no Brasil. (on-line).

O trabalho em rede do HUSM é composto através da articulação com as instituições de apoio parceiras internas e externas. Bem como, as legislações que garantem os direitos e benefícios sociais, dentre as instituições pode-se citar: prefeitura municipal de Santa Maria – RS, secretaria de saúde municipal e estadual, Leon Denis, Amigos do HUSM, Casas de Apoio como Casa Maria, Casa Vida, orientações para o acesso à direitos e benefícios sociais.

Para mais, o setor de Clínica Médica II do HUSM é composto por uma equipe interdisciplinar, com profissionais das seguintes áreas: Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, secretaria administrativa, entre outros.

A ação profissional do assistente social é efetiva no âmbito da interdisciplinaridade, fator que pode estar relacionado sobre o seu papel e a sua atuação, no sentido de buscar a articulação com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Como exemplo, a questão da visão ampliada de saúde e uma visão

analítica sobre o processo saúde-doença, o que desloca motivações para a capacitação focada na compreensão da sociedade, bem como, no desenvolvimento da ótica dos aspectos sociais.

Nesse sentido, valida-se a reflexão em torno da atuação profissional do assistente social junto a equipe. A relevância da atuação pauta-se na busca pela superação da vulnerabilidade social que os sujeitos podem estar enfrentando, em articulação com outros profissionais.

A comunicação, através da informação ou orientação, bem como, por meio do acolhimento aos usuários e familiares, utilizando-se da observação, da entrevista e da escuta sensível torna-se capaz de transformar realidades. Com igualdade, a perspectiva profissional do assistente social implica na leitura crítica da realidade social na qual o usuário está inserido, através dos instrumentais de trabalho, no qual possibilitam a coleta de dados para a possível intervenção.

Além disso, as informações são levantadas através dos instrumentais de trabalho técnico-operativo e teórico-metodológico, na concepção ético-política. Exemplo desses instrumentais são as entrevistas, as observações, as visitas domiciliares, diálogo com a equipe interdisciplinar, entre outros.

Em consonância com Costa (2007) a interdisciplinaridade:

[...] é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada. (p.109).

Assim, há um intercâmbio entre os conhecimentos das competências profissionais envolvidas na busca por respostas as demandas, visto que, na perspectiva do assistente social, se ultrapassa a visão unicamente biológica da doença. Todavia, considera-se o modo de vida do indivíduo e possíveis fragilidades que possam prejudicar no seu processo de recuperação e tratamento da saúde.

Para mais, o Serviço Social do HUSM no setor de Clínica Médica II, se articula com uma rede de instituições, com o objetivo de atender as demandas em suas especificidades, sob a perspectiva da universalidade e da equidade da saúde no Brasil. De maneira que, o trabalho em rede realiza-se através da manutenção de canais e mecanismos de articulação com instituições públicas, particulares, ONGs e

serviços, ou de forma direta, através de visita institucional ou em contatos telefônicos. Tal articulação utiliza-se como forma de assegurar a qualidade e atenção prestada, com o objetivo de manter a rede ativa.

O surgimento do trabalho em rede se deu na ideia de que seria interessante a troca de informações e saberes do Estado de empresas privadas e da sociedade civil. No decorrer dos anos a globalização tem papel importante nas mudanças ocorridas nas últimas décadas a um nível mundial, no qual existem mais variáveis a serem tratadas na relação desses três ramos para que a rede possa se desenvolver, onde ainda o Estado parece ter o papel principal. (TEIXEIRA; PEREIRA, 2013, p.115-117 apud BOURGUIGNON; BARBOSA; 2017, on-line).

Para mais, no âmbito interno do HUSM, evidencia-se a comunicação entre os diversos profissionais que compõem o quadro de recursos humanos do hospital. Em vista disso, o (a) assistente social faz parte de uma equipe interdisciplinar de saúde, reconhecido enquanto profissional da saúde.

Enquanto a coleta de informações sobre o usuário, essa ocorre através da entrevista. Por meio desta, o (a) assistente social faz a busca ativa por demandas nos leitos ou com os responsáveis pelo usuário, bem como, coleta informações com os diversos profissionais que estão envolvidos no tratamento, zelando pelo sigilo, conforme o Código de Ética profissional.

Acrescenta-se que, além do prontuário médico do paciente, todos os atendimentos são registrados em um sistema de informação do hospital, desde a internação até a alta médica e social. No entanto, se faz necessária também a comunicação da (o) assistente social com os demais profissionais.

Além disso, a busca pela comunicação entre os setores do ambiente hospitalar é essencial. Sendo que, o papel do (a) assistente social não pode ser fragmentado ou isolado, a intervenção social só é possível através do aprofundamento da questão.

