

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JAQUELINE MAGALHÃES DA CUNHA

MARIA NADIANE RAMOS LIMA

RENATA FRANCOLINO CAMPOS ALVES

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA EM PROPRIÁ/SE**

Propriá/se
2015

JAQUELINE MAGALHÃES DA CUNHA
MARIA NADIANE RAMOS LIMA
RENATA FRANCOLINO CAMPOS ALVES

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA EM PROPRIÁ/SE

Monografia apresentada à Universidade Tiradentes – UNIT, como um dos pré-requisitos para a obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Ma. Michelle Marry Costa Campos Hora.

JAQUELINE MAGALHÃES DA CUNHA
MARIA NADIANE RAMOS LIMA
RENATA FRANCOLINO CAMPOS ALVES

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA EM PROPRIÁ/SE

Monografia apresentada ao Curso de
Serviço Social da Universidade Tiradentes
– UNIT, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social.

Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof (a). Michelle Marry Costa Campos Hora
Universidade Tiradentes - UNIT

Prof^o. Bruno Teles da Silva

1º Examinador
Universidade Tiradentes – UNIT

Prof^o.: Ma.Edson Paulo Santos Lima

2º Examinador
Universidade Tiradentes – UNIT

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser tudo em nossas vidas, autor dos nossos destinos. Agradecemos também aos nossos familiares pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser tudo em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Ao meu pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi o que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir, pois são vocês os responsáveis pelo meu sucesso e que muitas vezes se doaram por inteiro, renunciando aos seus próprios sonhos para que o meu se realizasse. Não existem palavras para expressar nossa emoção neste momento. Ao meu esposo pessoa com quem amo partilhar a vida, com você tenho me sentido mais viva de verdade. Obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre. E não poderia deixar de falar dos meus dois tesouros, meus filhos que sem eles não teria motivação, determinação, esperança e força, pois com eles sou mais forte. COLEGAS

Sabemos que as pessoas são diferentes. Diferentes no seu jeito de pensar e agir. Durante esses cinco anos, aprendemos a respeitar essas diferenças, transformando-as em amizade. Mas ainda há tempo, tempo para trocar o silêncio pelo sorriso, os punhos fechados pelos braços abertos, para dispensar a distância e acolher a cumplicidade, para pedir perdão e sentir saudades de tudo e de todos. Mas ainda há tempo, pois conviver não é apenas trocar experiências, mas também experimentar a vida juntos. E neste momento, quando um frio na barriga tomar conta de todos e sentirmos a insegurança de enfrentar o futuro, surgirá a nossa frente à certeza de que valeu, valeu mesmo CRESCERMOS JUNTOS.

Jaqueline Magalhães da Cunha

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, que me propiciou atravessar este caminho com perseverança, que me deu forças na hora do desespero e das angústias, foi Ele que segurou em minhas mãos nas horas mais difíceis e pôs serenidade em meu coração.

As minhas orientadoras e professores que me acolheram como muito carinho, obrigada por ter feito parte de minha trajetória profissional. São pessoas que aprendi a admirar. Obrigada pelos incentivos e compreensão ao cumprimento dessa etapa! Vocês souberam utilizar suas sábias palavras nos momentos certos!

As minhas amigas e colegas de classe. A troca de conhecimentos e experiências foi essencial para o meu amadurecimento pessoal e profissional. Ficam histórias pra contar.

À minha filhinha linda, Nataly Bianca que “aprendeu” a conviver com minha ausência, e ao mesmo tempo a necessidade da busca de novos conhecimentos. Obrigada por existir! A tia Creuza pelo apoio na realização desse sonho, e me acompanhar nessa trajetória, no início parecia tudo confuso, mas compreendeu e me ajudou, a cuidar de minha filha com se fosse sua. À Erica e algumas pessoas da comunidade em moro por está sempre a minha disposição e incentivo ao que eu precisasse.

A todos os meus familiares, em especial meus pais que dizem que se orgulham de mim, mas na verdade vocês são o meu orgulho, os meus pilares, que mesmo sem entenderem direito o processo do curso, estiveram sempre ao meu lado e torcendo por mim e pedindo a Deus para dar tudo certo.

Agradeço a todos que indiretamente colaboraram na construção desse trabalho!

“A Persistência é o caminho do êxito”

(Charles Chaplin)

Maria Nadiane Ramos Lima

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque sem a presença dele eu não chegaria até aqui. Foi ele quem me possibilitou a realização de meus planos e sonhos. A ele toda a gratidão, nos momentos de alegria, por ser o caminho de incertezas e por ser o refúgio nos momentos necessários. Ao senhor dedico essa etapa da minha vida, confiando que continuarás a conduzir meus passos em direção a tua vontade. Para ti muito obrigado. Aos meus queridos e amados pais, Edilene Campos Alves e Renato Alves (in memória), que são os meus exemplos de vida, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que iluminaram os meus caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu os trilhassem sem medo e cheia de esperanças.

A vocês que se doaram inteiros e muitas vezes renunciaram aos seus sonhos, para que, eu pude-se realizar os meus, não bastaria o muito obrigado, vocês estarão sempre presente em meu coração nos meus pensamentos e na minha vida, “amo vocês”. Agradeço também ao meu fruto mais precioso que é meu filho Renan Renato por ser o meu incentivo e determinação de esforço, amor da minha vida. Ao meu querido e amado esposo Vanderley Marques, com seu amor e carinho sempre esteve comigo em todos os momentos me ajudando e apoiando. Aos meus queridos irmãos Elenice e Renilson sempre presentes em todos os momentos da minha vida que me apoiaram, e ajudaram “amo vocês”.

A todos os meus familiares e amigos, a vocês que foram fundamentais para que eu pudesse alcançar as minhas conquistas. Obrigado a todos pelo carinho, força e amizade que me apoiaram de uma forma direta e indireta. Aos mestres em especial Aline Cristina, a vocês por terem nós guiado nós anos de estudo, nos direcionado no caminho do conhecimento. Deixo está mensagem a todos com a certeza de que no nosso percurso profissional, nunca podemos pensar que já sabemos o suficiente. Para crescer é preciso sempre seguir aprendendo, é preciso ter humildade e reconhecer que não sabemos tudo. . “Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.
Renata Francolino Alves

"Cada um dos nossos pensamento não é mais do que um insttante da nossa vida. De que serveria a vida se não fosse para corrigir os erros, Vencer nossos preconceitos e a cada dia alargar nossos coração e nossos pensamentos? nós utilizamos cada dia para alcacar um pouco mais de verdade..."

Ramaim Rolland. Jean- christophe

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar como se materializam as ações do Assistente Social frente as demandas em saúde nas equipes multidisciplinares, através das reflexões e percepções dos profissionais inseridos nas ações de saúde pública no município de Propriá, estado de Sergipe na unidade Hospital Regional São Vicente de Paula. Para alcançar a referida proposta o referente estudo realizou pesquisa de caráter exploratório e qualitativa de campo, fundamentada numa pesquisa bibliográfica de autores que tratam da temática em questão. O Estado tem caráter empírico, com variadas fontes de dados: entrevistas, análise documental observação da dinâmica operacional da equipe. Todo o trabalho de campo foi executado na cidade de Propriá, estado de Sergipe, município fronteira ao Estado de Alagoas, distante da capital Aracaju por apenas 97km. Os sujeitos que foram pesquisados para o trabalho foram: Assistentes Sociais. As fontes primárias foram composta pela entrevistas feita com os profissionais que atuam na unidade de saúde. A entrevista foi no modelo semi-estruturada. Com a pesquisa observa-se diversas questões e foi permitido um momento dialógico, onde uma análise reflexiva da atuação do Assistente Social, nesses novos contextos de saúde pública e equipes multidisciplinares, foi construída. A pesquisa se deu por amostragem de uma parte dos profissionais. Foi contributiva também para levantar hipóteses questionamentos que apontaram dúvidas que cotidianamente fazem parte do cotidiano desses profissionais. Também se verificou a necessidade de repensar a prática profissional com base no serviço em equipe com variados saberes, redefinindo estratégias para um trabalho mais eficiente, questionador e com visão criticista para além da prática. É notável a complexidade do trabalho em equipe multidisciplinar, principalmente pra o Assistente Social que tem na adequação cotidiana aos contextos uma rotina que perpassa a sua prática. Além do exposto, verificou-se também a necessidade da importância e valorização do Assistente Social, para que a política pública de saúde seja efetivada com maior amplitude e assertividade, promovendo qualidade de vida aos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE; ASSISTENTE SOCIAL; EQUIPES; ESTRÁTEGIAS.

ABSTRAT

This aims to analyze how to materialize the actions of the social worker forward the demands on health in multidisciplinary teams, through the thoughts and perceptions of professionals inserted in public health actions in the municipality of Propriá, Sergipe state ne unit St. Vincent Regional Hospital de Paula. To achieve this proposal the referent study conducted exploratory and qualitative character search field, based on a literature search of authors who deal with the subject in question. The state has empirical character, with different sources of data: interviews, document analysis, observation of the operational team dynamics. All fieldwork was performed in the city of Propriá, state of Sergipe, border municipality in the State of Alagoas, far from the capital Aracaju by apenas97km. The subjects who were surveyed for the study were: Social Workers. The primary fronts were composed of interviews made with professionals who work at the clinic. The interview was in semi-structured model. Through research we can observe a number of issues and was allowed a dialogic moment a reflective analysis of the role of the social worker in these new public health contexts and multidisciplinary teams, was built. The research took a sample of some of the professionals. It was also contributory to raise pituitary questions that pointed questions and inquinações that make daily routine of these professionals. There was also the need to rethink the professional practice based on the service team with varied knowledge, redefining strategies to work more efficiently, questioning and criticista vision beyond the practices. And the remarkable complexity of the work in multidisciplinary team, especially to the social worker who has daily fitness routine to the contexts that pervades their practice. Apart from the above there was also the need to importancialização and enhancement of social worker for the public health policy to be effective with greater depth and assertiveness, promoting quality of life for users.

KEYWORDS: SOCIAL WORKER; TEAMS; STRATEGIES.