Bourguignon e Barbosa (2017) refletem sobre os grandes desafios no trabalho em rede, isto é, a busca pela integração das políticas públicas se faz necessária com o propósito de superar a fragmentação dos serviços.

Portanto, diante do exposto até o momento, é oportuno enunciar os objetivos e a metodologia que foram desenvolvidas durante a realização do projeto de intervenção aplicado no setor de Clínica Médica II do HUSM. Como já foi mencionado, este projeto pauta-se na informação como potencialização ao acesso de serviços do hospital e demais instituições externas parceiras.

A informação, a orientação e o esclarecimento são competências profissionais, no que tange ao acesso dos direitos dos (as) usuários e familiares. Conseqüentemente, como metodologia do projeto de intervenção, consta-se que o mesmo se realizou através da publicidade de cartilhas que foram distribuídas aos pacientes internados e seus respectivos responsáveis (familiares ou não).

Ainda, o trabalho em rede no HUSM efetua-se junto a equipe de saúde. O (a) assistente social, por sua vez, compõe este grupo profissional, no qual participa através do intercâmbio das competências profissionais, envolvidas nas respectivas demandas levantadas em busca de respostas.

O trabalho em rede do HUSM não se realiza de forma fragmentada, uma vez que, as informações dos usuários são transmitidas através dos profissionais envolvidos na questão ao assistente social. De mesmo modo, esses (as) profissionais buscam dialogar sobre a realidade dos sujeitos por meio destas informações e demais dados levantados através da entrevista aos usuários e familiares ou responsáveis.

Logo, a partir do “diagnóstico social” realizado pelo (a) assistente social levanta-se as possibilidades de acessibilidade as políticas públicas e direitos dos envolvidos, através de encaminhamentos e orientações. Neste momento ainda, é de extrema relevância a compreensão do contexto social e político em termos de direitos que os usuários possam acessar por meio da orientação profissional.

O projeto de intervenção desenvolvido no setor de Clínica Médica II do HUSM, no ano de 2019, realizado durante estágio curricular em Serviço Social, possuía um público-alvo composto por usuários (as) oriundos (as) de procedimentos cirúrgicos, assim como, pós-operatório. Possuía também casos em que não se configuravam a necessidade de cirurgia, mas que envolviam outras implicações pulmonares e cardíacas etc., sendo que a maioria dos casos se encontravam na idade adulta.

Com igualdade, o projeto voltava-se também aos familiares ou responsáveis pelos (as) usuários (as), com a perspectiva de informar o trabalho em rede do respectivo setor e garantir o acesso aos serviços e direitos. Ainda, as demandas, na maioria dos casos, envolviam a orientação para o encaminhamento de Auxílio-Doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio-maternidade, Pensão por morte, entre outros direitos. (FRAGA, 2019).

Quanto ao acesso as instituições parceiras do HUSM (trabalho em rede), majoritariamente, as demandas envolviam a necessidade do encaminhamento de familiares dos usuários em tratamento de saúde para casas de apoio, com vistas ao

amparo assistencial. Exemplo dessas são: Casa Vida, Casa Maria, Associação Leon Denis, ONGs, Associação de Apoio a Pessoas Com Câncer (AAPECAN), Amigos do HUSM.

Ao que tange ao acesso aos serviços do HUSM, no trabalho em rede considerando o hospital em sua totalidade, as demandas envolviam o encaminhamento ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). O SAD é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, com garantia de continuidade do cuidado, integrada à Rede de Atenção à Saúde (HUSM).

Observou-se também enquanto encaminhamento, a orientação para o acesso ao fornecimento de passagens para pessoas em tratamento continuado de saúde. (SANTA MARIA, 2011). Refere-se ao transporte coletivo do município de Santa Maria – RS, incluem-se pessoas com deficiência, mães com filhos de até 12 anos portadores de HIV, doentes renais crônicos em hemodiálise, portadores de psicose, dependentes químicos em tratamento em centro referenciado da rede pública, doentes sob radioterapia ou quimioterapia, de acordo com o decreto municipal mencionado. (FRAGA, 2019).

Com base na Constituição Federal de 1998, é dever do Estado prestar atendimento de saúde na esfera pública, com acesso ao fornecimento de insumos de saúde, como por exemplo: medicamentos, fraldas geriátricas, próteses, cama hospitalar, concentrador de oxigênio etc. desde que se encontrem disponíveis na rede pública de saúde. (FRAGA, 2019).

A cartilha é destinada aos usuários do setor de Clínica Médica II do HUSM, do qual tem por objetivo informar o trabalho em rede do Serviço Social no hospital como um todo, bem como, a rede composta por órgãos e instituições externas de apoio. Desse modo, são elaborados pelo assistente social os encaminhamentos e orientações sobre os direitos e políticas públicas envolvidas nas demandas mapeadas.

Ademais, a cartilha elaborada para o projeto de intervenção corrobora com o discernimento sobre a atuação do assistente social no setor de Clínica Médica II e sobre o direito à saúde conforme a CF/88. Dessa forma, o projeto de intervenção buscou sanar as dúvidas ou ausência de conhecimento dos (as) usuários (as) e familiares sobre seus direitos e como acessá-los.

Portanto, o propósito do referido projeto de intervenção foi a elucidação quanto ao direito à informação, do qual toda ação transforma uma realidade e essa transformação contribui na superação das fragilidades apresentadas, mesmo diante de um sistema político desgastado. Ao que tange as políticas públicas, buscou-se respostas as demandas, de forma estratégica e criativa junto a equipe e os (as) usuários (as).

4.2 REFLEXÕES SOBRE AS DEMANDAS DO TRABALHO EM REDE AO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA II

O (a) assistente social tem como objeto de estudo a intervenção profissional e o enfrentamento das expressões da questão social. Entretanto, ambos dependem do nível de socialização das políticas públicas e da efetividade das mesmas.

Além disso, a superação profissional, na qual busca respostas para as demandas dos (as) usuários (as), não está pautada na lógica imediatista. Isso porque são utilizados diferentes instrumentos, a partir de cada realidade social e política.

Entre os instrumentos mediadores que visam compreender a realidade dos sujeitos, destaca-se a entrevista. Essa é reconhecida como uma abordagem inicial que busca compreender também a situação socioeconômica dos sujeitos e suas as fragilidades.

Posto isso, no setor de Clínica Médica II do HUSM, a entrevista é a primeira ação que viabiliza o entendimento do (a) assistente social em relação a realidade do usuário, bem como, provoca processos reflexivos ao profissional.

Ainda, a partir da leitura crítica, na perspectiva dialética da realidade dos sujeitos, a intervenção profissional é estrategicamente construída, não de forma tecnicista, mas de maneira em que busca fortalecer os vínculos familiares dos sujeitos de forma humanizada. Tal ação ocorre através do acolhimento que ocorre através da escuta sensível e fortalece as relações sociais.

O método materialista histórico dialético foi o método de apreensão do real desenvolvido por Marx para o estudo do modo de produção capitalista, bem como de todo seu arsenal categórico. Desta forma, este método supõe a reprodução do real de forma racional, através da mediação que supera a singularidade/imediaticidade, alcança a universalidade para o encontro da particularidade, em um movimento de aproximação do real. A perspectiva de totalidade possibilita o entendimento das múltiplas determinações impostas ao objeto, sua dinâmica e contradição. (MASSON; VIEIRA, 2018, p. 4).

De forma que, a questão social possui sua gênese na lei geral da acumulação capitalista. Sendo que, esse método de interpretação, a partir da teoria social crítica em Marx, capacita o (a) assistente social a desvelar as contradições no processo interventivo.

O projeto de intervenção, realizado no estágio curricular da UFSM, efetuado na Clínica Médica II do HUSM, teve como objetivo central atribuir um complemento das ações que estavam sendo desenvolvidas pelo (a) assistente social, na perspectiva do trabalho em rede, realizado em conjunto com a supervisora de campo do estágio.

Rodrigues (2014) reflete acerca da relevância do reconhecimento da entrevista enquanto potencial. Uma vez que, essa possibilita dispor a vários meios interventivos, tratando-a como um processo de conhecimento, do qual capacita a obtenção de informações, através da prática profissional crítica.

Enquanto ao setor de Clínica Médica II, a entrevista desenvolvida pelo (a) assistente social não se limita somente ao usuário, mas também aos familiares e/ou responsáveis, realizada através de um modelo padronizado pelo HUSM. Desse modo, as informações obtidas pelo (a) profissional são transmitidas ao sistema de informação do HUSM, de modo que, apenas os profissionais têm o acesso, de mesma maneira que são arquivadas e consultadas sempre que necessário.

A partir das informações obtidas, o (a) assistente social possui embasamento para o diálogo com a equipe médica envolvida no caso. Então, constrói-se estratégias para buscar respostas aos usuários, seja através dos serviços e/ou políticas que façam parte da rede.

Salienta-se também uma demanda recorrente do (a) assistente social no setor de Clínica Médica II, a busca por casa de amparo assistencial para os familiares dos usuários hospitalizados, oriundos de outras regiões geográficas. Assim, o (a) assistente social ao acessar a rede, encaminha o (a) usuário (a) a instituição beneficente disponível no momento.