LISTA DE SIGLAS

AIS-AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

CAPs- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

ESF-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LOPS-LEI ORGÂNICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MPAS-MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

PACS- PROGRAMA DE AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE

PIASS-PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DA SAÚDE E SANEAMENTO

PSF- PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SIMPAS- SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

SUDS- SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SÚMARIO

1- INTRODUÇÃO.....	13
2- A SEGURIDADE SOCIAL: ASPECTOS GERAIS DA CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	16
2.1- A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS EVOLUTIVOS.....	21
2.2- A SAÚDE COMO GARANTIA DE DIREITO CONSTITUCIONAL	28
3- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	35
3.1- DEMANDAS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL POSTAS AO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	38
3.2- OS ASPECTOS TÉCNICO-OPERATIVO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	41
4- ESTUDO DE CASO	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE.....	55

INTRODUÇÃO

O Presente estudo nasce das inquietações que a prática e as informações acadêmicas nos proporcionam sobre diversos aspectos da Assistência Social e as políticas públicas de governo, principalmente as que tratam de serviço de assistência e saúde, visto a necessidade que estas sejam generalistas, equânimes e atendam a grande demanda da população brasileira. Nesse aspecto ainda nós remete a dúvidas profissionais que necessitam de respostas urgentes sobre o tema. O trabalho profissional do Assistente Social nesse cenário frente as exigências da sociedade capitalista concorrencial, onde precariza a saúde pública e determina que as práticas sejam voltadas ao mercado, onde a livre iniciativa separa os que produzem, daqueles que sobrevivem dos restos dessa dinâmica mercadológica e a ordem que deve existir.

Este estudo tem como objetivo geral compreender como as políticas públicas de saúde são efetivadas no Hospital regional São Vicente de Paula na cidade de Propriá, e como o Assistente Social atua nesse contexto; e como objetivos específicos, conhecer quais serviços são ofertados no referido Hospital; verificar a operacionalização do Hospital Regional São Vicente de Paula na efetivação da política pública de saúde; conhecer os aspectos técnico-operativos da atuação profissional das equipes multifuncionais no Hospital Regional São Vicente de Paula em Propriá no Estado de Sergipe.

No sentido justifica-se esse estudo pela real necessidade que ainda existe na sociedade falta de conhecimento a mecânica existente nessas estruturas de hospitalares criadas pelo governo para ofertar serviços de saúde. Também se importância a esse estudo por esta analisar um tema cotidiano e muito próximo de nossas realidades enquanto indivíduos acadêmicos ou cidadão. Nesse objetivo busca também, servir como arcabouço para a fomentação de novos estudos sobre a temática, servido como contributo informacional alicerçado em outras obras sobre a temática já realizadas, que servirão para o enriquecimento destas análises e reflexões.

Este estudo torna-se importante nesse momento vivido pelo país, pois permitiu mostrar a prática da política pública de saúde sua operacionalidade e o papel profissional do Assistente Social, frente as demandas das famílias empobrecidas pelo sistema capitalista, que insiste em excluí-las e discrimina-las,

num tempo em que em tese, as tecnologias dispostas e os avanços na saúde no mundo, deveriam oportunizar qualidade de vida para todos num país que prega a democracia e a igualdade de direitos.

O problema que norteou este estudo foi: Como a saúde pode constituir-se num direito constitucional garantido?

As questões norteadas da pesquisa foram: Como atuam os profissionais do Serviço Social frente às demandas da saúde pública no Brasil? Quais os aspectos técnico-operativos do Assistente Social na saúde pública? Quem são os usuários deste sistema público de saúde e quais suas maiores demandas?

Esta pesquisa caracteriza-se do tipo estudo de caso, descritiva e exploratória e utilizou como metodologia uma pesquisa bibliográfica e documental para alicerçar a fundamentação teórica onde foram utilizados livros, artigos e material já publicados de autores que tratam da temática.

Utilizou-se também como metodologia complementar uma pesquisa de campo, onde foram realizadas visitas ao Hospital Regional São Vicente de Paula em Propriá, Estado de Sergipe, lócus da pesquisa para a coleta de dados necessários a complementação e enriquecimento da temática propostas.

O universo populacional pesquisado foi composto pelo Assistente Social do Hospital Regional São Vicente de Paula em Propriá, campo da pesquisa, do qual foi retirado uma amostra que respectivamente, representam 2% dentre aqueles profissionais que encontram-se envolvidos diretamente com a operacionalização, e funcionalidade do Hospital Regional São Vicente de Paula em Propriá-SE.

O trabalho encontra-se disposto da seguinte forma: na primeira parte aborda-se o tema seguridade social nos aspectos gerais e na constituição das políticas sociais; na segunda parte trata-se do tema Serviço Social e saúde, a atuação do Assistente Social enquanto profissional, frente as demandas da política pública de saúde; na terceira, parte trata-se acerca do estudo de caso, análise dos dados obtidos e das considerações finais.

É notório que as demandas da saúde pública são enormes na rotina da rede que oferta os serviços de saúde. Não se podem negligenciar as conquistas desse sistema, porém é necessário que conheçamos os entraves da efetivação plena do direito à saúde pública de qualidade, fator de muitas discussões e inoperância que exclui e não torna o sistema equânime e universal, desta forma maquiavam a realidade e as mensurações que insistem a qualifica-lo como eficiente e quase completo.

É necessário conhecer essa dinâmica cotidiana de atendimento nas unidades de saúde para refletir melhor e com base nas realidades captadas, para analisar corretamente essa funcionalidade, eficiência e resultados. Nesse estudo, primeiro foram explicitadas as políticas públicas de saúde existentes, e em seguida partiu-se para análises mais próximas da realidade com as abordagens analíticas e reflexivas sobre tema proposto.

2-A Seguridade Social Brasileira: Aspectos Gerais da Constituição das políticas Sociais.

As políticas de proteção ou seguridade social apresenta-se como instrumentalizadora das lutas contra as desigualdades existentes na sociedade capitalista, porém deve-se observar que diversas lutas foram oriundas nos sindicatos de classes e categoriais, que estão diretamente ligados aos meios de produção da dinâmica capitalista. Nesse aspecto parece ser contraditório os objetivos dessas lutas, pois nasce do próprio sistema e exige mudanças estruturantes dessa dinâmica(MOTA,2009)

Os sindicatos e associações de trabalhadores foram surgindo e ganhando força na luta contra as desigualdades oriundas da dinâmica capitalista, visto ser a união dos trabalhadores a única forma viável, para que alguns direitos sejam respeitados e a exclusão social seja minimizada na sociedade capitalista.

Os diversos conceitos que foram dados ao termo seguridade social, não fizeram desgastar o objetivo desse principio, o autor Carlos Simões (2009), pontua muito bem essa conceituação afirmando que:

“O conceito de seguridade social foi instituído, pela Constituição de 1988 em garantia do direito à saúde, à previdência e a assistência social, considerado fundamental à estabilidade da sociedade democrática. Distingue-se do conceito de seguro social, sinônimo de previdência social no Brasil. Nos demais países os dois conceitos variam as vezes significando um ou outro conceito”(SIMÕES.2009, p95).

A Constituição Federal de 1988 define muito bem o conceito de seguridade social quando o distingue dos demais conceitos, porém generaliza esse direito fazendo-o complementar-se com diversas ações nas áreas de saúde, previdência e assistência social, essa completude intenciona unificar ações e agilizar sua administração.

O conceito de seguridade social, segundo o autor por diversas vezes foi confundido com outras formas de securitização, porém desde 1891 já se havia no

Brasil, formas de proteção às minorias executadas pela sociedade com propósito de amenizar com doações a pobreza já existente no país. Também ainda segundo o autor, nesse período transferiu-se para o Estado a responsabilização desse modo de securitização (SIMÕES,2009).

A sociedade já realizava caritativamente ajuda aos empobrecidos do sistema capitalista por vezes tomou ou recebeu essa responsabilidade do Estado, que se furtava cada vez mais de seu papel, atribuindo do terceiro setor o trabalho com as demandas sociais.

Na promulgação da Constituição de 1934 a seguridade social recebeu uma nova caracterização a de seguro social, que fazia parte das diversas políticas voltadas as classes trabalhadoras, instituídas no governo de Getúlio Vargas. Essas mudanças originaram-se das lutas das classes, que aos poucos organizavam-se e exigiam mudanças contrapondo-se ao sistema que valorizava a produção, porém gerava exclusão (SIMÕES,2009).

O período varguista foi marcado pelas conquistas exercidas pelos trabalhadores. As diversas lutas classistas alicerçaram direitos, porém aos desempregados restava somente o subemprego e as grandes desigualdades, forjadas no autoritarismo do Estado Varguista.

Nesse aspecto de contra censo surgiram as mudanças e as exigências que o autor comenta muito bem esse cenário dizendo:

“Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender as necessidades do trabalho e negar as necessidades do capital do ponto de vista histórico a seguridade social é por definição esfera de disputa e negociações na ordem burguesa (MOTA.2009, p40).

A seguridade social nasce justamente dessa contradição ideológica entre o que determina o capital, e as classes trabalhadoras que dão sustentabilidades ao sistema no binômio sem trabalhador não existe produção, sem produção não existe consumo nem acumulação de lucros.

Nesse cenário de lutas foram forjadas as mudanças na sociedade, que passava a partir desses contextos, a exigir mudanças forçando a classe detentora da

produção e dos meios de produção, a repensar seus métodos e suas variadas formas de manter o domínio do capital, porém evitando a organização das minorias e o seu possível embate por direitos (BRAVO,2007).

Os detentores do capital utilizavam-se de governos autoritários e centralizadores, para não aceitar a organização das classes e a possível luta por direitos. Mais a repressão dava lugar a indignação, fato que oportunizava a luta por direitos e igualdade, daí surgiram as associações e sindicatos.

Desse período de internacionalização do país e sobre a Constituição de 1967, construída para alicerçar essa nova visão de mundo, o autor Carlos Simões(2009) ressalta ainda que:

“A Constituição de 1967, com a emenda de 1969 apesar do regime militar, não divergem formalmente das duas Constituições anteriores. Porém, nos anos 1970, com o processo de internacionalização da economia brasileira e a intensificação do uso da força de trabalho, transformando o horário extraordinário em jornada de rotina, o país bateu recordes mundiais de acidentes e doenças do trabalho. A previdência social, até então a única expressão consolidada do seguro, foi incentivada; sobretudo produziu a separação conceitual entre seguro social e seguro de acidentes do trabalho, justamente em decorrência dos referidos recordes. Por isso, o, seguro de acidentes de trabalho, em 1967, foi estatizado e os respectivos benefícios unificados e uniformizados” (SIMÕES,2009, p96).