Semelhantemente, o (a) assistente social realiza o preenchimento de uma ficha com os dados do usuário que procura o acesso a casa de amparo assistencial. Após isso, realiza-se o contato telefônico com as respectivas entidades beneficentes que compõem a rede de apoio, a fim de levantar a possibilidade de encaminhamento, conforme o número de vagas disponível no momento.

Elenca-se enquanto casa de apoio, a Casa Maria, da qual é uma ONG. Essa surgiu a partir da necessidade das pessoas que não residem em Santa Maria e que

estão em tratamento oncológico, acessarem um amparo assistencial, enquanto está em curso o tratamento. Porém, a casa de amparo assistencial também contempla, a partir da vacância de leitos, outros casos que não sejam oriundos de pacientes em tratamento oncológico, como no caso dos encaminhamentos que partem do setor de Clínica Médica II.

Destaca-se também a Casa Vida, outra instituição de amparo assistencial. Essa instituição possui a mesma finalidade da Casa Maria e compõe a rede de apoio nesta perspectiva.

Gonçalves (2006) aponta que as instituições do terceiro setor são alternativas de descentralização das políticas sociais e não substituem as organizações públicas, sob a perspectiva de tornar mais ágil a execução das políticas sociais “[...] ao serem executadas por parceiros privados voltados para os interesses coletivos [...]”. (p.33). De tal forma que, compreendem espaços de grande relevância social e que exercem a cidadania, porém não se pode perder de vista a compreensão dos direitos sociais a partir do Estado enquanto provedor.

Adiciona-se que o setor de Clínica Médica II do HUSM está centrado em atendimentos de pacientes pós-operatórios ou pré-operatórios, pacientes atendidos na cardiologia, pneumologia entre outros.

Portanto, acessos ao sistema previdenciário, como auxílio-doença, auxílio-maternidade, pensão por morte, Benefício de Prestação Continuada (BPC), encaminhamentos para o atendimento domiciliar (SAD), acesso ao fornecimento de insumos de saúde, passagens, são alguns elementos que descrevem o perfil e as demandas do público.

Conforme a Lei 8.742/93 que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para o acesso ao BPC é versado, no Art. 20, inciso segundo e terceiro:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.; § 2º Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.; § 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja: inferior a um quarto do salário mínimo. (BRASIL, 1993b, on-line).

No contexto do setor de Clínica Médica II do HUSM, os (as) usuários (as) que adquirem ou enfrentam patologia que impede a longo prazo sua participação plena na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, em consonância com a Lei 8.742/93 são encaminhados (as), através das orientações do (a) assistente social, para o acesso do respectivo benefício social.

Neste caso a doença deve caracterizar uma deficiência que impossibilita a vida em sociedade conforme mencionado acima, passível de avaliação através da perícia médica do INSS.

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. (BRASIL, 1991, on-line).

O auxílio-doença se inclui como outra demanda recorrente no setor de Clínica Médica II, visto que, alguns usuários já são encaminhados através do setor de recursos humanos da instituição empregadora. Todavia, há casos em que o (a) assistente social orienta e providencia o encaminhamento diante da necessidade do caso.

A solicitação de encaminhamento, através do Serviço Social, para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) parte de orientação médica e caracteriza um tratamento domiciliar. Esse tratamento compõe um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação.

O SAD garante ainda a continuidade do cuidado, sendo integrada a Rede de Atenção à Saúde do HUSM, oferecida na moradia do paciente. Por meio disso, o (a) assistente social contribui para a orientação do encaminhamento, a partir da realidade do usuário, através do diálogo com os demais membros da equipe de saúde.

Compreende-se, então, que a doença vai além do estado biológico e chega no social como importante fator a ser considerado durante o procedimento de recuperação e tratamento dos sujeitos.

Por fim, outra demanda significativa a ser considerada ao respectivo ambiente hospitalar, compreende as informações, por parte do Serviço Social ao acesso do fornecimento de passagens. Fornecedor esse que está amparado na legislação municipal de Santa Maria, portanto, voltado somente para pessoas que residem no município.

Essa política pública é amparada no decreto de nº 29, de 14 de março de 2011. Incluem-se nessa legislação pessoas com deficiência, mães com filhos de até 12 anos portadores de HIV, doentes renais crônicos em hemodiálise, portadores de psicose, dependentes químicos em tratamento em centro referenciado da rede pública, doentes sob radioterapia e quimioterapia. (SANTA MARIA, 2011).

Com a perspectiva de efetivarmos o trabalho em rede, de forma ampla e democrática, sem prejuízo da informação, sobressai-se a importância do papel do Serviço Social no âmbito da saúde. Observa-se ainda que, a continuidade das políticas públicas depende também do acesso efetivo e a intervenção profissional do Serviço Social é importante no respectivo processo de trabalho.

Concernente ao projeto de intervenção aplicado ao setor, fez-se ainda o uso da distribuição das informações de forma escrita, através de cartilhas, que abrangem orientações e encaminhamentos aqui abordados e no campo de estágio desenvolvidos verbalmente. De modo final, o projeto de intervenção, pautado no direito à informação dos serviços da rede, bem como, as orientações para o acesso aos direitos e políticas sociais, desenvolveu-se a partir das demandas levantadas durante o período do estágio curricular em Serviço Social.

As respostas dos (as) usuários (as) ao respectivo projeto de intervenção contemplaram positivamente o propósito do projeto, pautado em ações, que através da informação possibilitaram o acesso aos direitos e políticas públicas. De mesma forma que, a experiência permitiu a proximidade com a realidade social dos (as) usuários (as) e a compreensão da relevância do papel articulador e criativo, no qual o profissional de Serviço Social deve desempenhar frente aos diversos desafios enfrentados.

Subsequentemente segue a imagem fotográfica do Projeto de Intervenção realizado junto ao setor de Clínica Médica II, no ano de 2019 no HUSM durante o estágio curricular do curso de Serviço Social, Bacharelado da UFSM, sob a orientação da supervisora de campo. De forma que, a cartilha, foi realizada na perspectiva do acesso à informação dos direitos e políticas públicas intrínsecas ao trabalho em rede.

Figura 7 – Imagem ilustrativa sobre o trabalho em rede na Saúde Mental do Rio de Janeiro.



Fonte: (Trabalho e renda, [2011?]).

Figura 8 – Projeto de Intervenção do Estágio Curricular (A, B) no Setor de Clínica Médica II do HUSM (2019).

Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
O TRABALHO EM REDE**



**REDE DE APOIO E
ENCAMINHAMENTOS:**

Casas de apoio que promovem amparo assistencial às pessoas em tratamento de saúde: Casa Vida, Leon Denis, ONG's, APECAN, Casa Maria, Amigos do HUSM...

Orientações para encaminhamentos via previdência social: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio doença, Auxílio-maternidade, Pensão por morte...

Serviço de atendimento Domiciliar (SAD): É uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. (HUSM)

Orientações sobre o acesso ao fornecimento de passagens para pessoas em tratamento continuado de saúde. (Decreto nº 29, de 14 de março de 2011). Refere-se ao transporte coletivo de Santa Maria (RS), incluem-se pessoas com deficiência, mães com filhos de até 12 anos portadores de HIV, doentes renais crônicos em hemodiálise, portadores de

APRESENTAÇÃO:

Esta cartilha é destinada aos usuários do setor da Clínica médica II do HUSM, tem por objetivo informar o trabalho do Serviço Social, assim como o trabalho em rede com os órgãos externos e internos de apoio, direitos e orientações.

O QUE FAZ O (A) ASSISTENTE SOCIAL?

Utilizamos a entrevista com os usuários e seus familiares, fazendo o uso da escuta sensível, com o objetivo de reconhecer as situações vulneráveis, orientamos sobre o acesso às políticas públicas, elaboramos relatórios e encaminhamentos sobre a necessidade de apoio na prevenção e recuperação da saúde do usuário

O DIREITO À SAÚDE:

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

psicose, dependentes químicos em tratamento em centro referenciado da rede pública, doentes sob radioterapia ou quimioterapia.

Com base na Constituição Federal de 1988, que traz ao Estado o dever de prestar atendimento de saúde na esfera pública, o acesso ao fornecimento de insumos de saúde (medicamentos, fraldas geriátricas, próteses, cama hospitalar, concentrador de oxigênio, entre outros, que se encontram disponíveis na rede pública de saúde).

Referências:

Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988; disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislativo>

Prefeitura Municipal de Santa Maria; legislações municipais; disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br>

HUSM; Hospital Universitário de Santa Maria; disponível em: <http://11www2.ebserh.gov.br>

Portal de educação; disponível em: <http://www.portaleducação.com.br>


Comissão Editorial/HUSM
Fone de contato: (55)3213-1644
E-mail: nepe.husm@gmail.com

Fonte: (FRAGA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse Trabalho de Conclusão de Curso buscou contemplar a temática: “Saúde e Serviço Social, contextualização da saúde brasileira”, assim como, a trajetória da profissão do Serviço Social no contexto histórico-político do Brasil Colônia, bem como, na Reforma Sanitária e por fim, na Constituição de 1988.

A relevância de aprofundar a temática, através desse estudo, explicitou as atribuições e competências profissionais do Serviço Social, de acordo com: os “Parâmetros para a atuação dos Assistentes sociais na Saúde” (CFESS) e do projeto ético-político da profissão, documentos considerados fundamentais para a compreensão do papel profissional da profissão.