A partir desse instante diversas mudanças conceituais e operacionais foram sentidas na seguridade social, que culminaram com a Constituição mais cidadã que as demais, a Constituição de 1988.

As leis foram modificando e alterando os conceitos para a seguridade social, porém a Constituição de 1988 instituiu a partir da Lei nº 8.212 de 24/7/1991 (Lei orgânica da Seguridade Social) texto inicial que na Constituição de 1988 recebeu o título de Ordem Social, que conceituou seguridade social como ações de saúde, previdência e assistência social (SIMÕES,2009).

A seguridade social numa visão ampla foi instituída a partir da Constituição federal de 1988, que determinou um avanço dessa seguridade as questões de saúde, previdência e assistência, pois a sociedade já exigia essa visão abrangente e universalizadora, cobrança dos movimentos populares e associações, sindicatos que visavam uma constituição voltada a amenizar demandas sociais históricas.

A população brasileira antes e depois da promulgação da Constituição de 1988 já vinha explicitando em manifestações seus desagrados com as políticas econômicas e sociais do país. Com o advento da constituição muitos problemas foram enfrentados, fato que explicitou ainda mais as mazelas do sistema, porém tal legislação a Constituição sinalizava para política de enfrentamento das demandas sociais, fato que minimiza sua fragilidade ou sua inoperância em alguns aspectos, evidenciando sua possibilidade de grandes avanços nas questões sociais (MOTA,2009).

A sociedade já cobrava mudanças do sistema, visto ser grande as desigualdades. As mudanças operadas pela Constituição de 1988 já apontavam para a importância que esta dava ao cidadão e seus direitos. As prioridades se voltam para os cuidados com a pessoa e a minimização dos problemas fomentados pela prática capitalista. Sobre o tema o autor Carlos Simões(2009) corrobora afirmando que:

“(...) A Constituição de 1988 viabilizou a efetivação de políticas públicas que, embora não propiciem de imediato, as extirpações dessas mazelas sociais podem contribuir para a sua redução. O papel do Estado torna-se então, fundamental, confundindo-se com o objetivo da vida social, que deve ser uma sociedade justa, na qual todos os cidadãos possam viver dignamente apesar de suas diferenças sócias” (SIMÕES,2009, p. 97).

A Constituição de 1988 foi instituída tendo como fundamento a igualdade de direitos. Nessa perspectiva prioriza o aspecto protetivo social de seu regramento. Nesse conjunto legal o cidadão é o agente construtor de seus direitos e liberdade, porém a sociedade democrática deve reger-se pela vontade da maioria.

O autor reafirma a importância da Constituição de 1988 para o aprimoramento das questões sociais e o seu enfrentamento, entendendo que estas demandas sociais existem pelas diferenças e prioridades com a produção e o capital, que o Estado e a sua política econômica geram e não conseguem ainda administra-las ou contê-las (SIMÕES,2009).

Em seguida a Constituição de 1988, diversas mudanças foram sentidas, principalmente das questões referentes a operacionalidade das questões sociais. Os debates e o aperfeiçoamento dessas questões viraram pautas governamentais,

onde a cidadania ocupou lugar de destaque e novas possibilidades de minimização dos problemas causados pelas desigualdades foram propostos e praticados.

Nessa perspectiva a anotação em lei, mostra a preocupação dos legisladores – que representa e são as vozes da sociedade – com o aumento das desigualdades sociais e a capacidade limitada do Estado em minimizar os impactos dessa demanda, criada por ele mesmo (MOTA,2009).

Pela incapacidade do Estado em gerir e resolver as demandas sociais o artifício da lei, determina um regramento e a obrigatoriedade para que se faça cumprir direitos conquistados pela sociedade. Nesse contexto pode-se perceber que a Constituição visou contemplar com maior ênfase, as falhas do Estado, propondo uma maior efetivação de direitos aos cidadãos.

2.1 - A TRAJETÓRIA DE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS EVOLUTIVOS

A saúde pública que visualizamos no nosso cotidiano é fruto de um conjunto de ações que durante séculos foram evoluindo em paralelo aos avanços da sociedade. Particularmente no Brasil desde o seu descobrimento e dos primeiros avanços territoriais promovidos, pelos europeus, já se discutia esse processo de domínio, tendo nas ações públicas o fator estruturante para os avanços na colônia recém descoberta.

Passados diversos anos sem muitos avanços, o país já independente e participante de um mercado, tinha na saúde pública um grande problema para os modelos agroexportador, que também via subitamente um aumento na urbanização das cidades, trazendo nesse avanço desestruturando diversas doenças, que forçavam o governo a realização de grandes campanhas para minimizar os impactos dessas doenças na produção agrícola do país, que basicamente visava os mercados externos bastante exigentes. Essas campanhas de combates ficaram conhecidas como sanitaríssimo campanhista, pois as estratégias utilizadas levaram as campanhas militares (MOTA,1995).

As ordens seguiam um modelo instituído nas frentes de batalhas com estruturas verticalizadas, que determinavam onde seriam combatidas as doenças e de que modo aconteceria o combate. A mobilização de recursos humanos e estruturais era dinâmica e ostensiva, porém os resultados nem sempre surtiam os efeitos pré- estabelecidos.

As propostas para a consecução de um modelo de previdência social nesse período surgem apenas no ano de 1923, que teve na Lei Elói Chaves o ponto inicial para um aperfeiçoamento e debate sobre previdência. O segundo passo para esse aperfeiçoamento foi a criação da caixa de aposentadorias e pensões dos ferroviários (CAPS), que visavam somente a atenção aos funcionários e patrões em questões de aposentadorias e saúde previdenciária. O CAPS era mantido com investimentos feitos por funcionários e patrões que operavam as linhas ferroviárias brasileiras (SILVA; CABRAL,2008).

A saúde no Brasil não evoluiu muito, pois esses primeiros planos para a construção de uma previdência social era extremamente classista, porém serviu

como modelo para que outras formas previdenciárias iniciassem suas estruturas e investimentos fossem feitos na saúde pública brasileira.

Os Instrumentos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) só surgiram anos mais tarde, precisamente no ano de 1930, como uma proposta de substituição dos CAPS na tentativa também de diminuir custos operacionais, que já se mostravam insustentáveis. Porém algumas diferenças importantes como a inserção de outras categorias de trabalhadores, fato que aumentaria a prestação de serviços porém, ainda mostrava-se ser muito classista e já recebiam aportes financeiros do governo para a sua operacionalidade (SILVA; CABRAL. 2008).

Esses instrumentos serviam de modelos para os avanços na previdência social no Brasil, por outro lado, iniciou com perdas no aporte financeiro governamental, aumentando também a dívida pública que notadamente, tomou-se inoperante como tempo, tomando-se também o grande problema para as questões previdenciárias.

Nesse momento específico da historicidade brasileira, o país movia-se economicamente, na direção das grandes nações industrializadas ampliando os mercados e vendendo produtos, internamente e externamente, fato que desencadeou uma forte migração das regiões agrícolas e rurais, para os grandes centros urbanos, na época Getúlio Vargas era o presidente do Brasil. Nessa fase histórica o país vivia uma onda de criação e campanhas, para a atuação sindical e formação de sindicatos classistas motivados pelos avanços nas leis trabalhistas. Os ministérios representavam muito bem a política centralizada do getulhismo também se intensificaram as ações de combate a febre amarela, que já se alastrava pelo país inteiro (PAIM, 1999).

O governo centralizador e autoritário de Getúlio Vargas teve na classe trabalhadora seu suporte para passar por diversas crises políticas. Com o crescimento dos centros urbanos e um aumento na quantidade de sindicatos atuantes. Diversas greves e manifestações eram reprimidas com violência visto que o governo de Getúlio era apoiado explicitamente pelos militares. Nesse período a preocupação de realizar campanhas contra doenças e epidemias foram às ações mais notadas do governo.

Coincidentemente nesse período histórico, instituiu-se no país o serviço social logo no início do século XX, contextualizado por um acelerado crescimento industrial e de classe trabalhadora motivada por uma reestruturação política e

econômica, que tentava acompanhar as mudanças no mundo capitalista, que instalava de vez seus domínios no país, assegurando mais poder as classes detentoras dos modos de produção, que já se enriqueciam com a exploração do trabalhador no campo e nas cidades. Dessas desigualdades sociais que passaram a existir com maior intensidade, nasceu o cenário para a prática do Serviço Social (BOSCHETTI, 2003).

O crescimento do complexo industrial gerou no Brasil diversos empregos, porém aumentando o êxodo rural e uma descontrolada urbanização, que fez surgir grandes centros urbanos desorganizados, carregados de problemas gerados pela dinâmica capitalista de produção e consumo, geradora de exclusão e desigualdades sociais.

No início dos anos 50 a industrialização brasileira movimentou o crescimento de problemas sociais e de saúde da população, que sobrevive em casas sem nenhuma estrutura sanitária. Trabalhadores da indústria começaram a exigir do governo, estruturas de saúde adequadas ao crescimento fomentado pelas indústrias, e o governo não respondeu a altura. Nesse momento as campanhas sanitárias, impróprias para as demandas em saúde, já exigiam uma maior agilidade e impacto com melhores estruturas, sendo estas umas das variadas demandas postas ao governo (BOSCHETTI, 2003).

O país encontrava-se despreparado para resolver e assumir as demandas sociais crescentes que se apresentam, visto ser o capitalismo e sua dinâmica, muito desigual, além de excluir as pessoas despreparadas para o trabalho na indústria, fato que gera muito desemprego, forçando essa quantidade crescente de desempregados, a trabalhar em subempregos e na economia marginal, sem direitos nem reconhecimento, inchando as cidades que tenderam ao favelamento destruturado.

Com a Constituição Federal de 1946 as ações da assistência sanitária são incorporadas às ações da previdência social que nesse momento das evoluções acontecidas no país, experimentava também a formalização legal para o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que passaria a gerenciar a assistência médica, responsável pelos trabalhadores cadastrados da zona urbana das cidades. Nesse instante da história o Serviço Social previdenciário tinha como objetivo o ajustamento social. (SILVA; CABRAL, 2008)

As ações desenvolvidas no Serviço Social previdenciário eram focadas na burocratização dos serviços e atendimentos, visando expectativas de custo e orçamentos da pasta administrativa. Os atendimentos na área da saúde, aconteciam sempre em suas próprias estruturas ambulatoriais, terceirizando serviços mais complexos para outras instituições.

O Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, criado no ano de 1974, buscava, inicialmente, propagar a intencionalidade governamental de trabalhar uma medicina e previdência voltada ao grupo em convênios com a iniciativa privada. Desse instante da historicidade brasileira, na área da seguridade e saúde, Mota (1995, p.5) comenta o seguinte:

“Aliás, uma das particularidades que marcaram a expansão da seguridade social brasileira no pós-64: ela se fez mediante a fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde e da previdência via mercado de seguros. A este se junta o instituto da renúncia fiscal que, sob o argumento da colaboração empresarial, estimulou as empresas a ofertarem serviços sociais próprios dos seus empregados. Ao incluir no sistema segmentos não assalariados ou em situações sociais de vulnerabilidade, afastavam os setores médios assalariados, transformando-os em consumidores de serviços privados complementares de saúde e previdência social.”

Nesse período, especialmente o Brasil, tinha um governo, centralizador que mantinha posicionamentos conflitantes com alguns setores da sociedade que visavam a democracia e a liberdade de opinião, essa tensão social era motivada principalmente pelas atitudes e medidas nas áreas sociais e de saúde.

O Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) surgia justamente para manter o sistema de domínio centralizador do governo que com a iniciativa, financiava a previdência e aumentava suas dívidas internacionais com compras de aparelhos e equipamentos de tecnologia avançada para a saúde, financiando diversos insumos médicos para o atendimento das necessidades do país no momento (MOTA. 1995).

O regime centralizador evitava diversas opiniões contrárias para uma eventual auditoria dos gastos, que foram onerosamente grandes nesse período de estruturação de um novo serviço de saúde e previdência.

Nesse período era forte a prática do assistencialismo e os assistentes sociais davam continuidade a uma prática, que vinha se mantendo a algum tempo

no país. Esse continuísmo de práticas assistencialistas atrasou o desenvolvimento de ações voltadas a cidadania e respeito aos direitos das pessoas. O foco dessas ações iniciais visava conseguir responder as questões pontuais sobre desajustamentos sociais, ocorridos regionalmente ou em áreas estabelecidas como vulneráveis (MOTA, 1995).

Mesmo com todos os avanços ocorridos na área, ainda é necessário mais evolução na prática do assistente social, visto ser imperioso, que estes revejam seus posicionamentos profissionais em diversas questões, para evitar posicionamentos antiquados e ultrapassados e um conservadorismo que demonstra a falta de capacidade de evolução e adequação às melhorias acontecidas.

Ainda no ano 1970 deu-se início um Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), concentrou sua atenção na ampliação da rede de atendimento público ambulatorial, fugindo completamente ao modelo instaurado anteriormente, que foi perdendo espaço na nova política de saúde. Ações de saúde coletiva, que visavam os cuidados primários de saúde foram instituídas, aumentando também o número de profissionais do movimento sanitário (MOTA, 1995).

As mudanças na operacionalização da saúde nessa nova conjuntura política, foram determinante para os avanços nessa área, fato que impulsionou diversas discussões entre secretários de saúde, que visavam aperfeiçoar o sistema, diminuindo a burocracia instalada no aparelho administrativo do estado.

O serviço social não acompanhou essas evoluções da saúde pública somente observando, pois o país passava por grandes mudanças socioeconômicas, que geraram diversas lutas e movimentos que se entrelaçavam com saúde e outras áreas, proporcionando um ganho geral, que era sentido na forma prática das funções que se destacavam. O Movimento de Reconstituição foi uma drástica mudança, que saía de uma prática paternalista do serviço social, para uma prática conflitante com o sistema, questionadora e voltada a lutas também no campo político e ideológico (FALEIROS, 1981).

Esse salto de qualidade na prática profissional foi responsável por diversos avanços no serviço social, que num trabalho proximal aos contextos sociais reais, onde poderia intervir de maneira mais explícita e voltada a resolução das demandas acionando o aparelho do Estado, que tinha a obrigação legal de

minimizar as desigualdades existentes, com medidas efetivas e fomentadora de cidadania.

Essa mudança comportamental e de ação profissional culminaria no atual Projeto Ético-Político do serviço social. Ainda sobre essas mudanças podemos dizer que:

“Desde os anos de 1970, mais precisamente no final daquela década, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras. A chegada entre nós dos princípios e ideais do Movimento de Reconceituação deflagrado nos diversos países latino-americanos somada à voga do processo de redemocratização da sociedade brasileira formaram o chão histórico para a transição para um Serviço Social renovado, através de um processo de ruptura teórica, política, (inicialmente mais político-ideológica do que teórico-filosófica) com os quadrantes do tradicionalismo que imperavam entre nós.” (TEIXEIRA; BRAZ in CFESS, 2009, p.194)

Notadamente o Movimento de Reconceituação foi inicialmente utilizado para que mudanças por este norteadas, fossem possíveis e que instituíssem deste ponto, diversos avanços na prática profissional do Serviço Social, muito embora pequenos avanços no campo ideológico já eram sentidos desde os anos de 1960.

A redemocratização da política no Brasil no período de 1980 redesenhou a economia e o quadro político já desgastado por fracassos governamentais que iniciaram a crise econômica, que explodiria no contexto da redemocratização. Na saúde as mudanças vinham conjuntamente em duas linhas, uma conservadora hegemônica que pregava a volta do modelo médico-assistencial neoliberal privatista, a e a outra era a contra hegemônica, com base numa reforma sanitária total não privatista (BRAVO; MATOS, 2006).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foi muito importante na estruturação de uma saúde pública colegiada, onde diversos segmentos da sociedade inclusive os usuários, poderiam participar ativamente do gerenciamento da política de saúde do país. Nos embalos dos protestos e lutas sociais, que despontavam pelo país precisamente no ano de 1986, aconteceu também a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se mostrou um acontecimento demarcatório da saúde no Brasil (BRAVO; MATOS, 2006).

Os conselhos despontariam como uma forma participativa e contributiva dos diversos setores da sociedade e também como órgão fiscalizador das ações específicas do governo. As conferências nacionais de saúde, serviram e ainda

servem, para uma evolução nas ações de saúde e também como espaço de discussões e proposituras de avanços.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi proposta num modelo onde participaram diversos segmentos da sociedade: governo, usuários, trabalhadores e prestadores de serviços entre outros. Consolidou-se naquele instante as práticas da reforma sanitária, onde alicerçou-se a idéia de um sistema de saúde pública universalizado e unificado. O atendimento integral e a participação comunitária em conselhos mais participativos e abertos, foi também proposto juntamente com a descentralização das ações de saúde e a sua municipalização (BRAVO; MATOS,2006).

Essa conferência foi um marco e diversas propostas foram implementadas com o passar do tempo, principalmente o projeto de uma saúde regionalizada apropriada para atender as demandas específicas de cada região. Também a unicidade do sistema de saúde foi uma das propostas desenvolvidas posteriormente. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – (SUDS) foi a sistematização na prática, de quase todas as propostas da Conferência e também, tem seu aperfeiçoamento na construção do Sistema Único de Saúde, o SUS.

2.2 - A SAÚDE COMO GARANTIA DE DIREITO CONSTITUCIONAL

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública ganhou uma nova roupagem e modelo operacional, que generalizava e expandia o conceito e a prática da saúde pública, indo além da relação entre saúde e doença. Nesse novo conceito o contexto socioeconômico era levado em consideração nas políticas de saúde, visando atender os preceitos constitucionais que determinam uma saúde pública qualitativa, equânime e universalizadora (VIANA; DAL POZ. 1998).

A Constituição Federal 1988 foi o marco para uma administração pública que deveria naquele instante voltar-se para uma política voltada a promoção da cidadania em diversos aspectos, a saúde era foco desses princípios que também, exigia da sociedade uma maior participação no gerenciamento e fiscalização das ações de saúde, via conselhos, que tornouse mais democráticos e dialógicos, servindo como cenário de discussões e fomento de ideias e aperfeiçoamentos.

O artigo 3º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 explicita muito bem o conceito de saúde ampla apontando que:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.”

A saúde segundo os preceitos legais teria que contextualizar e fazer parte de diversos aspectos da vida. Um conjunto de ações em diversas áreas atribuiria um nível qualitativo maior as ações de saúde. Nessa perspectiva ficava determinado legalmente que saúde pública seria a harmonia de diversas áreas, onde se colocaria em prática o fomento da cidadania.

Essa nova visão de saúde, transformaria por completo sua operacionalização, que sinalizada pela Constituição Federal de 1988, determinava uma ação completa e realizada nas três esferas do governo, partindo do município numa ação preventiva e de baixa complexidade, até a regionalização com ações de média e de alta complexidade. Dentro dessas mudanças os autores Bravo e Matos (2006, p.2-3) apresentam os demais alcances apontando o seguinte:

“Além das condições gerais que determinam a ampliação profissional nesta conjuntura, o ‘novo’ conceito de saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e tem diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitem: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivos e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.”

A forma operacional da saúde ganhou grande impulso com o suporte das equipes multidisciplinares, visto ser o trabalho com diversos profissionais, muito mais abrangente, capaz de atender diversas áreas e demandas ao mesmo tempo. Foi também nessa conjuntura que inseriu-se o profissional da Assistência Social.

É interessante frisar que nesse período houve um intenso movimento de estruturação e funcionalidade de distritos sanitários, que foram aos poucos fomentando um tipo de atendimento em saúde pública, voltada a trabalhar a prevenção e as condições que propiciam uma qualidade melhor de saúde, e não especificamente o trabalho com a doença somente. Essas equipes multidisciplinares foram as instrumentalizadoras para esse tipo de saúde pública (BRAVO; MATOS, 2006).

A Constituição Federal de 1988 determinava diversos posicionamentos do Estado, para oportunizar saúde de qualidade a população, também abria um espaço para discussão, melhorias e aperfeiçoamentos nessas áreas que fornecesse mais direitos e proteção aos cidadãos, nesse aspecto é também considerada uma das mais avançadas e completas do mundo.

No período em que foi promulgada na década de 1980, a Constituição Federal foi testemunha, e um arcabouço protetivo em diversos campos, que foram sacudidos por grandes mudanças e avanços. Diversos movimentos sociais eclodiram nesse período principalmente na saúde pública, um destes foi o movimento de Medicina Geral Comunitária que visava atender famílias e comunidades de uma maneira mais completa e proximal aos indivíduos, num caráter mais voltado a comunidade e aos problemas locais e próprios das famílias (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse período destacado, diversas mudanças foram responsáveis no modelo de saúde que vemos na atualidade, equipes, descentralização das ações, foco na prevenção e na melhor qualidade de vida, discussão de saúde num contexto mais amplo e abrangente, e a criação de uma malha protetiva, onde a saúde era só mais uma das ações sincronizadas, para a melhoria das condições de vida.

Diversos eventos promovidos fora do país: Conferência Internacional de Alma Ata; Defesa da Vida; Reunião da Organização Pan-Americana de Saúde, contribuíram para as mudanças que ocorreram nesse período, sem contar nesse mote as Conferências Nacionais. Todas essas contribuições tinham como característica principal, uma proposta de saúde pública integral com equipes multidisciplinares e um atendimento, que fosse capaz de atender outras demandas além da saúde, ou fosse capaz de minimizar as demandas apresentadas (VIANA; DAL POZ, 1998).

Não se pode negar a contribuição efetiva desses eventos na construção de uma política de saúde voltada à promoção de cidadania, porém outras diversas lutas foram travadas no campo da ideologia e do enfrentamento discursivo, que motivou os legisladores a sancionar leis e regras para a instituição de uma saúde pública, voltada a promoção da prevenção e dos cuidados com a vida (habitação, segurança, educação, trabalho e renda).

O Ministério da Saúde com base na Constituição Federal que já exigia uma saúde pública generalista e capaz de promover direitos e cidadania, também motivado pelos movimentos que eclodiram pelo Brasil, exigindo saúde e outras demandas sociais, pôs em operação o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), talvez o programa mais abrangente da saúde preventiva, iniciando uma assistência localizada, que viria a instituir o Programa Saúde da Família (PSF), que triplicou a ação preventiva e o atendimento por equipe multidisciplinar em locais distantes dos centros urbanos ou áreas desassistidas de saúde pública proximal (CFESS, 2009).

A grande vantagem do PACS seria uma proximidade às demandas da comunidade, esse aspecto retratava muito bem as reais necessidades de saúde preventiva e de cuidados ambulatoriais. A presença do programa em áreas remotas e distantes, também representava muito bem o alcance das ações de saúde pública. O trabalho muito importante dos agentes, substituía nas possibilidades a presença obrigatória de um médico, que era recomendado quando o caso pedia.

Os autores Viana; Dal Paz (1998, p.6) enfatizam muito bem a importância e o papel do PACS no ofertamento de saúde qualitativa, afirmando que:

“(...) o PACS é antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há o enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde.”

Foi visando essa concepção de saúde voltada a atender a comunidade, que estabelecem o sucesso do PACS e posteriormente o PSF. Com a descentralização das ações e o foco em áreas antes esquecidas, o ganho na prevenção de doenças e na qualidade do serviço de saúde ofertado, foi rapidamente notado, inclusive nas mensurações e dados antes negativos.

Somente em 1993 com o crescimento e análise de experiências dentro e fora do país, especificamente as experiências de Cuba, Inglaterra, o Brasil criou um programa realmente avançado e dentro dos padrões instituídos para a saúde pública na Constituição. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado, alicerçado pela prática positiva do PACS, que se estendia pelas áreas antes não assistidas, por quase nenhum programa de saúde. As experiências no estado do Ceará, também foram cruciais para a instalação do PSF (VIANA; DAL POZ, 1998).

Com forte impacto na prevenção o PSF foi ao longo dos anos 90, aperfeiçoando seus métodos e ampliando a quantidade de profissionais que atendiam nas equipes multidisciplinares, fato que merece destaque é a forma sinérgica que a equipe encontra para cumprir suas metas, tornando muito próximo o atendimento às comunidades. Com a finalidade determinada pelo Ministério da Saúde que cumpria o apelo popular e os direitos instituídos pela Constituição, o PSF se estrutura, trabalha visando a municipalização e a descentralização das ações de saúde, visando atender preferencialmente em bolsões onde a vulnerabilidade e o risco social eram explicitamente maiores. Essa perspectiva inicial foi estruturante para a permanência e o aumento da abrangência do programa. O foco em comunidades distantes norteou também a implantação do programa (BRAVO; MATOS, 2006).

O programa PSF institui-se para o atendimento às comunidades não assistidas, distantes dos centros urbanos e em risco social, suas ações com equipe multidisciplinar é talvez a que tenha a maior abrangência entre as demais ações

governamentais na área de saúde, provando que pode se ofertar serviços de saúde com qualidade e atenção.

A partir do ano de 1997 novos parâmetros para a saúde no Brasil ficaram conhecidos como Estratégia Saúde da Família (ESF) que insistia na qualidade dos serviços prestados de saúde, e que estes devem estar próximos dos usuários, numa intimidade comunitária, para melhor entender as demandas e como resolvê-las. Nesse aspecto essa estratégia é a que mais se aproxima da oferta de cidadania nessas ações de saúde, propostas instituídas na Constituição Federal (BRAVO; MATOS, 2006).

O atendimento direto na comunidade com uma equipe multidisciplinar oferece um diferencial que qualifica os serviços de saúde, pois os profissionais trabalham diretamente com as demandas e realidades da comunidade à qual atende, podendo em tempo, atendê-las com celeridade quando for o caso.

O Programa Saúde da Família foi se estruturando nas possibilidades apontadas pela Constituição Federal, que determinava diversas mudanças no quadro político e estrutural e que todas essas possibilidades, fomentassem cidadania e saúde e seria também uma fonte de possibilidades. A demanda da ESF surge no mesmo momento em que se estruturavam o Sistema Único de Saúde (SUS), tinha na descentralização, regionalização e demais posicionamentos (universalidade, equidade, integralidade e serviços qualitativos) os pontos centrais e formuladores do tipo de saúde pública ofertados hoje no país (VIANA; DAL POZ, 1998).

As mudanças acontecidas na política e na economia nacional apontavam para orçamentos maiores e voltados a resolver os problemas enfrentados pela saúde pública. Essas estratégias foram formuladas para descentralizar os serviços e focar na municipalização, que seria a estruturação para as ações próximas às comunidades e as demandas mais urgentes.

No campo da vigilância à saúde o PSF pode ser considerado um dos maiores avanços já ocorridos na saúde pública, no foco da prevenção e promoção com acesso integralizado, estruturada na atenção básica voltada para a família. Nesse aspecto juntamente com outras iniciativas, pode ser considerado um dos melhores planos governamentais de saúde pública instituídos na América do Sul. (VIANA; DAL POZ, 1998)

Desde sua instituição o PSF e o PACS foram determinantes para a sustentabilidade de uma saúde pública voltada a família e a prevenção de doenças. A partir desses saltos a saúde pública no Brasil, propiciou aos usuários verdadeiras melhorias, pois houve uma maior atenção as demandas locais.

Muitas críticas e discussões são feitas quanto a esse modelo de saúde instituído com o SUS, pois acreditam esses críticos, que o SUS ainda não opera em sua completude, e depende ainda de muitas outras ações no campo governamental, para operacionalizar suas atividades. Essa dependência, segundo os críticos, pode estragar ou emperrar completamente as ações do SUS. As propostas trazidas pelo Movimento de Reforma Sanitária, ainda continuam no campo das propostas, causando distorções procedimentais entre o curativo e o preventivo, e o que focar em primeiro plano e o custo necessário para essa operacionalização, onde baratear e onde cortar custos desnecessários. (VIANA; DAL POZ, 1998). Ainda sobre o SUS podemos afirmar que:

“O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.” (CFESS. 2009, p.13)

É notório que o SUS idealizado pela Constituição Federal, ainda falta muito para atingir o ápice de uma saúde cidadã e completa, em todos os níveis, porém é notório também, que os avanços conseguidos pela instalação desse modelo já melhorou em muito a antiga situação da saúde pública no Brasil.

3-SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Desde a década de 1930 o assistente social vem construído uma prática profissional em específico na atenção básica, frente às desigualdades construídas no contexto da política neoliberal, fato que reposicionou as políticas sociais e a visão governamental sob sua responsabilização. Bons objetivos iniciais de ajustamento dos indivíduos a sociedade, cobrava posicionamento do estado para atender demandas criadas pela política socioeconômica. Diversas escolas de Serviço Social foram originadas para suprirem as necessidades decrescentes na área da saúde (Bravo, 2006).

A contribuição do Serviço Social na saúde corresponde a diversas mudanças na política governamental, desde sua responsabilização, quanto as suas efetivas ações. Diversos programas na área da saúde foram discutidos e criados tendo especialistas na área de suas primeiras articulações, profissionais do Serviço Social.

Para a saúde principalmente a década de 70 foi um período de explicito crescimento e avanços, também nesse período a historicidade brasileira foi marcada por diversos contextos sociopolíticos, fato que também provocou diversos avanços no Serviço Social. O Movimento de Reconceituação acompanhou mudanças em diversas etapas da vida política brasileira, a construção de novas práticas profissionais do Serviço Social, movida por esse movimento que questionava antigas práticas e a análise da política brasileira. A intencionalidade dessas mudanças era provocar uma desconstrução dos padrões evoluindo para outros, eram voltados a realidade exposta (Bravo, 2006).

O movimento de reconceituação aconteceu para que as práticas no Serviço Social fossem revisadas e mudasse completamente os focos antes propostos, um verdadeiro confronto entre as teorias, fato que melhoraria o sistema e influenciaria mudanças nas ações governamentais e nas políticas de saúde e assistência social.

Como as mudanças provocadas por diversos movimentos sociais que exigiam uma presença maior do estado nas questões sociais, à saúde também foi sofrendo reformas e aperfeiçoando as metas a as práticas, que foram alicerçadas pelo movimento de reforma que nos anos 70 e 80 constituíram o contexto sócio

econômico de mudanças das práticas tradicionais da saúde e do Serviço Social no Brasil. Essas mudanças ocorridas visaram também tornar o atendimento em saúde um conjunto de ações multidisciplinar, modelo que se insistiu em seguida e promoveu a contratação de variados profissionais, para trabalhar na área de saúde e também de diversos assistentes sociais, criando um padrão multiprofissional (Matos, 2003).

As equipes com diversos profissionais que foram operacionalizadas para trabalhar com ações de saúde, foram complementadas com assistentes sociais, que ganharam espaço visto ser importante para a completa ação, voltada a oportunizar cidadania aos usuários dos serviços públicos de saúde, modernizando o atendimento além de expandir o alcance das ações.

Nessa perspectiva ficou evidente que o profissional do Serviço Social insere-se completamente e necessariamente as equipes multifuncionais da saúde. Nesse sentido Bravo (1996, p. 9) ainda reforça o tema argumentando que:

O Serviço Social na saúde, recebendo as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizada as técnicas de intervenção, a burocratização das relações sociais a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos.”

O Serviço Social partilha o trabalho com a saúde já algum tempo, visto ser muito próxima a luta por melhorias no contexto social, porem tais conjunturas de equipe onde trabalham conjuntamente só foram acontecer depois dos anos de 1980, visto fazerem parte de opiniões contrarias entre o estilo de saúde promovido, ao modelo desejado.

Somente no decorrer dos anos 80 as teorias marxistas foram sendo introduzidas nas práticas profissionais do Assistente Social, que iniciando o trabalho com sindicatos de trabalhadores e associações diversas, foram aos poucos conhecendo as ideologias que moviam as lutas sindicais, e transformaram em práticas profissionais cotidianas, que mudariam os aspectos das diversas iniciativas governamentais exigidas pela categoria para diminuir as desigualdades ainda existentes, na construção do governo neoliberal (MATOS, 2003).

Dessa ingerência nas lutas populares e classista, surge uma nova forma de abordagem profissional do Assistente Social, influenciadas pelas diversas teorias que despontavam no mundo civilizado contrárias as ideologias do mundo capitalista.

Nessa perspectiva onde o profissional Assistente foi influenciado pelas ideologias classistas na sua prática profissional, o autor BRAVO (1996, p.100-1001) reforça que:

“ A prática do assistente social nas instituições foi apenas permeada pelo discurso do compromisso com as classes trabalhadoras. Faltavam, entretanto, propostas de ação que seriam elaboradas de forma incipiente nos anos 80. A prática hegemônica continuou sendo norteadas pelos pressupostos anteriores, pautando-se na modernização, tecnificação, sofisticação, buscando-se na postura estrutural-funcional com forte influência da teoria dos sistemas. É importante salientar que a visão sistêmica influenciou a elaboração dos programas sociais e a política social em especial, a política de saúde. ”

Com o advento da Constituição Federal de 1988 uma série de benefícios e avanços em diversos setores foram sentidos, nesse contexto evolutivo a saúde pública instituiu um modelo de gestão e operacionalização que visava a municipalização, integralidade e universalização das ações. Também a multidisciplinaridade para as equipes foi promovida, inclusive a inclusão do assistente social nas equipes.

3.1- DEMANDAS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL POSTAS AO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.

O Assistente Social encontra-se inserido nos contextos de saúde, tendo em vista sua história luta por mudanças na política social do país. O Serviço Social tem como objetivo de sua atuação, as questões sociais que são trabalhadas de maneira coletiva, porém com o envolvimento de diversos saberes, todos visando um bem maior. Nesse contexto de desigualdade o assistente analisa e traça uma reflexão, visando fazer uso de seus conhecimentos sobre políticas sociais públicas e privadas, para melhor responder as expressões sociais com que se depara. (IAMAMOTO, 2012)

Diante desses desafios o assistente social busca conhecer todos os fatores estruturantes do quadro de desigualdade exposto, levantando condições para melhor atender a demanda apresentada. Seus conhecimentos profissionais se destacam dessas análises para a resposta necessária que efetivará mudanças. Para a efetivação de suas estratégias trabalha intersetorialmente influenciando a tomada de decisão que alicerçadas no que determinam as leis, devem efetivar mudanças no quadro exposto.

O autor Guerra (2000, p.53) reforça muito bem esse contexto e a capacidade profissional do assistente social na resolução de problemas afirmando que:

“ (...) considero que a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico [...] É por meio desta capacidade adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existente num determinado nível da realidade social: nível do cotidiano. Isso significa que quando o assistente social modifica o meio par a atingir determinada objetivo, suas ações passam a ser permeadas de instrumentalidade.

Nesse sentido a prática profissional cotidiana do assistente social é transformadora e fonte precisa de aprendizagem, onde coletivamente coloca em evidência, seus conhecimentos para modificar os contextos e garantir direitos. Dessa

instrumentalidade nasce as variadas formas de inserção nos contextos para transforma-las.

Todo contexto e trabalho social fomenta instrumentalidade e esta é transformadora e adequada aos cenários que se apresentam para o assistente social, que se adequa e se molda a medida que o contexto exige, que sua profissão se qualifica, se transforma. Nessa perspectiva espera-se que a profissão tenha uma utilidade social e seja legitimada nesse contexto, e possa responder as necessidade que as classes sociais apresentam, e esperam respostas e procedimentos adequados e eficazes. (GUERRA, 2000).

A profissão do Serviço Social assim como qualquer outra necessita responder que utilização fará de seus conhecimento teóricos ou práticos, onde será utilizado e como fundamentará sua vida profissional, para que servirá sua instrumentalidade, qual a importância desses conhecimentos e como poderá transformar a vida das pessoas, contextos e desigualdade.

Nessa perspectiva observa-se que o Serviço Social enquanto profissão, surge quando Estado inicia sua interferência nas questões sociais e suas variadas expressões, de forma a exercer autoritariamente seu controle para melhor observar a população, encontrando formas para inserir a política capitalista geradora de desigualdade, que forçou a criação do Serviço Social, como via facilitadora e controladora para essa finalidade, além de tentar modificar o comportamento da classe trabalhadora, para que não reclamasse (GUERRA, 2002).

Esse controle ainda permeia as ações do assistente social, porém não funciona a como sua programação determinava, pois o mesmo progrediu na sua avaliação contextual, fato que acrescido a diversas ideologias, modificaram para sempre sua prática profissional.

Através da política social a burguesia via Estado intervém diretamente nas expressões das questões sociais com clara intenção de se manter perpetuado no poder e no comando arbitrariamente da classe trabalhadora, assegurando com essa atitude o poder e o crescimento do capitalismo (GUERRA, 2000).

É notório que a intenção desse estado controlador e ditatorial ainda persiste em sua existência mesmo com todos os avanços nos contextos políticos econômico, sociais e históricos. Não importa a área, esse estado demonstra sua força geradora de desigualdades na saúde, educação, segurança etc. Não diminui sua estruturação capitalista e expande seu controle nos diversos projetos sociais que são barrados e impedidos de operacionalizar.

Nesse contextos nos parece que os assistentes sociais trabalham em constante cobrança, visto encontrar-se inserido nas propostas capitalista fundamentadas nas desigualdades, porém somente com uma prática articulada, instrumental operativa, capaz de transformar o quadro exposto, dando respostas as necessidades se fomentará seu reconhecimento social (GUERRA, 2000).

Dessa constante luta contra as desigualdade, e contra um estado controlador e alienante, a prática profissional do assistente social nos parece enfrentar uma luta árdua e solitária, porém nas inserções vem discutindo e criando contextos dialógicos e democráticos para assegurar respostas para as questões que se apresentam na sua cotidianidade.

3.2- OS ASPECTOS TECNICO-OPERATIVOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

Com o decorrer das evoluções no campo da saúde e da assistência social o profissional assistente social insere-se em diversos contextos e equipes multidisciplinares na saúde, ganhando espaço na atenção primária, secundária e terciária, cenário que exige do assistente social diversos saberes, além do poder de articular ações individuais e coletivas, para atender as demandas sociais que se apresentam na sua rotina de trabalho.

A realidade e as exigências da modernidade fizeram diversos profissionais inadapáveis sucumbirem ao esquecimento profissional. Na saúde o trabalho exigia além de conhecimentos específicos, uma prática profissional que o assistente ainda não possuía. Esse contexto de multidisciplinaridade era novo e exigia adequações de curto, médio e longo prazo, algumas seriam construídas na dinâmica operacional das equipes em serem diversos setores da saúde. O trabalho voltado a comunidade e ao atendimento dos problemas existentes, exigem do assistente social inserção e amplitude analítica e reflexiva, para melhor propor soluções aos problemas apresentados (BRANDÃ, 2006).

Trabalhar com problemas é talvez a maior dificuldade encontrada no cotidiano do assistente social, que deve ser um provedor de soluções, pelo menos é o que os usuários esperam dele, pois deve possuir conhecimento em diversas áreas, para melhor atender com respostas, aqueles que o procuram e desejam soluções sempre positivas se possíveis.

Nesse espaços de saberes não se trabalha somente o paciente, mais o indivíduo e a sua família em contexto ampliado que determina diversas outras ações, em diversas área. Dessa ampliação o paciente-indivíduo interfere diretamente nos posicionamentos profissionais, que serão tomados daquele ponto e modificarão completamente os objetivos iniciais e diversas informações serão obtidas (ALMEIDA, 2001).

A intimidade com os usuários deve existe, pois o trabalho proximal com a comunidade exige conhece os indivíduo que a compõem, fato que dará suporte à

diversas ações e em diversos níveis. Não funciona como um controle de ações, mais um conhecimento necessário para a promoção de ações voltadas a prevenção, controle de doenças e promoção de qualidade de vida.

Para responder a essas exigências o profissional do Serviço Social deve conceber o trabalho multisetor, intrasetor, voltado a resolução da demanda, pois os serviços profissionais exigidos, ultrapassaram seus conhecimentos por vezes limitador e tradicionais. Esse vínculo comunitário exige abordagens diferenciadas ora individualizadas, ora coletivas, numa ótica integralista ao coletivo, ao grupo, somente assim atingirá metas, conseguirá oportunizar direitos (ALMEIDA, 2001).

Nessa dinâmica operada em grupo, conhecimento e a prática profissional se integram para fomentar direitos. A intersectorialidade deve alcançar uma completude necessária para atender as demandas, deve resolver, fornecer respostas, porém sem necessariamente intervir nas ações de outros profissionais, prejudicando o coletivo por um interesse individual.

4 – ESTUDO DO CASO

O Hospital Regional São Vicente de Paula, localizado na cidade de Propriá, estado de Sergipe, distante 97 km da capital do estado Aracaju, atende as cidades do baixo São Francisco compreendendo o estado de Sergipe e algumas cidades de Alagoas, ao todo perfazem 27 (vinte e sete) cidades. Possui um serviço de ambulância próprio com dois veículos, conta também com os serviços do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, que faz os transportes de alta complexidade para os hospitais de urgências em Aracaju.

Atuando desde os anos de 1940, o HRSVP, passou por diversas estruturações, ampliações e reformas que aumentaram a quantidade de leitos e alas, para melhor servir aos usuários. Possui equipes multidisciplinares compostas por: médicos, enfermeiros, técnicos diversos, assistente social, funcionários de serviços gerais, maqueiros, motorista, entre outros. Também possui uma equipe administrativa. As equipes tem uma escala diária de 8 (horas) com 2 (dois) dias de descanso. O HRSVP, situa-se no alto do bairro Fernandes vizinho a capela São Vicente de Paulo e ao asilo Paes Mendonça, de fácil acesso, fica somente a 2 km da BR-101, oportunizando um rápido deslocamento a capital quando há necessidade de transferências para um centro mais capacitado, estruturado e que opera com casos de alta complexidade. Para o estudo de caso foi feito um questionário semi estruturado que ouviu a assistente social a senhorita Leidyane Oliveira Silva, CRESS nº 1770/AL. SEC nº 011/SE. Funcionária desde 2013 na função de assistente social. Casada, possui um filho e reside em Penedo, Alagoas. O assistente social no contexto de saúde e equipe multidisciplinar desempenha diversos papéis e funções específicas, para que sejam operacionalizadas diversas outras atividades e funções. A assistente social quando instigada pelo questionário sobre como caracteriza o trabalho do assistente social na área da saúde apontou o seguinte:

“Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento diversos aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria qualificada e formação profissional. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos.” (ENTREVISTADO)

Diversas são as atribuições e inserções que o assistente social trabalha no seu cotidiano em contextos de saúde, porém ele tem que encontrar formas de

adaptação, para melhor formular respostas profissionais que atendam as necessidades urgentes das demandas sociais nesse cenário de saúde.

O profissional de assistente social encontra-se sempre em estado de aprendizagem e instrumentalização de suas funções a todo o momento, pois na saúde essa formulação dinâmica de demandas exige rápida e precisa adaptação com uma desconstrução constante das práticas tradicionalistas, voltada ao trabalho individual, que precisam capacitar as inserções em contextos coletivos e dialógicos. (BRANDÃO, 2006)

Desses contextos plurais e repletos de aprendizagem e práticas profissionais o cenário de atendimento parece ser o mais conflitante com as realidades desiguais, porém um rico espaço para a prática profissional do assistente social.

Nesse contexto foi questionado à assistente social o que fundamenta sua prática profissional e como este define o trabalho no hospital, questão que ela respondeu afirmando que:

“O código de ética profissional, a Lei de regulamentação da profissão e conhecimento teórico metodológico. (ENTREVISTADO)

“O trabalho do assistente social no hospital é voltado à garantia de direitos dos usuários na política de saúde e articulação com os demais setores das demais políticas.” (ENTREVISTADO)

Diversos trabalhos do assistente social resumem-se na garantia de direitos, dentro do que determina seu código de ética profissional construído aos poucos dentro das evoluções da sociedade, sem perder de vista as desigualdades formuladas dentro dos contextos capitalistas, onde se insere e fomenta transformações e enfrentamentos constantes, na formulação de direitos cobrando ações do Estado.

É necessário inserir-se completamente nos contextos apresentados pelas comunidades de onde saem os indivíduos que são atendidos na saúde, pelo assistente social e demais profissionais, que devem fomentar processos de apreensão de saberes diversos, que intersetorialmente buscam compreender as principais causas de desigualdades, proporcionando via saúde, conquistar direitos e cidadania. (COSTA, 2000)

Para a realização desse trabalho multisaberes e multidisciplinar é necessário diversas qualidades, que devem ser desenvolvidas dentro e antes da

prática profissional, para que uma inserção completa possa acontecer num ambiente dialógico, democrático e discursivo onde todos possam aprender e ensinar.

Nessa perspectiva o questionário propôs ao assistente social responder, sobre o que ela entendia por um trabalho multidisciplinar, ela respondendo apontou o seguinte:

“A composição de uma equipe multidisciplinar é realizada por profissionais de diversas áreas, com formações acadêmicas diferentes que trabalham em prol de um único objetivo. E nesse trabalho em equipe há necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais que devem ver o paciente como um todo em uma atitude humanizada.” (ENTREVISTADO)

A equipe multidisciplinar consiste também na humanização desses diversos saberes profissionais, no entanto o profissional tem que aceitar opiniões e mudanças na sua prática se necessário, devem também ter conhecimentos generalistas para melhor propor entrosamentos e parcerias.

Esses novos desafios da profissão do assistente social exigem a capacidade de gerir equipes e também de participar ativamente de equipes multifuncionais, que discutem melhorias, avaliam procedimentos certos e errados, aconselha, aponta melhores práticas e envolve-se em projetos coletivos, metas conjuntas para assegurar os resultados assertivos e explicitante das realidades mensuradas ou não. (CARVALHO, 1992).

Os usuários querem ser atendidos com precisão e com uma possibilidade de ver seus problemas ou demandas atendidos, porém o assistente social é parte de um conjunto devidamente articulado que opera na saúde em diversas áreas de atendimento, buscando oportunizar direitos.

Sobre esse trabalho multidisciplinar foi questionado à assistente social se ela consegue realizar um trabalho multidisciplinar e em quais situações isto acontece. A assistente social fez a seguinte declaração sobre o tema:

“Sim, em algumas situações. Por exemplo: garantia da inserção do profissional assistente social em todos os serviços prestados pela unidade desde a recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação, transferência e alta, no sentido de atender o usuário e sua família desde a entrada do mesmo na unidade até sua saída por meio da participação de toda a equipe. Outro exemplo é o atendimento em conjunto com toda a equipe aos familiares e/ou responsáveis em caso de óbito onde o assistente social esclarece sobre os direitos sociais necessários naquela situação e viabiliza auxílios em casos necessários.” (ENTREVISTADO)

Essas funções são talvez as mais fáceis de realizar frente as demais demandas operacionais, que se apresentam na prática diária da profissão do assistente social em hospital público, porém não deixam de ser especiais e repletas de extraordinariedades, que podem transformar o simples em complexos procedimentos.

Os procedimentos iniciais em saúde pública requerem atenção, visto ser nesse primeiro contato que diversas abordagens poderão descrever situações e sujeitos que influenciam diretamente na situação retratada. O conjunto de pessoas que acompanham e como estas estão ligadas diretamente ao usuário, daí é formalizado um contexto que auxiliará nas primeiras decisões que a equipe tomará, para garantir atendimento especializado e direcionado. (MENDES, 1998).

Nessa perspectiva inicial de atendimento é a oportunidade inicial que o assistente social aproveita para tirar suas primeiras impressões sobre as demandas, e daquele momento articulará diversas ações conjuntas. para promover direitos ao usuário e seus familiares.

Para a realização do trabalho multidisciplinar apresentam-se diversas dificuldades para o assistente social. Questionado sobre essas dificuldades a assistente social entrevistada elencou as seguintes dificuldades:

“A falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais por parte dos profissionais de saúde e/ou empregadores tem dificultado as ações do assistente social em virtude de serem solicitadas a este, diversas ações que não são de atribuições do mesmo. Bem como, por exemplo: marcação de consulta, solicitação e regulação de ambulância para transferências ou alta hospitalar, identificação de vagas em outras unidades nas situações de transferência hospitalar, como alta e óbitos, comunicação de óbitos, emissão de declaração de comparecimento quando o atendimento for realizado por qualquer outro profissional sem ser o assistente social. Todas as ações que possuem um caráter técnico administrativo ou requer uma formação específica no qual se refere a outras profissões da área de saúde.” (ENTREVISTADO)

Essas disfunções não podem acontecer ou serem permitidas, pois consequentes trágicos podem descaracterizar o profissional do serviço social, que precisa ter firme a idéia de realizar suas funções, para as quais estudou e se preparou profissionalmente. Esses descontroles fazem parte de uma realidade que se deve combater, a realidade das disfunções na prática profissional do assistente social.

É necessário que o assistente social compreenda o seu papel na equipe e quais funções pode operacionalizar frente às demandas apresentadas. Seu projeto

ético operatório deve ser claro, preciso e convicto, evitando distorções na sua rotina e nas suas funções, fato que causa atritos entre membros da equipe que se questionam se estão trabalhando nas suas reais funções e se se encontram fazendo trabalho dos outros. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

Quando não se tem convicção de suas funções em contextos individuais e coletivos o assistente social pode dificultar o seu trabalho e a sua rotina, perdendo tempo com funções e atribuições que não são suas e podem trazer problemas profissionais, visto não estar cumprindo os padrões profissionais de sua função nos contextos onde inseri-se.

O assistente social quando questionada sobre o que facilita o trabalho, e a importância deste profissional para o hospital, anotou o seguinte:

“O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para traçar ações prioritárias e estratégicas a partir das demandas apresentadas pelos usuários e seus familiares e também a partir da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais devem ser encaminhadas aos setores competentes por meio de um protocolo de rotina elaborado.” (ENTREVISTADO)

Essa perspectiva para o atendimento preciso e urgente, torna o trabalho profissional do assistente social nessas unidades, bastante difícil, pois exige que este saiba de tudo e faça tudo ao mesmo tempo, provocando ou instigando a realização de disfunções, que devem ser evitadas.

Quando questionada a assistente social sobre se ela estar conseguindo atender as demandas totais de forma satisfatória no hospital lócus da pesquisa, ela afirmou que:

“Infelizmente não! Não conseguimos atender a demanda de forma satisfatória, pois os serviços não funcionam como deveriam. As equipes são mínimas para atendimento, os serviços da rede não funcionam a contento, não existe um protocolo de rotina nos casos de transferências hospitalares em sua maioria, os municípios não dispõem de estrutura e suporte no que se refere ao transporte. A unidade básica de saúde dos municípios não tem equipe para atendimento das necessidades básicas dos pacientes e acompanhamento dos mesmos após alta hospitalar fazendo com que muitos pacientes não tenham melhora por falta de tratamento, medicamentos ou exames necessários tendo piora no quadro e retornando ao hospital. As condições financeiras dos usuários e familiares que procuram assistência no SUS, encontram-se em situação de vulnerabilidade social não tendo condições de fazer o tratamento médico solicitado.” (ENTREVISTADO)

Diversos problemas foram citados de forma abrangente e objetiva demonstrando em certos momentos a ineficiência e inoperância do sistema SUS na resolução da demanda de saúde, motivado por diversos fatores socioeconômicos que refletem nas ações improdutivas do assistente social nesses contextos de saúde.

Segundo Conh (2001) o sistema SUS necessita urgentemente de realinhamento para melhorar o trabalho em rede, bastante complexo e amplo, porém com um impacto muito grande na qualidade de vida das pessoas é necessário uma maior adequação as exigências do cotidiano para reconstruir um sistema ainda deficitário.

Nessa perspectiva fica demonstrado a necessidade de reavaliação das práticas em saúde pública na política e na economia do país para reestruturar essas iniciativas e provocar aperfeiçoamentos na qualidade, e em redes de proteção aos usuários desse sistema.

Para finalizar o questionário, indagar à, assistente social quais atividades são desenvolvidas por ela enquanto assistente social do hospital regional de Propriá, ela assim respondeu ao questionário:

“As ações desenvolvidas devem atravessar o caráter emergencial e burocrático bem como ter uma ação sócio educativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas vivenciadas pelos usuários e sua família. São estas as funções: encaminhamento e orientações aos usuários e seus familiares; sensibilização dos usuários acerca de seus direitos e viabilização dos mesmos; realização de atividades sócio educativas mais campanhas preventivas junto a equipe técnica; articulação com a rede de atendimento aos usuários e garantia dos direitos necessários.”
(ENTREVISTADO)

Bastante amplo o campo de ação e funções do assistente social numa unidade de saúde especificamente no hospital regional de Propriá. É importante salientar que essa amplitude de serviços ainda necessita de uma melhor estruturação, para que ocorra nos moldes estabelecidos em lei. O SUS tem que aperfeiçoar seus objetivos, melhorias têm que acontecer para que os usuários tenham serviço de saúde em rede, com eficiência na fomentação de direitos, cidadania e qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi pretensão deste estudo identificar o papel do profissional da Assistência Social, no contexto de saúde pública através das reflexões e percepções dos profissionais inseridos nas equipes, que atendem na instituição Hospitalar Regional de Propriá, estado de Sergipe. Para a consecução dos objetivos propostos buscou-se analisar como são operacionalizadas as funções técnicas operativas do profissional do Serviço Social e também como os demais profissionais envolvidos entendem e importanciam as funções dos Assistente Sociais nesse contexto de saúde pública.

As análises feitas identificaram que ainda é muito forte a bagagem tradicional que se mantém historicamente desde a origem da profissão, muito embora diversos avanços já impulsionaram essa profissão a patamares impensáveis alguns anos. Evidenciou-se também uma falta de compreensão das verdadeiras atribuições do Assistente Social, frente as demandas da saúde pública no Brasil, especificamente na instituição lócus da pesquisa.

Muito embora seja na atualidade uma função que complementa as equipes de saúde em todo território nacional, ainda não consolidou-se sua importância no campo com sérias deficiências e as desigualdades que contribuem para as abordagens técnico-operativas dos profissionais do Serviço Social.

Destaca-se também na pesquisa a influência que as ideologias e políticas neoliberais que se contrapõe explicitamente com as práticas da Assistente Social, visto terem objetivos distintos e o maior conflitante, para a operacionalidade da política de saúde. Não obstante lutarem cotidianamente para a diminuição das desigualdades que caminham atreladas as propostas neoliberais de avanço econômico.

Todavia frente a diversas adversidades desses contextos profissionais, reconhece-se os avanços e a contribuição que os Assistente Sociais perfazem conjuntamente com outros profissionais na área de saúde. As demandas postas ao

Serviço Social desde a instituição do Movimento de Reforma Sanitária se explicitam diariamente nos contextos do atendimento nas instituições de saúde pelo país.

Desta forma, entendemos que existem ainda diversos imprecisos e obstáculos na rotina diária do Assistente Social que determinam ações de saúde e atividades cotidianas que necessitam de uma intervenção maior do Assistente Social para que sejam efetivadas na sua totalidade e possam assegurar direitos aos usuários, assim como uma melhor qualidade de vida.

Os pressupostos ético e político defendidos desde muito tempo pela profissão, devem alicerçar as tomadas de decisões do Assistente Social para operacionalizar o trabalho em equipe multidisciplinar. Compreendendo que o binômio saúde-doença é consequência de um contexto determinado por diversos aspectos socioeconômicos, que podem muitas vezes não se explicitarem num simples atendimento, que só uma análise mais profunda da realidade mostrará tais aspectos.

As equipes que trabalham a saúde no cotidiano da política pública, são fundamentadas na prática de diversos saberes, articulados e devidamente entrosados e sinérgicos, que buscam cumprir metas pré - estabelecidas e planejadas no Ministério da saúde. A visão de descentralização fica evidente quando percebe-se que os procedimentos de menor complexidade, ficam com as unidades de saúde mais próximas a pequenas comunidades, porém os atendimentos de média e grande complexidade são dirigidos aos centros mais aparelhados e voltados especificamente para atender essa demanda.

Nessa perspectiva percebeu-se a real importância do profissional da assistência social, quando articuladamente defende e busca trabalhar em rede, numa intersectorialidade onde múltiplos saberes, buscam fomentar e incentivar a participação popular na luta por direitos igualitários. Nesse cenário que se reconstrói diariamente o assistente social terá que adotar a educação permanente como princípio para melhor compreender os processos, decisões e deliberações que controlam todas as funções envolvidas nessa dinâmica.

Evidenciou-se também no estudo que o assistente social na saúde trabalha enfrentando algumas contradições que vão desde os princípios éticos até as

fundamentações ideológicas e políticas, que perpassam a prática profissional do assistente social. Nesse cenário contraditório a função do assistente social muitas vezes não é observada enquanto fundamental e essencial para a funcionalidade das demais funções da equipe, tendo em vista as constantes mutações que ocorrem na cotidianidade da prática profissional.

É necessário que a profissão repense algumas questões técnico-operativas, saindo de concepções tradicionalistas, impostas pelo tempo e por lutas que não significam as lutas atuais e que nem assim perdem seus significados e valores, porém não devem servir para enjessarem as mudanças que se deve fazer, para melhor adequação às novas realidades propostas, e que fazem parte de exigências alicerçadas desde o Movimento de Reforma Sanitária, onde o serviço social contribuiu para a melhoria da saúde pública como a conhecermos na atualidade.

As palavras de ordem para o assistente social nos contextos de saúde pública e equipes multidisciplinares é repensar, aperfeiçoar e a adequação, porém esse sinal de crescimento não serve apenas para os assistentes, mais para todos os profissionais envolvidos nessa dinâmica. Convém ressaltar a importância da educação contínua para estabelecer padrão, qualidade e continuidade na progressão profissional.

O trabalho do assistente social na saúde inserido em equipes multidisciplinares tem se mostrado desafiador, pois a proposta de trabalhar articuladamente diversos saberes requer que se repense a profissão desde sua formação academicista, passando por especializações que aperfeiçoe a criticidade desses profissionais e proponha um trabalho proximal aos contextos de vidas dos usuários atendidos, para melhor compreender a dualidade entre saúde e doença, que pode estar atrelado aos contextos socioeconômicos e culturais reais na vida destes usuários da saúde pública.

Na política de saúde onde o assistente social encontra-se inserido se formaliza no cotidiano da prática profissional. Nesse espaço dinâmico das equipes multidisciplinares, que atendem localmente, porém fazem parte de uma realidade contextual, ampla onde a descentralização e municipalização são realidades que

devem servir para melhor gerir resultados, as programações e as metas para melhorar a qualidade de vida dos atendidos.

Espera-se que a temática seja pauta para outras pesquisas, visto este trabalho, não pretender encerrar a discussão sobre esse tema, porém servirá como arcabouço contributivo, para alicerçar novas análises em um contexto já diferenciado pelos avanços e conquistas da profissão.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Pintel de; MISSHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: Construindo “novas autonomias”** no trabalho. São Paulo, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Centro Gráfico, 1998.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007
- BRAVO, Maria Inês Souza. **As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: Programa de Capacidade Contributiva para Assistentes Sociais**. Brasília: CFESS/ ABEPPSS/ CEAD/ UNB. 2000.
- BRAVO, I.S. **Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)**.IN: Serviço Social Sociedade (88) São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: Fundamentos e História**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, Ivanete et al. (orgs). **Política Social no Capitalismo- tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.
- CANUTO, Ondina M. Et. All. **A inserção do Serviço Social na Estratégia saúde da família em Sobral/CE**. Saúde, ano V, nº 1. Janeiro/março, 2004 .(mimeo).
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde: Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. 2009.
- FALEIROS, V.P. **Metodologia e Ideologia do trabalho social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1981.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.
- MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo. Cortez: Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- MATOS, Maurilio Castro. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90**. In: **Serviço Social e Sociedade(74)**. São Paulo: Cortez, 2003.

OLIVIEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA FLEURY, Sonia M. (In) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência da Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ Abrasco, 1986.

PAIM, I. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**, in: Epidemiológico e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: 1999.

SILVA, Cláudia Neves da. **Igreja Católica Assistência Social e Caridade: aproximações e divergências**. In: Sociologias, Proto Alegre, ano 8 nº 15, jan/jun. 2006.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3 ed. ver. Atual. São Paulo: Cortez, 2009.

VIENA, A. L D.; DAL POZ. M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde de Família. Physis; Ver. Saúde coletiva, 8(2): 11-48, 1998.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Como você caracteriza o trabalho do Assistente Social na área da saúde?
- 2- O que fundamenta sua prática profissional?
- 3- Como você define o trabalho no Hospital?
- 4- O que você entende por trabalho multidisciplinar?
- 5- Você considera que consegue realizar um trabalho multidisciplinar? Em que situação?
- 6- O que dificulta o trabalho multidisciplinar?
- 7- O que facilita seu trabalho?
- 8- Qual a importância do Assistente Social no Hospital?
- 9- Que tipo de demanda são encaminhadas para o serviço social do hospital?
- 10- Você tem conseguido atender a essas demandas de forma satisfatória?
- 11- Que atividades são desenvolvidas por você como assistente social do Hospital Regional de Propriá?