Em consonância, por meio da construção de conhecimento, durante a vivência do estágio curricular, foi desenvolvido um projeto de intervenção, sob a orientação de uma assistente social, supervisora de campo. Assim, o objetivo principal do estágio curricular do Serviço Social é o processo didático-pedagógico e o teórico-prático, os quais proporcionam a capacitação nos aspectos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, na perspectiva do exercício profissional.

Integra-se também uma reflexão crítica, da qual a vivência do estágio curricular no HUSM proporcionou. Assim sendo, observou-se a melhor compreensão dos desafios de profissionais do Serviço Social, atuantes em um contexto de políticas públicas deficientes em diversos pontos.

Isto posto, o projeto de intervenção buscou desenvolver ações para contribuir para a melhoria no atendimento junto aos usuários (as) do Serviço Social no HUSM, especificamente no setor de Clínica Médica II. Buscando contribuir no enfrentamento das expressões da questão social e dos determinantes sociais da saúde (DSS), apresentadas naquele ambiente, sendo contemplado positivamente ao que tange o propósito central.

No que concerne ao alcance do projeto, elenca-se os seguintes pontos: as informações foram explicitadas de forma inteligível a todos (as) os (as) usuários(as) existentes no período do estágio curricular. Logo, a informação sobre a política pública ou o direito social é uma das formas de emancipar os sujeitos, usuários (as), contemplando a ideia da ação, vinculada ao propósito profissional, a partir da ética e das direções que a profissão de Serviço Social remete enquanto Projeto Ético-Político.

Por isso, a informação dos direitos que o (a) usuário (a) possui é de extrema relevância ao processo de tratamento e recuperação. Uma vez que, muitos usuários (as) não possuem estes conhecimentos. Igualmente, o projeto de intervenção buscou ampliar a informação, por meio de cartilhas que foram distribuídas nos leitos.

Ainda mais, sob a perspectiva da informação, através do trabalho em rede, o projeto tomou como diretriz a intenção de acolher e encaminhar as demandas dos (as) usuários (as) e de seus familiares. A informação pode salvar vidas e/ou minimamente trazer melhorias de qualidade e/ou condições de vida para os (as) usuários (as) e para os (as) demais envolvidos(as).

Portanto, o (a) assistente social busca caminhos para o enfrentamento da questão social. Em específico na saúde, o uso do trabalho em rede é fundamental no âmbito do trabalho de assistentes sociais, pautado na lógica do direito e da cidadania, sob uma orientação e concepção de mundo que objetiva implementar tais direitos.

De modo final, observou-se certa confusão quanto ao processo de trabalho desenvolvido pelo assistente social na saúde. Por este motivo, o presente Trabalho de Conclusão de Curso centrou-se em contribuir para este entendimento e para reforçar a relevância dos (as) assistentes sociais para a sociedade, bem como, para os equipamentos de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, São Paulo, SP, v. 127, p. 456-475, set./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n127/0101-6628-sssoc-127-0456.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

ALMEIDA, A. L. S. de; SILVA, S. L da; REIS, M. L. Trabalho Interdisciplinar: um desafio ético-político na prática profissional do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização contra a exploração, a dominação e a humilhação, v. 6, 2013, Maranhão. **Anais..** Maranhão: UFMA, 2013. p. 1-9. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo2-transformacoesnomundodotrabalho/PDF/trabalhointerdisciplinar.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.

ARAÚJO, I. M. M. de.; MORAIS H. M. M. de. DIÁLOGOS ENTRE MÁRIO MAGALHÃES E JOSUÉ DE CASTRO: A QUESTÃO 'SAÚDE E DESENVOLVIMENTO' NOS ANOS 1950 E 1960. **Saeculum - REVISTA DE HISTÓRIA**, João Pessoa, PB, v. 31, p. 221-237, 2014.

BAPTISTA, T. W. F. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: Gustavo Correa Matta; Ana Lucia de Moura Pontes. (Org.). Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BENEVIDES, G. de O. TRABALHO PROFISSIONAL E GESTÃO NO SERVIÇO SOCIAL: SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DA GESTÃO COMO ATIVIDADE INERENTE AO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, 2018, Vitória. **Anais..** Vitória: UFES, p. 1-20. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BOURGUIGNON, J.A.; BARBOSA, M.T. Concepção de rede de proteção social em serviço social. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, E O III SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E II CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL, v. II, 2017, Londrina. **Anais..** Londrina: UEL, p. 1-12. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/130665.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2011a. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957**. Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. [s. n.]: Presidência da República, 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3252.htm#:~:text=LEI%20No%203.252%2C%20DE%2027%20DE%20AGOSTO%20DE%201957.&text=Regulamenta%20o%20exerc%C3%ADcio%20da%20profiss%C3%A3o,eu%20sanciono%20a%20seguinte%20Lei%3A&text=14%20e%20seu%20par%C3%A1grafo%20da,13%20de%20junho%20de%201953. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Comissões Intergestores**. Brasília, DF, 22 jun. 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/comissoes-intergestores>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. EBSEH: HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. **CONAD - Conselho de Administração**. Santa Maria, RS, [s.d.]b.

Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/sobre/superintendencia/comissoes-comite/conad>. Acesso em: 27 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. EBSEH: HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. **Nossa História**. Santa Maria, RS, [s.d.]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia#:~:text=O%20HUSM%20%C3%A9%20o%20maior,1%2C2%20milh%C3%B5es%20de%20habitantes>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. EBSEH: HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. **Organograma**. Santa Maria, RS, [s.d.]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/organograma>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. DOU: Seção 1, Brasília, DF, ed. 1, p. 5-34, jan. 1997. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Maria Inês Souza Bravo; Ana Elisabete Mota; Roberta Uchoa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Mariene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 1ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CORTEZ EDITORA, 2006, v. 1, p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 197-217.

BRAVO, M. I. S. Superando Desafios: O Serviço Social na Saúde na Década de 90. **Superando Desafios**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 9-16, 1998.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CANO, W. Da Década de 1920 à de 1930: transição rumo à crise e à industrialização no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, MA, v.16, n.1, p. 79-90, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/233142527.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.

CARNEIRO, M. L. N. da C.; COSTA, T. C. da. A PERSPECTIVA DO TRABALHO EM REDE NOS CRAS DE TERESINA-PI: o olhar dos assistentes sociais. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, v. 5, 2011, São Luiz. **Anais..** São Luiz: UFM, p. 1-12. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_PERSPECTIVA_DO_TRABALHO_EM_REDE_NOS_CRAS_DE_TERESINAPI_O_OLHAR_DOS_ASSISTENTES_SOCIAIS.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, SP, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v.27, n.78, p.07-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, nov. 2009. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/wp-content/uploads/2009/08/PARAMETROS-AS-NA-SA%C3%A9-VERS%C3%83O-FINAL.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

CORDEIRO, H. A. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 8, p. 107-124, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2021.

COSTA, R. V. da. Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial. In: **pisicosophia**. Natal, 2012. Disponível em: <https://sites.google.com/site/pisicosophia/areas-da-pisicologia/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CUNHA, A. A. **O Serviço Social e a Alta Hospitalar Qualificada**: Um Relato de Experiência. 2018. Artigo para a obtenção do título de Assistente Social Especialista (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21693/3/ServicoSocialAlta.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

ESCOREL, S. M. M. Desenvolvimento é Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, p. 2453-2460, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n8/2453-2460/pt>. Acesso em: 08 jun. 2020.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **CONTRATO Nº 263/2013**. Contrato de gestão especial gratuita que entre si celebram a Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, DF, 13 dez. 2013. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/219273/5734440/Contrato_263___2013___EBSERH_HUSM.pdf/86429f7f-2c29-4cde-b479-1f7c98206be6. Acesso em: 15 dez. 2020.

FRAGA, T. B. **Serviço Social na Saúde: O trabalho em rede**. 2019. Projeto de Intervenção (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019.

Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida (FIOCRUZ). **A trajetória do médico dedicado à ciência**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida, 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia>. Acesso em: 19 maio 2020.

GONÇALVES, C. de F. **As casas de apoio no contexto das políticas públicas de saúde para as DST/HIV/Aids no Estado de São Paulo, no período de 1996 a 2003**. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Versões impressa e eletrônica. A versão eletrônica com texto completo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-11122006-084258/publico/ciomaradefgoncalves.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GRACIANO, M. I. G. Estudo socioeconômico: um instrumento técnico-operativo. **Anais..** Bauru: Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, 2013. Disponível em: https://repositorio.usp.br/single.php?_id=002422790. Acesso em: 23 dez. 2020.

HUSM. **Plano de Trabalho do Serviço Social do HUSM**. Setor de Clínica Médica II. 2007.

KRAPP, J. Casa de Oswaldo Cruz preserva memória da Oitava Conferência. *In*: Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ, 29 ago. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/casa-de-oswaldo-cruz-preserva-memoria-da-oitava-conferencia>. Acesso em: 06 set. 2020.

OLIVEIRA, A. L. História da Saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **ENCONTROS TEOLÓGICOS**, Florianópolis, SC, v. 27, p. 61-42, 2012.

MAGALHÃES, L. Saúde Pública no Brasil. *In*: **TodaMatéria**. [S. l.], 10 ago. 2020. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 21 set. 2020.

MARTINS, R. Bandeirante da saúde: Oswaldo Cruz vai à Ferrovia do Diabo pesquisar as condições sanitárias. **AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS**: Saúde e ciência para todos, Rio de Janeiro, 26 jan. 2007. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/bandeirante-da-sa%C3%BAde-oswaldo-cruz-vai-%C3%A0-ferrovia-do-diabo-pesquisar-as-condi%C3%A7%C3%B5es-sanit%C3%A1rias#:~:text=Em%201910%2C%20Oswaldo%20Cruz%20e,cada%20dormente%20assentado%20na%20selva>. Acesso em: 04 maio 2020.

MASSON, G. A.; VIEIRA, I. de S. A APROPRIAÇÃO DO MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO POR ASSISTENTES SOCIAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE EM MINAS GERAIS. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, 2018, Vitória. **Anais..** Vitória: UFES, p. 1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22707>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n.1, p. 77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

MENDONÇA, A.D. **ACESSO À SAÚDE NO BRASIL**: aspectos sobre a sua judicialização. Orientador: Ricardo Morais Pereira. 2018. 58 f. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Três Pontas (FATEPS), Grupo Unis, Três Pontas, 2018. Versões impressa e eletrônica. A versão eletrônica com texto completo. Disponível em: <http://repositorio.unis.edu.br/bitstream/prefix/797/1/ALICE%20DUARTE%20MENDO N%C3%87A%20-%20MONOGRAFIA%2012.02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

MEIRA, T. A. V. et al. Movimento Sanitário: como tudo começou. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 1, n. 179, abr. 2013. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd179/movimento-sanitario-como-tudo-comecou.htm>. Acesso em: jul. 2020.

MUÑOZ, R. L de S. SLIDESHARE. **História da Saúde Pública no Brasil (Parte II – Brasil)**, 2018. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/rilvalopes/histria-da-sade-pblica-no-brasil-126394298>. Acesso em: 20 maio 2020.

OLIVEIRA, P. P. de. **O Serviço Social na saúde**: trajetória, demandas e enfrentamentos no âmbito hospitalar. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Versões impressa e eletrônica. A versão eletrônica com texto completo. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120117/283590.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 set. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

PEREIRA, S. L. B. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: particularidades e unidade. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, v. I, 2015, Londrina. **Anais..** Londrina: UEL, p. 1-10. Disponível em: <https://silo.tips/download/as-dimensoes-teorico-metodologica-etico-politica-e-tecnicooperativa-particularid>. Acesso em: 05 jan. 2021.

QUEIROZ, C. A saúde entre dois mundos. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 261, nov. 2017. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-saude-entre-dois-mundos/>. Acesso em: 10 maio 2020.

RODRIGUES, S. M. **Entrevista em Serviço Social**: uma rediscussão crítica do instrumento técnico-operativo. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2014. Versões impressa e eletrônica. A versão eletrônica com texto completo. Disponível em: http://ppgss.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/2014/SAMARA%20MORAIS%20RODRIGUES%20Dissertacao_EntrevistaServicoSocial.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

SANTA MARIA. Decreto nº 29, De 14 de março de 2011. **TCE**, Santa Maria, 23 dez. 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/s/santa-maria/decreto/2011/3/29/decreto-n-29-2011-regulamenta-o-acesso-ao-fornecimento-de-passagens-para-pessoas-em-tratamento-continuado-de-saude-e-a-gratuidade-para-as-pessoas-portadoras-de-deficiencias-e-da-outras-providencias?q=29>. Acesso em: 06 jan. 2021.

Trabalho e Renda. In: SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO. [S. l.], [2011?]. Disponível em: <http://saudementalrj.blogspot.com/p/trabalho-e-renda.html?m=0>. Acesso em: 08 fev. 2021.

SCHÖENBERG, A. O Serviço Social na contemporaneidade: demandas e respostas. In: PIANA, M. C. **A CONSTRUÇÃO DO PERFIL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENÁRIO EDUCACIONAL**. Franca: SELO CULTURA ACADÊMICA DA FUNDAÇÃO EDITORA UNESP, 2009. v. 1. p. 85-117. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso em 27 dez. 2020.

SILVA, M. G. Processo de trabalho e Serviço Social. **Interações: Cultura e Comunidade**, Uberlândia, MG, v. 2, n. 2, p. 35-47, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3130/313027309003.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SOARES, M. S. Médicos e Mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. VIII, n. 2, p. 407-438, 2001.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, São Paulo, SP, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n103/a04n103.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SOMER, D.G.; MOURA, R. R. Visita domiciliar, instrumento que potencializa a atuação do Assistente Social. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, SP, v. XVII, p. 1-3, 2014. Disponível em: