

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

AMANDA OLIVEIRA GOMES DA ROCHA
MICHELE DOMINGOS COELHO
NATALIA MARTILIANO RODRIGUES
SANDRA HELENA RODRIGUES VIEIRA

**SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH: UMA
REFLEXÃO SOBRE AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE MATERIALIZAÇÃO
DESTA POLÍTICA NA CONCEPÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE
ATUAM NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO**

DUQUE DE CAXIAS – RJ
2018

AMANDA OLIVEIRA GOMES DA ROCHA
MICHELE DOMINGOS COELHO
NATALIA MARTILIANO RODRIGUES
SANDRA HELENA RODRIGUES VIEIRA

**SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH: UMA
REFLEXÃO SOBRE AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE MATERIALIZAÇÃO
DESTA POLÍTICA NA CONCEPÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE
ATUAM NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade do Grande Rio *Prof. José de Souza Herdy*, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.
Orientador(a): Diego Augusto Rivas dos Santos.

“Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural...”

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ter me concedido chegar até aqui sabendo que grandes coisas certamente irão fazer em minha vida. Agradecer também a minha família, em especial a minha mãe, Cristina, que mesmo sozinha ultrapassou barreiras e sempre correu atrás para me dar uma educação de qualidade, por ter incentivado sempre e estado comigo nos momentos mais difíceis.

Agradecer também em especial a meu esposo, Elias, que suportou todas as minhas crises, angústias, preocupações durante o processo, que muitas vezes ficou sozinho sabendo do meu sacrifício, que me amparou e tomou conta de tudo em nossa casa nesses últimos meses, sempre me dando força nos momentos em que eu quase desisti devido às lutas que enfrentamos nesses últimos tempos, deixo registrado aqui todo meu amor e gratidão por tê-lo comigo, certamente essa vitória também é sua.

Grata sou também a Unigranrio, instituição que me abriu as portas desde o ensino fundamental, onde fui uma dos primeiros alunos selecionados para o projeto Escola Cidadã, projeto este que possibilitou o acesso à universidade a tantos jovens, hoje engenheiros, jornalistas, arquitetos, nutricionistas, Assistentes Sociais, dentre outros, oportunidade indispensável para a transformação de nossas vidas e consequentemente de nossas famílias, uma oportunidade de sonhar com um futuro, antes, talvez impossível, deixo aqui meu agradecimento à professora e Assistente Social Marina Amoedo, por sua contribuição neste projeto.

Agradeço também a Unigranrio por nos possibilitar um curso de altíssima qualidade, com professores que são referência em todas as discussões, reflexões e debates que realizamos em sala de aula, meu agradecimento a todos esses profissionais mais do que especiais, que nos ensinaram e nos capacitaram durante toda caminhada para sermos profissionais críticos, propositivos e comprometidos com os direitos dos usuários.

Em especial a nosso mestre e orientador que ao longo deste ano nos direcionou nessa jornada que é o trabalho de conclusão de curso, confiando em nossa capacidade, sempre buscando nos levar além do que imaginaríamos. Obrigada por nos auxiliarem em todas as etapas, pelas trocas em cada orientação, por todo carinho, paciência e por compartilhar conosco seu conhecimento e experiência.

Não poderia deixar de agradecer também a minhas supervisoras de campo de estágio que tiveram parte crucial no meu processo de formação profissional, Anne e Rosimar que me

apresentaram a prática do Serviço Social no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, nosso campo empírico de pesquisa, e agradecer também aos profissionais que pude conhecer neste campo, alguns em que me espelho profissionalmente, obrigada a todos pelas reflexões, e contribuições no dia a dia durante esses quase dois anos de convivência.

A minhas parceiras nesta pesquisa, minha gratidão eterna por tudo que vencemos juntas neste ano, vocês foram mais do que especiais, obrigada por toda força e amparo que dedicamos mutuamente.

Dedico essa grande conquista a meus filhos Levi e Miguel, que foram minha inspiração, minha motivação para continuar e seguir em frente em todos os momentos, que vocês possam chegar mais alto, tendo sempre Deus acima de tudo como alicerce, humildade e caráter para levar a vida.

À Deus toda honra por mais esse degrau alcançado!

Amanda Oliveira Gomes da Rocha

Primeiramente meu agradecimento vai para Deus por ter me sustentado durante essa trajetória de 4 anos, sendo o meu guia, o socorro bem presente, pois sei que sem Ele eu não conseguiria.

Quero agradecer aos meus pais Jussara e Osmar que são as bases da minha vida e se fizeram muito presente neste processo, pelos incentivos que me deram, a paciência que tiveram, me pegando pelas mãos não me deixando desistir quando eu não tinha mais forças para continuar.

Não posso esquecer do meu antigo supervisor Waldomiro Isidoro que em inúmeras vezes me ajudou muito, sendo um grande influente nesta etapa da graduação.

Aos supervisores de campo que passaram pela minha formação acadêmica, a Claudia Dias do Hospital Infantil Ismélia da Silveira que através de sua postura ética no que corresponde ao fazer profissional muito agregou, ao Júlio Maicon da Fundação Gol de Letra em que pude aprender muito com ele e com a instituição que no qual pude estar inserida e a minha supervisora de campo Francine Louise que atua na Upa Dr. Abdon Gonçalves, que foi uma supervisora fundamental neste processo, mediante a minha falta de disponibilidade durante a semana para estagiar aceitou me ajudar, mas também pelo excelente prática que desempenha, a eles sou muito grata.

Aos professores da Unigranrio eu agradeço por compartilhar seus conhecimentos, em que pode me proporcionar não somente um conhecimento acerca da profissão, mas uma formação profissional crítica e por me fazer sair da universidade de uma forma diferenciada de quando iniciei na graduação.

Ao orientador Diego Rivas, sou muito agradecida por sua paciência, orientação mesmo quando não era nos dias e horários referidos e pela sua competência no qual desenvolve o fazer profissional.

Toda a minha gratidão as meninas durante o processo de elaboração da pesquisa pela compreensão, ajuda e paciência que tiveram comigo.

E a todos aqueles que contribuíram para este momento mesmo que de forma direta ou indireta meu muito obrigado.

Michele Domingos Coelho

Eu agradeço ao meu Deus pela realização desse grande sonho, tenho imensa certeza que escolher te seguir é a melhor escolha da minha vida pois o Senhor faz as mais lindas surpresas para mim. Te amo Jesus pela sua bondade eu não mereço nada que tenho obrigada por me escolher e me amar primeiro, por ouvir cada oração, por me fazer aprender em cada tribulação, e por conhecer o meu íntimo de uma maneira como ninguém conhece. Te agradeço por poder ter concluído uma graduação, e por ter acreditado que eu daria valor a essa oportunidade, só o Senhor sabia o quanto eu queria, sua filha é eternamente grata por essa chance. Te amo, toda honra e todo louvor ao Deus que me deu a vida!

Também a minha mãe Marta, quero agradecer por me ensinar o sentido da honestidade, a senhora é uma mulher muito forte mãe que me ajudou a ter caráter, palavra e arcar sempre com meus compromissos, obrigada por me mostrar o melhor caminho que é o dos estudos, sinta-se honrada como prometi a senhora através da minha vitória te amo.

Ao meu pai Marcos que foi peça fundamental para o início desse curso, muito obrigada por depositar sua confiança em mim, por me ensinar a ver a vida de outra forma, entendendo que tudo pode nos servir de ensinamento, seu carinho é algo que carrego sempre comigo te amo, se sinta realizado através dessa conquista.

Agradeço ao meu marido Edmilson por todo suporte e compreensão nesta etapa, você sempre com tanta certeza de que eu era capaz, me levantando, cuidando de mim, abrindo meus olhos, ouvindo minhas criações e me aplaudindo. Você é um exemplo de superação, de força de vontade e de profissional para mim te amo.

Sou grata também aos meus irmãos Rafael e Tiago, pela amizade de vocês e é claro pelo grande presente que são meus sobrinhos Luiza e Tiago Filho, que tanto alegram meu coração.

Meu orientador Diego Rivas, um profissional ao qual tenho grande admiração pela maneira de envolver seus alunos em sala de aula, agradeço pela compreensão em um dos momentos mais difíceis desta jornada, pelas oportunidades, pela atenção e por acreditar em mim sempre.

Também quero agradecer às minhas colegas de grupo, que mesmo faltando forças não desistiram da construção desse projeto parabéns, agradeço pela compreensão em situações complexas e pela parceria.

E a minha supervisora de estágio no Hospital Dr Moacyr Rodrigues do Carmo, Ana Lúcia Badu coordenadora da equipe de Serviço Social, agradeço pela oportunidade de aprendizagem nesse campo, com certeza só fortaleceu ainda mais a minha vontade de ser uma profissional competente muito obrigada. Agradeço também aos Assistentes Sociais da unidade,

que responderam meus questionamentos, me mostraram seus setores de atendimento e me deram tanta atenção. E em especial Avani, muito obrigada pela paciência, por dividir comigo sua experiência, por me deixar evoluir com total confiança sou muito agradecida.

Essa é uma grande conquista para mim, e vou dedicá-la a Dona Odete (em memória) minha avó paterna, um exemplo de acolhimento, de empatia e de ser humano, te agradeço pela infância maravilhosa, pelo refúgio que sempre foi sua casa, pelas broas de milho, pelos cuscuz, pelas tranças no meu cabelo, pelas histórias contadas em volta da fogueira no seu quintal. A saudade é grande minha vizinha sinto muito sua falta, a senhora foi a pessoa que mais me ensinou nesta vida sem perceber, tenho muito orgulho de ser sua neta. Te amo para sempre.

Natalia Martiliano Rodrigues

À Deus por ter me concedido o direito à vida, pois sem ele esse sonho não se tornaria realidade. Ao meu marido Pedro, meu companheiro de vida, obrigada pelo apoio incondicional! Amo-te. Gratidão ao apoio e carinho ao longo dessa trajetória, pela paciência e incentivo na realização deste percurso.

Aos meus filhos Hugo e Juliana pela força e incentivo para que eu nunca desistisse do meu sonho, vocês são minha vida, meu tudo.

À minha mãe, Aida, a quem pude encher de orgulho ao ver a primeira filha formar-se no curso superior. Ao meu pai, José, que onde estiver sei que está feliz ao me ver caminhando. Aos meus irmãos que pude partilhar muito mais do que laços consanguíneos.

Aos professores e toda a equipe do Serviço Social da Universidade do Grande Rio, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, Curso Serviço Social, que fizeram parte desde o 1º ao 8º período.

Obrigada, aos discentes que passaram ao longo desses quatro anos, pelo apoio e carinho recebido durante todo o curso. Vocês me incentivaram e me proporcionando os seus conhecimentos, são parte fundamental dessa jornada. Obrigada, a todos os alunos da graduação, aos meus colegas de turma, que sempre estiveram presentes em minhas dificuldades e sempre me motivaram para que não desistisse do objetivo de me tornar uma assistente social. Um sonho que se sonha junto é realidade, são nossos projetos em coletivo que hoje se concretizam como verdade.

Obrigada, as supervisoras de estágio campo do CRAS - Jardim Gramacho - Duque de Caxias, Andreia Torres e Cleide Serros, também minha supervisora de estágio de campo do Complexo da Assistência - CCI - Centro de Convivência do Idoso - Centenário - Duque de Caxias Letícia Corrêa, as profissionais a quem tenho profundo carinho e admiração. Vocês tornaram a teoria em prática, materializaram os conhecimentos adquiridos em sala de aula em fazer profissional.

Ao meu orientador Diego Santos Rivas, obrigada pela atenção destinada ao nosso grupo para a elaboração deste trabalho.

Muito obrigado a todos que viveram isso comigo e me ajudaram nessa construção da realização desse sonho

Sandra Helena Rodrigues Vieira

RESUMO

O presente trabalho busca elucidar as possibilidades e os limites para a atuação da equipe de Serviço Social, no que tange materialização da Política Nacional de Humanização, no campo empírico de nossa pesquisa, o Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, que encontra-se localizado no município de Duque de Caxias. Unidade esta, que se caracteriza como um dos principais hospitais de emergência da Baixada Fluminense. Neste sentido, a partir dos crescentes relatos de desumanização desde o primeiro atendimento até a questões relacionadas a instâncias de coordenação e direção na unidade que cotidianamente são relatados a equipe de Serviço Social, despertou-nos, enquanto estagiárias, partícipes deste processo, a necessidade de se discutir e refletir acerca da temática e sua implementação na unidade. Inicialmente buscamos conhecer o perfil desta equipe inserida na unidade, pautados na teoria social crítica de Marx, realizamos a pesquisa de maneira exploratória, qualitativa e quantitativa, analisando dentre as principais categorias, a saúde no Brasil a partir do século XVIII, o trabalho do Assistente Social e sua inserção na política setorial de saúde, a constituição de 1988 e os espaços de controle social, e a reforma sanitária situando a disputa com os projetos privatistas com o objetivo de conhecer a compreensão da Política Nacional de Humanização, apreender sua importância para a política de saúde, identificar suas possibilidades e limites existentes para sua real materialização na concepção da equipe de Serviço Social que atua neste espaço institucional, reconhecendo as estratégias que têm sido abordadas pelos mesmos e de que forma estes profissionais correlacionam a política Nacional de Humanização com as suas legislações norteadoras, a fim de apreender o fenômeno analisado em sua totalidade.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Serviço Social; Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo; Saúde.

ABSTRACT

The present study seeks to elucidate the possibilities and limits for the performance of the team of Social Service in respect of materialization of the National Policy of Humanization in the empirical field of our research, the Municipal Hospital Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, which is located in the municipality of Duque de Caxias, this unit is characterized as one of the main hospitals of emergency of the Baixada Fluminense. In this sense, the effect of the increasing reports of dehumanization since the first care until the issues related to instances of coordination and direction in unit that routinely are reported to Social Service team, has awakened us as interns, sharers in this process, the need to discuss and reflect about the theme and its implementation in the unit. Initially we seek to know the profile of this team inserted in the unit, based on the critical social theory of Marx, we perform a search so exploratory, qualitative and quantitative, analyzing among the major categories, the health in Brazil from the 18th century, the work of the Social Worker and its insertion in the health sector policy, the constitution of 1988 and the spaces of social control, and the Sanitary Reform situating the dispute with the privatistas projects with the objective of knowing the understanding of the National Policy of Humanization, apprehend the importance for health policy, identify their existing possibilities and limits to its actual materialization in the conception of the team of Social Service which operates in this institutional space, recognizing the strategies that have been dealt with by the same and how these professionals are correlated to the National Policy of Humanization with their laws guiding questions, in order to grasp the phenomenon analyzed in its entirety.

Keywords: National Policy of Humanization; social service; Municipal Hospital Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo; Health.

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Pró-Graduação em Saúde Coletiva

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF – Constituição Federal

CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIA – Centro de Internação e Alta

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASP – Conselho Nacional de Assistência da Previdência Social

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

DC – Desenvolvimento de Comunidade

DRU – Desvinculação de Recursos da União

EC – Emenda Constitucional

FABOR – Fábrica de Borracha Sintética

FAFERJ – Favelas do Estado do Rio de Janeiro

FAMERJ - Federação de moradores do estado do Rio de Janeiro

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEB – Movimento de Educação de Base
MEC – Ministério de Educação e Cultura
NIR – Núcleo Interno de Regulação
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
NVH – Núcleo de Vigilância Hospitalar
OEA – Organização dos Estado Americanos
ONG – Organização não governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OSS – Orçamento de Seguridade Social
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Política Nacional da Humanização da Atenção Hospitalar
REDUC – Refinaria de Duque de Caxias
RH – Recursos Humanos
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAD – Serviço de Atendimentos em Domicílio
SAME – Setor de Arquivo Médico e Estatística
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Única de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. Capítulo I - O Problema.....	18
1.1. Apresentação do Problema.....	18
1.2. Relevância do Estudo.....	20
1.3. Objetivo do Estudo.....	23
1.3.1. Geral.....	23
1.3.2. Específicos.....	23
2. Capítulo II - Revisão de Literatura.....	24
2.1. A Trajetória da Política de Saúde no Brasil.....	24
2.2. A Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Privatista.....	32
2.3. A Política de Saúde após a Redemocratização no Brasil.....	38
2.3.1.O Financiamento da Política de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.....	41
2.3.2 - A Participação da Sociedade na Política de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.....	46
2.4. A Trajetória da Profissão de Serviço Social no Brasil.....	49
2.4.1. A inserção do Assistente Social na Política de Saúde no Brasil.....	60
2.5. Política Nacional de Humanização – PNH.....	66
2.6. Campo Empírico da Pesquisa: Um Olhar Acerca do Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no Município de Duque de Caxias.....	75
3. Capítulo III - A Pesquisa de Campo.....	84
3.1. Metodologia.....	84
3.1.1. Método.....	84
3.1.2. Tipo de Pesquisa.....	85

3.1.3. Universo/Amostra.....	86
3.1.4. Instrumento/Procedimento.....	86
3.2. Análise de Dados.....	87
3.2.1. Eixo I - O Perfil Profissional da Equipe De Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.....	88
3.2.1.1. Sexo.....	89
3.2.1.2. Faixa Etária	91
3.2.1.3. Tempo de Atuação no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo e Tempo de Atuação na Política de Saúde.....	92
3.2.2. Eixo II – A Concepção da Política Nacional de Humanização na Visão da Equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.....	95
3.2.3. Eixo III – A Importância da Política Nacional de Humanização na Visão da Equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.....	99
3.2.4. Eixo IV – As Possibilidades e os Limites Acerca Da Materialização Da Política Nacional de Humanização na Visão da Equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.....	101
3.2.5. Eixo V – As Estratégias adotadas pela Equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo para a Materialização da Política Nacional De Humanização.....	107
3.2.6. Eixo VI – A Correlação entre os Mecanismos Legislativos da Profissão de Serviço Social e a Materialização da Política Nacional de Humanização na Visão da Equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.....	115
Considerações Finais	123
Referências Bibliográficas.....	127
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	138
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	140

INTRODUÇÃO

Diante dos consecutivos e crescentes rearranjos e retrocessos, no que se refere a Política de Saúde na atual conjuntura social, econômica e política da sociedade brasileira, ressaltando as recentes perdas, com fechamento de diversas unidades de saúde e o desfinanciamento a longo prazo das políticas sociais, e o ataque ao estado democrático de direito, discutiremos nesta pesquisa acerca da Política Nacional de Humanização, sua importância para a política de saúde e a atuação da equipe de Serviço Social no que tange à sua materialização. A escolha deste tema em tela se deu a partir da experiência de estágio no campo empírico da pesquisa, onde o contato direto com a realidade trazida pelos usuários, internados ou não, por meio de seus relatos diários, nos aguçaram a trazer esse debate para nosso trabalho de conclusão de curso, tendo em vista o escasso nível de produção teórica acerca desta política, no âmbito da categoria, bem como sua considerável relevância para a sociedade como um todo e para a unidade empírica.

Para melhor desenvolvimento da pesquisa este trabalho foi dividido em três capítulos, no primeiro, intitulado de o problema, abordamos o problema de pesquisa, que nos inquietou a discutir a temática, ressaltamos sua relevância, os objetivos que buscamos alcançar, bem como um breve relato histórico da elevação à categoria de política do presente tema, articulando a mesma com os princípios do SUS e com a Constituição Federal de 1988, e a importância da relação entre eles.

No segundo capítulo, trabalhamos a revisão de literatura trazendo um resgate da trajetória da política de Saúde situando-a na conjuntura histórica da época, evidenciando os marcos que ocorreram para se chegar a implementação do SUS, dentre eles a Reforma Sanitária, onde ressaltamos suas conferências, como um movimento indispensável neste processo. Com o propósito de melhor apreensão da política setorial de Saúde em âmbito brasileiro, destinamos um tópico apenas tratar apenas das legislações que norteiam seu funcionamento, como se dá o sistema de financiamento, sua relação com o fundo público e a importância do controle social destacando os governos respectivos desde o pós- ditadura militar.

Apresentamos também todo o histórico do Serviço Social, desde as suas protoformas até a atualidade, para então chegar ao item em que discutimos a Política Nacional de Humanização, que se configura como temática do presente trabalho, nele nos desdobramos sobre seus princípios, método, diretrizes e dispositivos que regem sobre seu funcionamento e implementação nas unidades de saúde.

Ainda no segundo capítulo, buscando compreender o cenário empírico da pesquisa, discorreremos num breve resgate histórico do município de Duque de Caxias, fomentando o debate de suas desigualdades postas com a forma de seu crescimento econômico, urbano e industrial, para situar neste espaço geográfico a instituição em que realizamos a pesquisa descrevendo-a desde a sua inauguração, revelando seus setores, até contemplar a equipe de Serviço Social que atua neste hospital, onde trazemos à discussão suas principais demandas, suas condições e relações de trabalho intrínsecas ao modo de produção capitalista, parafraseando Iamamoto, como profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho.

Já no terceiro capítulo falaremos acerca da pesquisa de campo, trazendo em evidência o método, o tipo de pesquisa, apresentamos também o recorte realizado para a realização das entrevistas, apontamos o perfil destes profissionais e analisamos os dados coletados que buscaram responder os objetivos previamente traçados através dos eixos temáticos, onde por meio de tal análise dos resultados obtidos evidenciou-se um conhecimento limitado, fragmentado do que realmente se trata a política nacional de humanização, identificamos também a falta de domínio de seus arcabouços legais especificamente quando questionados de que maneira os relacionam individualmente no cotidiano de sua ação profissional, bem como a ausência de se projetar, discutir e executar estratégias em equipe para enfrentar os limites apresentados para a materialização da Política Nacional de Humanização.

Ao final deste trabalho, também buscamos tecer algumas considerações finais sobre a pesquisa em tela, onde podemos compreender que é necessário romper com o padrão existente de se coordenar e executar a política de Saúde, para se transformar as ações dos atores envolvidos a partir do método estabelecido na PNH, buscando consolidar uma política de saúde centrada na ampliação e consolidação dos direitos humanos.

1.CAPÍTULO I: O PROBLEMA

1.1. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O surgimento do problema de pesquisa em tela deu-se a partir da inserção de uma das autoras do presente estudo, enquanto estagiária em Serviço Social na unidade do Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo - HMMRC, localizado no município de Duque de Caxias. O referido hospital será campo empírico de nossa pesquisa, sendo assim, faz-se necessário apresentar um breve histórico desta instituição.

Tomando por base o Plano de Estágio em Serviço Social, elaborado em 2018, resgatamos a história desta unidade. O HMMRC é uma unidade pertencente a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, inaugurado há cerca de dez anos, em 13 de setembro de 2008, passa a ser responsável pelos atendimentos de média complexidade oferecendo suporte aos setores secundários e terciários de assistência à saúde a população de Duque de Caxias e de municípios vizinhos: Belford Roxo, São João de Meriti e Nova Iguaçu, atendendo adolescentes, adultos e idosos que buscam os serviços oferecidos nos setores citados acima, estes em geral com baixa renda e apresentando as mais variadas expressões da questão social.

Ainda tendo por base o documento Plano de Estágio do Serviço Social, consultado, a instituição realiza atendimentos através do Sistema Único de Saúde - SUS, que é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990) e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990). A experiência neste campo de estágio, na área de Serviço Social, nos possibilitou observar as crescentes demandas de violações de direitos na atenção e gestão dos serviços de saúde oferecidos na unidade, desde o atendimento na portaria, ao que diz respeito a questões relacionadas à gestão hospitalar, demandas estas que perpassam casos de negligências, violências, descasos, cerceamento de direitos, entre outros rebatimentos sofridos pelos usuários dos serviços prestados dentro da unidade, diante disto observamos a necessidade de se compreender a maneira em que encontra-se implementada a Política Nacional de Humanização no referido espaço institucional, compreendendo os limites e possibilidades postos para a materialização da mesma em sua totalidade, como rege o Ministério da Saúde.

De acordo com Benevides e Passos (2005) a humanização iniciou-se como ponto de discussão na XI Conferência Nacional de Saúde - CNS, no ano de 2000. A partir desse debate, o Ministério da Saúde propôs como estratégia governamental o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH que buscava promover uma transformação da cultura de atendimento à saúde através de um projeto piloto de humanização que vigorou entre os anos de 2000 a 2002, deflagrando ações humanizadoras que tinham como principal objetivo aprimorar as relações entre usuários, trabalhadores e gestores.

Após o ano de 2003, a PNHAH foi elevada a *status* de política, instituindo assim, a Política Nacional de Humanização - PNH conhecida também como HumanizaSUS, que apresenta como seus princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente

(BRASIL, Ministério da Saúde: A Humanização com Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS, 2004, p. 9-10 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)

A PNH se caracteriza como uma política de iniciativa desafiadora e inovadora, pois busca pôr em prática os princípios do SUS, efetivando-os nas relações postas nas unidades de saúde, produzindo mudanças significativas nos serviços de saúde fornecidos à população, estimulando a comunicação entre os gestores, usuários e trabalhadores, a fim de superar os problemas e desafios no cotidiano do trabalho. (BRASIL, Ministério da Saúde. HumanizaSUS, 2010 v.1).

Diante disto, tais indagações possibilitaram amadurecer a necessidade de pesquisa do referido problema, tendo em vista, que diversas destas demandas permeiam o cotidiano profissional do Serviço Social da presente instituição, faz-se necessário para além de compreender e analisar quais possibilidades e os limites para a materialização da Política Nacional de Humanização, compreender a importância deste tema para a política de saúde e acerca da necessidade de estar em constante debate, tendo em vista as poucas produções que encontramos acerca da temática, a fim de reafirmar os direitos estabelecidos na Constituição

Federal de 1988 – CF 1988, no que tange à seus princípios e direitos fundamentais, que devem ser garantidos a todos os cidadãos.

1.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.

A Política Nacional de Humanização visa pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços estabelecidos em seus diferentes níveis de atenção. Princípios estes, que de acordo com a Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990, garantem:

Art. 7º. [...] I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário [...] (BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro. de 1990. Brasília- DF)

Tomando por base o Art 7º da LOS, citado acima, ainda hoje no Brasil encontra dificuldades para se viabilizar na execução da gestão e atuação dos profissionais de saúde, dadas as condições históricas das políticas públicas, pois como meio de fortalecimento do SUS e de seus princípios, depara-se com as implicações que estão postas atualmente não só à política de saúde, mas sobre todas as políticas públicas fornecidas neste país, tendo em vista que este sistema, fruto de conquistas históricas de movimentos sociais e forças políticas vem resistindo desde o advento do neoliberalismo na década de 1990 no Brasil, diante de um processo de crise estrutural do capital a política de saúde sofre um sucateamento.

De acordo com o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, em manifesto no ano de 2017, ao longo de toda à implantação do SUS os fortes limites orçamentários do sistema já produziam limites para a plena realização de seus fundamentos e geraram grandes estímulos à sua privatização. Porém, o estudo destaca à política do aprofundamento corte dos gastos públicos em consonância com o ajuste fiscal, as reformas que vêm sendo implementadas atreladas à obsessão do conceito de “déficits orçamentários” e o intenso processo de mercantilização que trata o cuidado à saúde como mercadoria, focalizando os serviços a fim de atender os mais pobres com cuidados cada vez mais simples como expressivos ataques ao sistema universal de saúde e ao estado democrático de direito na atual conjuntura brasileira.

Diante disto, o presente estudo contribui para refletir acerca da necessidade de implementação desta política nas ações e serviços executados e fornecidos na unidade, pois a partir dele há a possibilidade de se pensar e traçar estratégias a fim de melhorar a qualidade da

atenção e gestão dos serviços prestados na unidade, visando o cuidado na centralidade dos sujeitos, rompendo com a visão hospitalocêntrica¹, restrita à doença e pautados no conceito ampliado de saúde estabelecido pela OMS a partir da CF-1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, bem como, uma nova maneira de fortalecer a interação entre gestores, trabalhadores e usuários.

Ressaltamos que de acordo com o Ministério da Saúde, a PNH pode ser compreendida como um método que visa, “a condução de um processo ou o seu modo de caminhar”, sendo assim, caminha no sentido da inclusão dos diferentes agentes envolvidos nos processos de produção de saúde, estabelecendo um método tríptico de inclusão, com autonomia, protagonismo e corresponsabilidade dos trabalhadores, gestores e usuários; inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais existentes de atenção e de gestão, com meios de transformações efetivas dos conflitos; inclusão do coletivo com a participação popular, de movimentos sociais e de trabalhadores de saúde. Este método, segundo o Ministério da Saúde, promove um efeito de redução de filas e tempo de espera, com ampliação do acesso, um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde, gestão participativa e um modelo de atenção com responsabilização e vínculo.

Diante do cenário atual, onde no Brasil, o SUS, encontra-se cada vez mais precarizado, e compreendendo que a política de saúde é um dos principais meios empregadores dos Assistentes Sociais, tal pesquisa, contribui em conhecimento, e nos desperta a necessidade de se ter uma prática profissional pautada na garantia de direitos, independentemente de cor, raça, sexo, religião, idade, classe social como prevê nosso Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993.

Desde o âmbito acadêmico, aprendemos a importância de se formar profissionais do Serviço Social com uma percepção crítica, econômica e política, para atuarem mediante a realidade posta na sociedade brasileira, tendo em vista o desmantelamento das políticas vêm ocorrendo no Brasil, perpassando por cortes financeiros que resultam em uma fragmentação dos direitos sociais. A saúde como uma política pública destinada para atender a toda a população não está sendo percebida dentro dessa lógica do direito, já que na atualidade, cada vez mais é perceptível o direito à saúde sendo colocado de forma comercial e mercadológica.

¹“modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomo-fisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais” <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> acesso em 23/10/18.

A saúde pública, gratuita, universal e de qualidade é pauta histórica de luta dos/as assistentes sociais brasileiros/as, que reconhecem a saúde como parte da seguridade social, como um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil e de organização dos trabalhadores e das trabalhadoras. (CFESS. Manifesta 15ª Conferência Nacional de Saúde. 2015, p. 2)

O presente trabalho de pesquisa, também agrega contribuições para a academia, como uma forma ampla de articulação e fundamentação teórica obtida no próprio espaço universitário, visando trazer reflexões críticas e proporcionar contribuições significativas para o crescimento e desenvolvimento de outros pesquisadores, alunos, professores, dadas a escassez de produções e debates acerca da temática sobre a importância e os princípios da PNH em sua prática profissional.

Para a sociedade, esta pesquisa contribui a fim de reafirmar o que está estabelecido na Carta Magna, onde assegura-se que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal” (BRASIL, 1988). Desta forma, todos sem exceção devem ter seus direitos assegurados, não sendo inseridos e atendidos no sistema como um favor, mas sim como direito garantido por lei. A sociedade espera um SUS que dê certo, para isto é necessário que todas as suas legislações sejam empregadas na gestão, atuação e participação dos profissionais e usuários no modo de se fazer tal política.

A aproximação com as demandas trazidas pelos usuários e a observação do fazer profissional na unidade, nos possibilitou perceber, as diversas manifestações de desigualdades e vulnerabilidade que distorcem o que está estabelecido na PNH. Para o melhor acesso e prestação de serviço à população do município de Duque de Caxias, e a sociedade como um todo, salientamos a importância de um debate contínuo acerca da materialização da Política Nacional de Humanização, reconhecendo o contexto social em que estamos inseridos, como usuários desta política pública, bem como profissionais, defendemos a necessidade de se discutir o assunto em nosso trabalho de conclusão de curso

No que tange a contribuição desta pesquisa ao campo empírico, tal temática vem a ser relevante pois a partir do estudo realizado no presente trabalho, nos debruçamos a elucidar as possibilidades e limites para a materialização da PNH neste referido espaço, desta forma acreditamos ser possível criar estratégias à nível de gestão para superar as barreiras existentes de sua real implementação na unidade.

1.3.OBJETIVO DO ESTUDO

1.3.1. Geral

- ❖ Analisar as possibilidades e os limites para atuação da equipe de Serviço Social do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no Município de Duque de Caxias, no que tange a materialização da Política Nacional de Humanização.

1.3.2. Específicos

- ❖ Verificar o perfil da equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias, no que tange aos seguintes indicadores: sexo, faixa etária e tempo de atuação nesta unidade de saúde.
- ❖ Conhecer a compreensão acerca da Política Nacional de Humanização na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias.
- ❖ Apreender a importância da Política Nacional de Humanização para os Assistentes Sociais que atuam no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias.
- ❖ Identificar as possibilidades e os limites existentes para materialização da Política Nacional de Humanização na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias.
- ❖ Reconhecer as estratégias adotadas pelos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias, visando superar os limites postos a materialização da Política Nacional de Humanização.
- ❖ Correlacionar a Política Nacional de Humanização com as legislações profissionais do Serviço Social na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias.

2. CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, traremos à discussão sobre as características da política de saúde no Brasil, desde os seus primórdios até a atualidade, com base em autores referência neste debate, evidenciamos seu contexto histórico, o marco da Reforma Sanitária no período da ditadura militar e de redemocratização do país, destacando os governos presidenciais e os principais fatos ocorridos. Salientamos também, no que tange a política de saúde no Brasil: legislações, financiamento e participação popular. Outro ponto que trabalhamos neste capítulo, trata-se do resgate histórico da profissão de Serviço Social no Brasil e a inserção do Assistente Social na Política de Saúde. Finalizamos o capítulo, apresentando a Política Nacional de Humanização - PNH e o campo empírico da pesquisa.

2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Entendemos que para compreender a realidade exposta, no que tange a Saúde do Brasil, com recorte na discussão acerca da Política Nacional de Humanização - PNH implementada e que cotidianamente busca ser materializada, é preciso fazer um resgate histórico acerca da mesma, considerando suas particularidades de forma que se evidencie a fragmentação do seu sistema na atualidade, pois: “ (...) a produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas.” (Mioto, Nogueira, 2009, p. 223). E diante dessas transformações como evidenciado pelos autores, destacamos ser necessário ampliar o conhecimento sobre a trajetória da Saúde para consolidação do debate que estamos trazendo.

Pensar na trajetória da política de Saúde no Brasil, requer entender os acontecimentos, que influenciaram nas tomadas de decisões decorrentes ao que se vivenciava no Brasil em determinados momentos históricos.

Salientando que hoje a saúde é compreendida de maneira ampliada, através de um bom funcionamento do biopsicossocial (do psicológico, do biológico e do social), ou seja, de todo um conjunto integrado, e não somente caracterizado como mera ausência de doença, segundo Bravo (2013). Na atualidade ela é um direito universal a todos os cidadãos, garantido pelo Estado como política pública, ao qual ofertam os serviços de atendimento à população pelo Sistema Único de Saúde- SUS, e não mais como caridade, sendo assim, iremos nos debruçar

acerca dos principais acontecimentos que ocorreram no Brasil, a partir do século XVIII, no que tange a área da saúde.

O século XVIII no Brasil é caracterizado por epidemias como febre amarela, malária, tuberculose, e segundo Bravo (2013) se tem uma assistência médica pautada em caridade e filantropia, as pessoas em situação de pobreza dependiam dos hospitais de propriedade da Igreja Católica. Os ricos que podiam pagar, recebiam visitas dos médicos de família em suas residências, que eram os filhos de coronéis que se formavam em medicina na maioria das vezes.

Em relação à política de saúde no Brasil, Bravo (2013) ressalta que a prática era curativista², somente quando se apresentava sintomas é que o médico iria tratar, não se trabalhava na prevenção, o indivíduo se encontrava bem fisicamente, quando não apresentava a doença, neste momento não se tinha a ação estatal, ou seja, o Estado não intervinha nas questões da população, como por exemplo, o acesso à saúde.

Ao resgatarmos as características da saúde no século XIX no Brasil, veremos o início de novas ações na saúde pública, como por exemplo: a realização de campanhas e vigilância do exercício profissional, que segundo Ribeiro (et al., 2009) com a regulamentação do ensino e da prática médica, e a criação de hospitais públicos o Estado passa a atender e controlar as doenças que neste período se alastraram na sociedade.

A situação da Saúde em meados do século XIX, apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças, destacando-se a hepatite, lepra, boubas, febre amarela e escorbuto. Só em 1859 foi possível conhecer a mortalidade do Rio de Janeiro, pois os dados anteriores eram esparsos. A mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola era extremamente elevada na segunda metade do século XIX. As condições de saneamento eram lastimáveis pois embora o abastecimento de água existisse na capital desde o século XVII, não havia sistema de esgoto. (BRAVO 2013, p. 113).

Ainda que se tenha um certo desenvolvimento na área de patologia, e a realização de campanhas, elas são limitadas e imediatistas, ou seja, além de grande parte não ser atendida, as que são atendidas não tem uma garantia de continuidade no tratamento, como lemos no trecho acima relatado pela autora, resultando assim na vacinação obrigatória.

A vacinação obrigatória segundo Bravo (1996), era pautada em uma visão funcionalista como se a culpa das doenças fosse do indivíduo, então a população revoltou-se contra tal

² Curativista: prática de saúde que não era preventiva, ou seja só se preocupa com a doença quando a mesma já se instalou no paciente, não se buscava prevenir antes contaminação. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 07/11/18

prática, pois não recebiam informações sobre do que se tratava as vacinas e sentirem medo dessa imposição. Lembramos que neste momento, as situações precárias de moradia permaneciam, caracterizadas pela falta de saneamento básico, a intenção maior com as vacinas, nesse momento, era controlar as epidemias, para receber os imigrantes e continuar o desenvolvimento econômico do país, que dependia da mão de obra, sendo assim, quem não aceitasse se vacinar era preso.

As mortes aconteciam em massa neste período, devido a falta de tratamento e atendimento sobre a questão de saúde. Bravo (2013), destaca que os trabalhadores começam a reivindicar condições básicas, no que diz respeito ao ambiente de trabalho. A organização da classe trabalhadora em prol dessas melhorias, acontece através do movimento operário, nas greves, onde reivindicavam mais direitos a população. Assim o proletariado começa a questionar e se organizar, em prol de melhorias, no que tange o trabalho (como uma jornada específica de horas a serem cumpridas, salário fixo; condições salubres para trabalhar dentre outras questões) e de saúde (acesso aos hospitais, prevenção contra surtos epidêmicos entre outros) .

De acordo com Bravo (2013), no século XX o não acesso a saúde já pode ser visto como expressão da questão social devido ao novo modelo de trabalho assalariado, como a exportação de imigrantes para trabalhar na indústria capitalista através da expansão e importação de café, a migração dos trabalhadores rurais para o urbano. Também nesse período começa a se estender a Saúde pública, como estratégia nas campanhas eleitorais para se obter acordo com os grevistas, pois toda e qualquer postura contrária ao Estado, era resolvida como caso de polícia, e nesse momento os governantes entendem que precisam ceder às reivindicações.

Mesmo a classe dominante sendo contra, o Estado começa a mudar sua postura liberal, se tem a Reforma Carlos Chagas³ juntamente com o Departamento Nacional de Saúde Pública com visão de ampliar a saúde, com enfrentamento a endemias⁴ rurais como, febre amarela,

³ A Reforma Carlos Chagas aconteceu na década de 20, teve o intuito de amplificar e reorganizar os serviços Estaduais de Saúde Pública, de forma que o poder central também pudesse intervir. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=151&sid=76> acesso em: 25/10/18.

⁴ Endemia caracteriza-se pela ocorrência frequente de uma doença, em um determinado local de habitação ex: malária, febre amarela e dengue. Epidemia classificada por agravação, surto de uma endemia, quando uma doença infecciosa se propaga rapidamente em uma região e atinge um número consideravelmente alto de pessoas, os vírus e bactérias são os responsáveis e se propagam pelo ar, saliva, água, sangue ou por animais hospedeiros, um exemplo: varíola que matou milhões de pessoas. Pandemia é a extensão de uma epidemia, quando uma doença se espalha por grande parte de um continente ou por diversas partes do mundo. Disponível em: Brasília, 03/03/2015 <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/surto-epidemia-pandemia-e-endemia-entenda-qual-e-a-diferenca-entre-eles.htm> acesso em 25/10/18.

malária, saneamento rural, urbano e movimento higienista (higiene industrial, profissional), com o pensamento no trabalhador pelo lucro da mão de obra, de forma que se diminua a mortalidade, e evite o alastramento de doenças, para que esse operário não falte o trabalho, e não atrase a produção. Porém essa ideia de ampliar o poder nacional através da união não deu certo.

Entretanto Elói Chaves⁵, apresenta em 1923 a lei de aposentadoria e pensão com a criação das CAPs - Caixas de aposentadoria e pensões que garantem benefícios como aposentadoria, pensão, assistência médica para os trabalhadores que contribuíssem, e deveriam ser proporcionais ao valor das contribuições. Bravo (2013) diz que era uma visão de cidadania regulada, e para se ter direitos era preciso se ter carteira assinada, uma gestão bipartite entre patrões e empregados, que participavam de forma sucinta da administração.

A organização ficava por conta das empresas de grande porte, lembrando que nesse momento o foco era os trabalhadores que garantiam a expansão do capital: "A maior parte dos assalariados estava excluída, precisando recorrer para assistência médica, à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos" (BRAVO, 2013, p. 123). Então, foram contemplados os trabalhadores que mais geram lucro ao Estado, as categorias de maior destaque como os ferroviários, em 1926 se estende para os marítimos e portuários, justamente para circulação de mercadorias, visando o desenvolvimento econômico do Brasil.

Dando continuidade a essa discussão, na década de 1930 no Brasil, Bravo (2013), salienta a intervenção Estatal, que na verdade é o momento onde o Estado repensa seu papel em relação à população e passa a intervir nas expressões da questão social. Pois, à medida que se expande a industrialização, se alastra também situações precárias de habitação e Saúde, e o proletariado automaticamente é a classe mais prejudicada. Dessa forma, é necessária uma solução para refreá-los, então as Políticas Sociais são elaboradas para garantir condições favoráveis ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista, de forma que se mantenha o domínio para ordem social.

as políticas sociais são pensadas como mecanismos de legitimação do Estado capitalista e, desse modo, indiretamente, elas contribuem para a legitimação da ordem sociopolítica vigente, supondo-se o Estado por elas legitimado, um instrumento de dominação e controle de um grupo sobre o outro. (MONTAÑO, 2007, p. 78)

⁵ Eloy Chaves foi um deputado Paulista, de acordo com Santos (1998) que sempre manteve contado no âmbito industriário, foi o responsável por apresentar um projeto, que se transformou na lei 4.682 CAPs Disponível em: <https://isolturmaj.files.wordpress.com/2015/10/wanderley.pdf> Acesso em: 25/10/18.

Então para se conter a classe trabalhadora se atende algumas de suas reivindicações, como as legislações trabalhistas, mantendo o comando da força de trabalho para reprodução e acumulação do capital. O autor acima enfatiza que as políticas sociais, são usadas para enfraquecer os movimentos operários contrários à ordem pública, assim mantendo uma certa moderação no movimento de lutas de classes, e o Estado ao mesmo tempo que protege o trabalhador se preocupa em favorecer a acumulação capitalista.

Bravo (2013), destaca em 1953 a criação do Ministério da Saúde (ligado ao Ministério da Educação), onde a saúde se divide por dois setores: a Medicina, ligada à previdência e a Saúde Pública. A Medicina Previdenciária são os IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões, uma forma do governo se antecipar as reivindicações dos trabalhadores, que não eram assegurados pelas CAPs. Nesse momento o Estado se torna mediador de conflitos, entre capital e trabalho, assim essa gestão se transforma em tripartite: Empregador, Estado e Empregado, e quem não contribuísse estava automaticamente fora dessa assistência.

Então a lógica previdenciária, diz que a saúde não podia ser ofertada para todos como único sistema, pois era preciso ter carteira de trabalho assinada, vínculo sindical e profissão reconhecida em lei, nas décadas de 1930 até 1940, os aeroviários, comerciários, operários estivadores, bancários, industriários, empregados de transportes e cargas, comerciários, servidores do Estado, foram contemplados.

Importante enfatizar, que a maior parte dos recursos adquiridos através das contribuições, eram usados para industrialização, não para a saúde, pois a preocupação do Estado era de acumular reservas financeiras, não uma prestação de serviço eficaz, pois a legislação fez questão de definir limites aos usuários, para os gastos com os hospitais e farmácias. Podemos notar, que segundo Bravo (2013), os IAPs apresentam uma estrutura diferente das CAPs, pois se organizava por cada tipo de categoria profissional, não pelas grandes empresas, dando abertura a trabalhadores que eram anteriormente excluídos, fazendo com que se tenha um grande aumento da massa assegurada.

No que tange a Saúde Pública, se tem uma visão municipalista distante, pois nesse momento tem um subsetor, se pensa nas condições sanitárias mínimas para o povo urbano, e o desenvolvimento está ligado a essa categoria, já no campo as condições eram restritas, o fortalecimento de saúde pública se dá, com programas específicos para os tipos de doença como o combate às endemias rurais com um caráter de vigilância baseados nas estratégias militares,

através da força como uma polícia médica descrita por Bravo (2013) com intuito de centralizar o poder no Estado.

Podemos destacar, que antes se tinha uma visão curativista, a saúde era vista como ausência de doença. Somente em 1948, a Saúde é pensada como um modelo biopsicossocial, ou seja, que para se estar bem precisa se ter o conjunto funcionando corretamente, ou seja um equilíbrio biológico, psicológico e social.

Durante esse período até 1964, se tem mais investimentos em saúde pública e também uma certa atenção às doenças endêmicas, porém sem sucesso no combate das mesmas. Bravo (2013) ressalta a criação do Ministério da Saúde não mais ligado a educação;

O novo ministério manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, com a ampliação do atendimento das enfermidades (ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma). O setor Saúde, entretanto, ficou com uma fração menor do orçamento, a saber: um terço do imposto sobre Educação e Saúde. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) ampliou suas atividades, nesta década, preocupando-se com a assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina “tropical”. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que passou a centralizar os serviços de combate às enfermidades endêmicas. (BRAVO, 2013, p. 145)

Nesse momento se destaca a medicina de grupo, o atendimento de saúde privado com as empresas médicas, assim se enxerga uma certa lucratividade na questão saúde, que se une aos interesses do capital, e se organizam de forma que o Estado se sinta pressionado a investir, ressaltando assim a privatização, porém nesse momento a assistência médica fica por responsabilidade ainda dos institutos como já mencionado anteriormente.

Um momento marcante para a saúde se instaura no período ditatorial com seu início em 1964, Bravo (2013) descreve a junção da previdência social com IAPs como uma grande conquista para o Estado, que passa a concentrar todas as contribuições dos trabalhadores do Brasil. Sendo assim, o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, retira a participação dos trabalhadores nas decisões, e os deixa somente como financiadores do sistema. A intervenção do Estado é para moldar a lucratividade, pois esse é um grande setor de capitalização de lucros, como veremos baixo:

A história dos programas de saúde coletiva, saúde pública, assistência social, bem-estar e Serviço Social mostra que as despesas estatais geralmente aumentam durante períodos de protesto social e diminuem à medida que o descontentamento reflui (Piven e Cloward, 1972). Outra tarefa estatal, além de legitimadora, a de acumulação, no sistema de saúde, consiste em proteger e reforçar o setor privado. A maioria dos planos de seguro nacional de saúde ou mesmo os Serviços Nacionais das sociedades democráticas

permitem lucros continuados para a indústria farmacêutica e de equipamentos. (BRAVO 2013, p. 81)

Conforme citado pela autora acima, a saúde agora de fato começa a ter características da ordem capitalista, quando incorpora o modelo do exterior, se tratando de tecnologia em equipamentos hospitalar, indústrias farmacêuticas entre outros. O Estado começa a colocar a sua responsabilidade nas empresas privadas, a medicina exercida precisa dar lucros, com elevação de taxas na área médico industrial, e contratação de serviços de terceiros, então a medicina previdenciária expande e como não há fiscalização específica se tem muitas fraudes.

Assim, a saúde pública tem um declínio, se percebe a diferença dos serviços prestados de acordo com a clientela, a população começa a se organizar em prol de melhorias, porém os dados não são relatados, devido a censura do período tenta se abafar essas reivindicações, mesmo assim o movimento só tem de crescer, pois muitos estão desfavorecidos e não se conformam. O povo começa a ganhar força, a burguesia se preocupa e precisa pensar em novas formas de se legitimar privilegiando o setor privado.

Conforme explicitado por Bravo (2009), a partir de 1974, a burguesia irá estabelecer novos canais de mediação, modificando a sua relação com a sociedade civil com o intuito de canalizar as reivindicações e pressões populares que manifestavam-se em prol de melhorias e condições dignas aos serviços de saúde vigentes da época.

Nos anos 1980, teremos a construção de um projeto de reforma sanitária, tema este que será mais explorado no item 2.2, onde ocorreram significativas mudanças com relação a saúde. Durante o período ocorre uma crise econômica: “A sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica”. (BRAVO, 2007, p.8)

Porém a saúde passa a assumir uma dimensão política, deixando de ser apenas de interesses dos técnicos. A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. (BRAVO 2007, p. 11)

Com a criação do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde - CEBES, se tem um importante veículo de difusão e amplificação do debate em torno da saúde, tendo como objetivos propostos a luta pela redemocratização do país, reivindicações de soluções ao Estado sendo dever do mesmo e um direito social: solução no que diz respeito a precariedade do serviço de saúde que

era prestado à população, universalização ao acesso. Contudo, esses movimentos ganharam força e hegemonia, ocasionando a articulação com outros movimentos sociais.

Em março de 1986, em Brasília-Distrito Federal, se tem a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como temário: Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial com o objetivo de legalizar as reivindicações dos movimentos de saúde, se pensa e se concretiza a saúde como direito de todos e dever do estado, e se efetiva o SUS.

Essas e outras transformações, como o conceito ampliado de saúde através dos determinantes sociais (acesso à cultura, lazer, infraestrutura entre outros), foram importantes marcas vivenciadas pela política de saúde durante o processo de redemocratização da sociedade onde os conselhos de saúde passam a ter caráter deliberativo e paliativo.

Em 1990, teremos a aprovação das LOS (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) que efetivam as transformações que ocorreram no âmbito da saúde, como participação do povo na gestão do SUS, organização e funcionamento do sistema.

Porém na década de 1990, destacamos dois projetos em disputa na área da saúde: a reforma sanitária, projeto este que busca assegurar um Estado democrático e responsável em fornecer as políticas sociais, fortalecendo o SUS, e o projeto privatista, totalmente com ênfase na ofensiva neoliberal, que reduz cada vez mais o papel do Estado para o social, favorecendo assim as privatizações.

Nos anos 2000, no Brasil, percebemos um impasse na reformulação no projeto de reforma sanitária como veremos abaixo:

A grande bandeira do movimento, nos anos 1980, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário, ou seja, tendo como horizonte a transição para o socialismo. Essa questão, aparece, na atualidade, de forma muito tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu nos anos oitenta. (BRAVO. 2013, p. 178)

Diante de todas as mudanças ocorridas no contexto histórico do Brasil na saúde, o SUS é uma das conquistas mais importantes da sociedade, mediante a muitas lutas e reivindicações. E como citado pela autora acima é preciso articular os novos movimentos, que seguem os mesmos objetivos para se obter mais força na garantia de melhorias.

Então em 2003 a PNH vem para ampliar a visão dos serviços ofertados em Saúde, e está posta como aliada da população usuária para: “Defesa intransigente dos princípios e diretrizes

do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização” (Bravo, 2007, p.22). A PNH vem com intuito de manter a comunicação entre os responsáveis pela organização dos princípios do SUS, de forma que se preserve todas as conquistas relacionadas a Política de Saúde.

2.2 – A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O PROJETO PRIVATISTA

A Reforma Sanitária Brasileira, é uma reforma social, não se limita a um campo setorial voltado apenas para os serviços de saúde que tenha como centralidade a questão sanitária da população, não se enquadrando nos ditames dos organismos internacionais, nem tampouco limita-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, como sua principal estratégia, ou as suas demais ideias, ela transcende as políticas estatais defendendo a democratização do Estado e da sociedade. (CEBES, 2012).

Surgindo no cerne dos movimentos sociais e reivindicações da sociedade civil em meados da década de 1970, onde ocorria o ápice da crise do “milagre econômico” cujas as características:

Ressaltam-se o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas. (BRAVO, 2011; p. 64)

Resultou num processo de resistência, e diante do crescimento e do aprofundamento das questões sociais, atrelada a crise econômica do país e ao panorama internacional, o regime ditatorial precisou articular concessões, dando início a uma transição democrática fortemente controlada, denominada no governo do general Geisel durante a ditadura militar como “uma distensão lenta, gradual e segura” estratégica, a fim de garantir a hegemonia do capital. Neste contexto o Estado se viu obrigado a realizar algumas modificações na saúde, buscando novos mecanismos e “ressituando as relações entre Estado e demandas sociais” (BRAVO 2011, p. 70).

O cenário era de crise sanitária, a medicina preventiva passava por crises, e não havia uma prática teórica e política que fornecesse resposta aos acontecimentos da época. Nesta perspectiva, a saúde assume uma dimensão política, e como atores deste processo estavam os profissionais do movimento sanitário, médicos e trabalhadores da saúde preocupados com todo o setor que passaram a fazer parte dos movimentos sociais

A organização desses atores culminou num crescimento considerável de encontros e debates nacionais e regionais acerca da saúde coletiva sob a determinação estrutural e conjuntural da sociedade, tendo como um grande estimulador o CEBES. Como principais características da Reforma Sanitária Brasileira neste período estão:

o surgimento de propostas políticas alternativas emergentes da sociedade civil, que apontavam na direção da reversão do modelo de privilegiamento do setor privado com a canalização de recursos para o setor público; A consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde [...] ; a ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica [...] ; e o bloqueio pelo estado das propostas mais radicais [...] (BRAVO 2011, p. 86)

Tomando por base a discussão de Marx (1993) entendemos que o Estado “está para o capital”, representando apenas uma classe, e não a sociedade como um todo, onde “[...] o poder político do Estado representativo moderno nada mais é do que um comitê para administrar os negócios comuns de toda a classe burguesa”(p.96) a fim de manter sua hegemonia. Sendo assim, os limites acima citados, foram estabelecidos a partir da articulação dos interesses para conceder as reivindicações da classe trabalhadora, salientando o antagonismo inerente entre capital x trabalho.

Entre os principais eventos promovidos pelos movimentos sociais, segundo Bravo (2011), cabe ressaltar:

A - A realização das Semanas de Saúde do Trabalhador - Sensat em 1979, na luta por melhores condições de saúde nas fábricas. Bravo (2011) aponta ainda, que com a realização de semanas organizadas pelos sindicatos, tinha-se por objetivo: trazer o maior número possível de sindicatos, a fim de debater acerca de temas relativos à acidentes e doenças ocupacionais;

B - O movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, no final dos anos de 1970, com a formação de comissões em vários bairros, visando a organização da população na luta pelo direito à saúde, o que culminou num crescimento da participação na “gestão da coisa pública”, ou seja, na participação e controle social da população nas decisões em defesa de seus direitos;

C - A realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da câmara dos deputados em 1979, reunindo 800 participantes, que possibilitou o reingresso do Legislativo nas questões da Saúde: “enquanto conjunto articulado de princípios e proposições políticas, seria identificada no documento ‘A questão democrática na área da saúde’ apresentado pelo CEBES” culminou na ideia da Reforma Sanitária Brasileira. (CEBES, 2012 p.17);

D - O I Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1980, no Rio de Janeiro, organizado pelo movimento de associação de moradores como Famerj e Faferj que representavam bairros, favelas e também com a participação de diversas entidades representativas de profissionais de saúde como o Cebes, sindicato dos médicos, Associação Estadual de Saúde Pública, além da participação de cerca de 3 mil pessoas e 100 associação de moradores;

E - A Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos” – CNBB, realizada em 1981 atrelados à Igreja Católica que demonstrou a sensibilidade da igreja à grave crise sanitária brasileira, vindo a desenvolver preparatórios junto com o sindicato dos médicos de São Paulo, o Cebes, Associação dos médicos residentes e sindicatos de trabalhadores, reunindo cerca de mil pessoas na grande São Paulo;

F - O Projeto Papucaia, experiência inovadora realizada no Rio de Janeiro como estratégia do projeto buscando a organização em comissões de saúde, que tinham como atribuições a elaboração e controle das políticas locais de saúde, trabalhando com recursos da população, valorizando o saber e a participação popular.

Durante todo processo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, desde a sua ideia até a concretização do projeto, as Conferências Nacionais de Saúde – CNS tiveram um papel de grande importância no que se refere à luta, aos debates e às conquistas que obtivemos no âmbito da cidadania no Brasil. Em março de 1980, ocorreu a VII CNS onde o tema “a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” embora contemplasse a articulação intersetorial, os recursos humanos, o financiamento a participação comunitária, dentre outros, o eixo dos debates foi a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev – Saúde), onde a proposta inicial foi inviabilizada por ser inaceitável à iniciativa privada, desta forma o presidente Figueiredo implementou o Prev-Saúde. Esta Conferência, como última a ser realizada durante o regime ditatorial “já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país”. (BRASIL, 2009 p. 15)

Em 1982 foi elaborado pelo Conselho Nacional de Assistência da Previdência Social – CONASP um plano de reorientação da assistência à saúde, tendo como principal estratégia as Ações Integradas de Saúde – AIS, a fim de materializar um Sistema Único de Saúde – SUS integrado e com recursos federais, estaduais e municipais, e definindo então os níveis de complexidade de cada setor. Como afirma Bravo (2011) tal proposta foi pautada nos princípios de universalização do acesso à saúde, potencialização e priorização dos serviços de atenção

primária, descentralização e democratização das decisões referentes a política de saúde, mantendo como estratégia a regionalização e a hierarquização dos serviços da rede, esta que foi fortalecida constando do Relatório Final do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados em novembro de 1984, evento este que se constituiu no maior fórum de debates com categorias e entidades representativas da área dos últimos anos debatendo documentos do CEBES com o tema: “ Assistência à Saúde numa sociedade democrática” e da Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva – ABRASCO com o tema: “ Financiamento do setor saúde: proposta para a transição democrática”.

Nesta perspectiva, o momento de transição democrática é denominado por um processo de descontinuidade e ruptura em relação ao antigo regime, uma transição “pelo alto” um giro que “não rompeu com o passado, remoto ou recente. Não combateu de frente a ditadura. Contornou-a e prolongou-a”. (FERNANDES 1985, p. 20-21). Este palco de embates em que se caracterizou a “Nova República” possibilitou o crescimento do grupo que defendia as ações privatizantes, e um movimento de conquistas e derrotas. Desta forma deflagrou-se as tensões entre os projetos antagônicos existentes para o setor. Matos e Bravo (2000) irão destacar dois grandes projetos em disputa na saúde onde destacam-se o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

O Projeto da Reforma Sanitária, propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde. [...] O Projeto Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção de gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO, MATOS 2000, p. 203)

Desta forma, o Projeto articulado a Reforma Sanitária Brasileira, fruto de lutas e debates da sociedade civil, tendo como uma de suas principais estratégias a constituição e implementação do SUS, é um projeto democrático, pautado no direito universal de acesso à saúde, sendo um direito de todos e um dever do Estado.

O projeto privatista, seguindo o que prevê os organismos internacionais, consiste em garantir o mínimo de oferta dos serviços no setor público, ampliando cada vez mais a privatização e focalizando as ações com o discurso de déficit público, defendendo veementemente a redução drástica de investimentos no âmbito da saúde.

Bravo e Matos (2000) salientam que a universalidade do direito como um dos principais fundamentos do SUS contidos no Projeto da Reforma Sanitária foi um dos principais pontos de

tensão dos formuladores do projeto privatista que voltados para o mercado, em contraposição a concepções coletivas, pautam-se em concepções fragmentadas e individualistas, responsabilizando a sociedade para assumir os custos da crise com ênfase na refilantropização e na mercantilização da saúde.

A VIII CNS se concretizou como um marco histórico para a política de saúde, concretizando a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto um “projeto”, em março 1986, com a participação de 4.500 pessoas e 1.000 delegados eleitos pelos Estados. Teve sua Comissão Organizadora presidida por Sérgio Arouca⁶, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Esta concretizou-se uma nova proposta de estrutura e de política da saúde para o país. Visando os interesses da população o tema central da conferência versou sobre:

A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial. (BRAVO 2011, p. 110)

Transformando o cenário da saúde no Brasil, esta conferência propunha que a saúde fosse entendida como o resultado das condições de vida das pessoas, desde a assistência médica à boa alimentação, educação, salário justo, entre outros aspectos que seriam incluídos na CF 1988.

[...] O conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade (AROUCA, 1988, p.3-4).

Com isto, a VIII CNS como resultado aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária. Com a ampliação do conceito de saúde, entre os pontos mais importantes, que posteriormente foram incorporados nos princípios fundamentais da CF 1988 estão:

⁶ De acordo com o portal da Fiocruz Sergio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do movimento da reforma sanitária, esta que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil, vindo à consagrar-se na Carta Magna de 1988, e com a consolidação do SUS, quando a saúde se tornou um direito de todos e dever do estado. Foi presidente da Fiocruz em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do departamento de Planejamento da Escola. Defendeu o acesso da população às informações científicas, mesmo em período de censura por parte do governo militar no Brasil, com a redemocratização no país essa postura de Arouca se intensificou, vindo a abrir as portas da Fiocruz, enquanto presidente da instituição. Internacionalmente foi consultor da Opas/OMS contribuindo diretamente para o planejamento do sistema público nacional de saúde da Nicarágua, e participou de diversos outros projetos da organização em países como: México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. <<https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>> acesso em: 23/10/18.

- a) a descentralização dos serviços de saúde, com o objetivo de desconcentrar o poder da união, dividindo as atribuições de cada ente da federação;
- b) a participação popular, baseando-se na experiência das AIS com a criação dos conselhos de saúde contando com a participação de representantes dos usuários, das instituições públicas e privadas;
- c) unificação institucional dos serviços de saúde, através do Ministério da Saúde que antes vigorava atrelado ao INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social;
- d) a hierarquização das ações e serviços de saúde, onde a partir da ideia de reestruturação do sistema médico e da visão de prioridades, há a divisão dos serviços em, primário, secundário, terciário e quaternário, de acordo com a necessidade da população e com o grau de complexidade.

Bravo (2011) salienta que, com a consolidação das Ações Integradas de Saúde -AIS foi necessário se constituir o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS que fruto de lutas nas CNS com patrocinadores de entidades como CEBES e ABRASCO, foi aprovado pelo então presidente, José Sarney em 1987, sendo um passo decisivo para a descentralização e redefinições de papéis se consolidando em um instrumento único e nacional, com a finalidade de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento das ações qualitativas na saúde, ainda que enfrentando oposições para sua implementação, pode ser concebido como estratégia de mudanças para uma nova política de saúde e dando início a uma série de trabalhos para a concepção da Assembleia Constituinte.

Em suma, as propostas da Reforma Sanitária Brasileira que ocorreram durante todo seu processo, foram aprovadas, em sua maioria, na CF 1988, legitimando o SUS e enfatizando as transformações na saúde e marcando um processo de redemocratização da sociedade brasileira com a CF 1988, bem como às LOS Nº 8080/90 e Nº 8142/90, ampliando o conceito de saúde, bem como seus princípios, diretrizes, a participação popular, dentre outros, caracterizando-a como um direito universal e de dever do Estado.

De acordo com Bravo (2009) a década de 1990 no Brasil, é permeada pelo redirecionamento do Estado à política de ajuste neoliberal, dando maior viabilidade para o projeto vinculado aos interesses do capital – o projeto privatista. Desta forma, ainda que com os avanços e conquistas estabelecidos no texto constitucional, a saúde, bem como outras políticas sociais, foi rebatida pela afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil. A saúde é desta

forma mercantilizada, seguindo o conjunto de proposições dos organismos internacionais e de regulamentação do estado neoliberal, onde a proposta estabelecida na década de 1980 vem sendo desconstruída, comprometendo o avanço e aprofundando a diferença entre “o SUS legal e o SUS real” Vasconcelos (2010).

Assim, a RSB foi se restringindo, cada vez mais, a uma reforma parcial de natureza setorial e institucional representada pelo SUS. Portanto, o processo da RSB não resultou numa reforma social geral, muito menos numa revolução no modo de vida, como insinuado no seu projeto. Submeteu-se à revolução passiva brasileira onde a dialética do conservar-mudando continua imperando (CEBES, 2012, p.22).

Nesta perspectiva, o desafio da Reforma Sanitária Brasileira para resgatar seu significado histórico é nos dias atuais estritamente político, onde seu movimento não se esgota, mas deve manter-se a fim de promover um projeto de nação capaz de transformar a sociedade como um todo e propor políticas públicas universais eficientes e de qualidade, e a ampliação da cidadania, onde a partir da radicalização da democracia pode-se permitir um reencontro com os movimentos sociais e a ampliação do seu campo de atuação.

2.3- A POLÍTICA DE SAÚDE APÓS A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL

Saindo de um período ditatorial, deixando por consequência uma crise financeira, e um aumento da inflação. Inicia-se uma nova organização política no Brasil, um processo voltado à democratização, assim, segundo Bravo (2006), somente na Constituição Federal de 1988, no governo de José Sarney, é que se tem uma abertura democrática em relação aos movimentos em prol da Saúde, com liberdade de expressão, acompanhados de uma visão de Governo Civil. Se torna pública a Carta da Constitucional e se efetiva os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, onde a saúde é vista como dever do Estado, garantido seu acesso a todos sem distinção, resultado de lutas e reivindicações da população, entrelaçados a Reforma Sanitária ampliando assim as conquistas sociais,

Então começa a discussão acerca de uma lei que regulamenta essa conquista, que vai ser denominada de LOS Nº 8080/90, com sua aprovação em 19 de setembro 1990, porém o presidente é Fernando Collor de Mello que veta as partes sobre controle social e o financiamento explicado na lei, assim ele se posiciona claramente contra a movimentação popular, e mesmo vivenciando um contexto social democrático, sua visão era calar a voz do povo e avançar na globalização econômica, copiando o modelo internacional.

Porém em 28 de dezembro de 1990 se tem a aprovação Lei Nº 8.142/90, para completar o que foi vetado na Lei anterior 8.080/90, que é de grande importância para os cidadãos, a

participação popular no controle e gestão do SUS, e os recursos financeiros intergovernamentais que deverão ser transferidos na área da Saúde, mesmo assim as duas Leis não conseguem consolidar toda a proposta integral da Reforma Sanitária.

Se vivencia as consequências do neoliberalismo, que na visão de Collor era a solução para conter os altos índices da inflação, e especificamente na Saúde se confronta com o projeto de Reforma Sanitária. Bravo (2006) afirma que o Projeto Privatista, com foco na diminuição dos gastos sociais, é na verdade um Estado que cada vez tem menos intervenção, que preza pela privatização dos setores e fornece somente o básico para quem não tem condições a Saúde privada.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido totalmente desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2006, p 14).

Podemos ver nas palavras da autora acima, que no governo Collor a Saúde começa a se consolidar como o modelo que favorece ao sistema capitalista no Brasil, e mesmo assim, o então Presidente, obteve dois mandatos seguidos, até se chegar as taxas de altas de desempregos e ser pressionado pelos movimentos sociais, onde os trabalhadores se mostram bem insatisfeitos, se questionando sobre as propostas neoliberais que só faziam acumular riquezas aos grandes capitalistas

Mesmo com promessa de combater a corrupção, Collor tem seu governo marcado por denúncias de roubo aos cofres públicos, resultando assim em movimentos em prol de seu impeachment, até que ele renuncia seu mandato.

Então assume o vice presidente Itamar Franco em 1992, ainda com visão de resolver a crise instaurada, elege Fernando Henrique Cardoso, como ministro da fazenda elaborando o “plano real” reforçando novamente as propostas neoliberais apresentadas no mandato de Collor, com cortes em gastos públicos, estabilizando a economia, também criando a moeda brasileira denominada “real” expandindo a possibilidade de consumo.

Com o aumento de sua popularidade Fernando Henrique Cardoso se candidata às eleições da presidência do Brasil e obtém a vitória, assumindo em 1994, dando ênfase na era dos retrocessos com a expansão das privatizações deixando de lado a atenção para as políticas sociais e se posiciona com intuito de acabar com o modelo de gestão de Getúlio Vargas, que

tinha um discurso de “pai dos pobres” mesmo com os avanços da Constituição de 88 a Saúde sofre ataques diretos.

E na eleição seguinte em 2003, vence a votação e assume como presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva, como uma nova alternativa pelo discurso do Partido Dos Trabalhadores.

As políticas sociais nesse período foram orientadas para o combate à miséria por meio da seletividade e focalização das ações nos segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora. Houve uma ampliação significativa dos programas de transferência de renda ao mesmo tempo em que se aprofundava o desmonte das demais políticas do sistema de proteção social, a exemplo da Saúde e da Previdência Social. Aliada a outros fatores como aumento do salário mínimo e expansão do crédito, a ampliação do programa Bolsa família possibilitou uma melhoria nas condições materiais de vida dos indivíduos mais pobres, que passaram a constituir uma nova base eleitoral de apoio para o PT a partir de 2006 (CASSIN, 2016, p.2)

A esperança era que com a posse de Lula o projeto de Reforma Sanitária se fortalecesse, porém o então presidente passa a favorecer os dois lados, para obter vantagem significativas para a política como diz Bravo (2006) os espaços Democráticos de controle social passam a perder forças, e os custos da Saúde passam a ser divididos com a população.

Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. Medidas como o Programa de Farmácia Popular permitindo o co-pagamento de medicamentos fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS. (BRAVO, 2006, p, 21).

Isso vai contra os princípios do SUS, pois não estamos superando as desigualdades sociais dessa maneira, porém o então presidente consegue equilibrar atendendo a população em programas estudantis e de moradia, em 2008 se anuncia a grande crise financeira internacional, e mesmo assim as políticas sociais compensatórias como o bolsa família, fizeram com que se criasse o movimento ludista o encontro do presidente com a liderança das classes subalternas que o defendem fielmente conforme Bravo (2006).

Em 2011 sua candidata Dilma Rousseff, indicada a presidência do Brasil pelo seu grande parceiro Lula, vence as eleições dando continuidade ao mesmo estilo de governo, mas a situação econômica estava ainda pior já que não se pensa em resolver os problemas e sim abafá-los, “A redução da desigualdade não depende apenas da capacidade de consumo imediato, pois o aumento do consumo não está relacionado a uma melhoria das condições gerais de vida, como acesso à saúde” (CASSIN, 2016, p, 12).

Dilma expande as Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, mas não dá suporte, deixa de investir em educação e Saúde pelo agravante da crise financeira, ou seja não a continuidade no atendimento como exames, acompanhamento de doenças, e automaticamente precisa reduzir certas ofertas de políticas sociais, então a mídia consegue montar provas de uma péssima administração da verba pública, empoderando os interesses do capital, que busca um candidato para não pensar nos trabalhadores, assim ocasionando na interrupção do mandato da então presidente Dilma Rousseff, através do seu impeachment. Assume o vice Michel Elias Temer Lulia.

2.3.1- O Financiamento da Política de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

Tomando por base, a discussão realizada por Fleury (2009) acerca do financiamento da política de saúde, a autora vai dizer que a CF 1988 inovou ao, para além das demandas da RSB, consagrar a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações destinadas à Previdência Social, Saúde e Assistência Social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da cidadania brasileira.

Behring e Boschetti (2011) salientam que seguindo o princípio de diversidade das bases de financiamento, o artigo nº 195 da CF de 1988 define que os recursos da Seguridade Social devem ser provenientes de três fontes, do orçamento da União, Estados e Distrito Federal; contribuições sociais e receitas de concursos e prognósticos. Para as autoras, é impossível falar de financiamento e orçamento sem falar da estruturação da carga tributária no Brasil. A política fiscal iniciada no governo de FHC (1994-2002) e mantida no governo de Lula (2003 – 2006) de centralização e concentração de recursos vem sendo fortemente orientada pelo acordo entre o governo brasileiro e o Fundo Monetário Internacional – FMI desde 1998, o que contraria o preceito constitucional de descentralização.

De acordo com Fleury(2009), para garantir suas bases legais e financeiras foram determinadas contribuições específicas que se caracterizam pela sua diversidade e vinculação ao Orçamento da Seguridade Social – OSS. “Por meio da diversificação das fontes, buscava-se assegurar fontes alternativas à folha de salários, reduzindo os impactos das crises econômicas e aumentando a solidariedade da sociedade com o custeio da proteção social” (p. 17).

A autora citada acima, afirma ainda que se tornou impositiva a busca de novas fontes complementares toda vez que o total de recursos não fosse o suficiente para suportar os direitos

sociais líquidos. Fleury (2009) aponta que é inegável as conquistas garantidas à Seguridade Social no Brasil com a CF 1988, no entanto “a recente revisão da contabilidade da Previdência Social concedida pelo governo, falsificam o déficit previdenciário e a adoção de medidas que reduzem a evasão das contribuições sociais” (p.22).

Considerando o financiamento da Saúde, muitas derrotas foram também enfrentadas, desde a Carta Magna, onde a disposição transitória que destina 30% dos recursos da OSS para o SUS não foi cumprida. Em 1993, a Previdência Social deixa de passar recursos para o SUS, acarretando em crescentes dívidas públicas. De acordo com o CNS, apesar de o Art. Nº 198 da CF de 1988 definir em seu parágrafo 3º a criação da Lei Complementar a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde em todas as esferas, o texto constitucional não contempla as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.

Mesmo com os esforços do movimento da Reforma Sanitária não foi suficiente para enfrentar os dois grandes projetos do governo de FHC que buscavam o ajuste macroeconômico, e a reforma do estado, segundo a discussão realizada por PAIM (2008) o momento era de crise, a implementação de um SUS que não era completamente o apresentado pela reforma sanitária para o sistema, crescente desemprego e a precária situação de saúde pública no país, levaram a constantes divergências entre o movimento e o governo.

Com as propostas de Emendas Constitucionais que configuram a reforma da previdência no governo de FHC, marcou-se então segundo o autor, “a extinção da seguridade social e seu instrumento principal, o orçamento da seguridade social” (2008,p.209) este processo de realocar recursos da saúde ratificado, iniciou com Collor e deu continuidade também no governo de Itamar. Diante disto, a palavra de ordem no governo de FHC era a flexibilização do SUS.

De acordo com Fleury (2009) com a aprovação da Emenda Constitucional – EC nº 29, em 2000, no segundo mandato de FHC, esperava-se assegurar uma fonte de recursos estáveis para a Saúde com uma contribuição mínima do orçamento dos estados de 12% e 15% dos municípios, enquanto que da União ao menos 5% a mais correspondente ao orçamento do ano anterior. Porém, esta EC não foi até hoje regulamentada, deixando em aberto a possibilidade de que nos governos posteriores os gastos alheios fossem vinculados à investimentos na área da Saúde.

A explosão da demanda provocada pela universalização do direito à saúde, sem uma fonte regular e suficiente de financiamento, acarretou consequências na qualidade dos serviços, na deterioração dos salários e na insuficiência de insumos. O gasto público em saúde dos três níveis de governo passou de 3,01% do PIB em 1995 para 3,63% em 2007, ficando muito abaixo do recomendado pela OMS para o financiamento dos sistemas universais de saúde, que se situa em algo superior a 6% do PIB. (FLEURY, 2009, p. 23)

Durante a celebração dos 20 anos da Seguridade Social proveniente da CF 1988 ocorreu uma ameaça de erosão de sua base jurídica e financeira, advinda do projeto de Reforma Tributária com a Proposta de Emenda Constitucional – PEC nº 233 de 2008, o governo de Lula propunha, segundo Fleury (2009) profundas alterações no sistema tributário nacional, onde são extintas e reduzidas contribuições para a Previdência Social em um período de seis anos.

Na proposta, justifica-se que o percentual de 39,7% destinado à Seguridade Social representaria o mesmo volume de recursos resultante das contribuições sociais e carreados à Seguridade Social em 2006. Portanto, afirma-se que a reforma tributária será neutra em relação ao financiamento da Seguridade Social, não havendo nada a temer no tocante aos direitos sociais. (FLEURY, 2009, p. 24)

Salvador (2009) tomando por base este artigo citado de Fleury, traz sua contribuição acerca do tema, afirmando que a diversidade das fontes de financiamento e sua vinculação com o OSS precisam ser contextualizadas. Passados os 20 anos, o Brasil, segundo o autor, não produziu um fundo público que integrasse as três políticas da Seguridade Social.

No custeio da seguridade social, no período de 2000 a 2007, permaneceu a separação das fontes orçamentárias. Os recursos advindos da contribuição direta de empregados e empregadores continuaram a ser exclusivamente utilizados nos gastos da previdência social, enquanto as contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira foram destinadas para as políticas de saúde e assistência, não contribuindo para o fortalecimento da concepção de seguridade social na sua totalidade. (SALVADOR, 2009, p. 44-45)

Salvador ainda salienta que, os governos que passaram pelo Palácio do Planalto criaram mecanismos para retirar os recursos arrecadados por meio das contribuições sociais da seguridade social, onde mesmo diante do crescimento destas, o governo retira por meio da Desvinculação de Recursos da União – DRU 20% deste valor. No período de 2000 a 2007, cabe salientar entre os governos de FHC e Lula, foram transferidos R\$ 279 bilhões, valor este que equivale a quase cinco vezes o orçamento anual da Saúde, tais recursos têm participação relevante na concepção do superávit primário, ocorrendo assim uma apropriação dos fundos sociais para enfrentar o desequilíbrio do Tesouro Nacional, que revela uma “ política macroeconômica de priorizar nos gastos orçamentários o pagamento da dívida pública” (SALVADOR, 2009, p. 45) privilegiando assim o capital financeiro.

Behring e Boschetti (2011) vão dizer que o fundo público funciona como um elemento fundamental para a reprodução do capital e também para a reprodução da força de trabalho, a elevada carga tributária, na medida que os impostos são remetidos ao consumo, incidem sobre os trabalhadores, contribuindo assim para a concentração de renda e riqueza, essas mudanças foram ocorridas após 1996, onde os trabalhadores assalariados pagam em tributos diretos o dobro de seus empregadores, arrecadação esta que não vemos revertida em recursos para as políticas da seguridade social, ou seja, existe uma correlação de forças entre capital x trabalho em uma repartição desigual do financiamento público, o que o torna “um componente insubstituível” para gerar o superávit primário, também refletido por Oliveira (1998).

A participação da União no gasto público com a Saúde diminuiu, de acordo com Salvador (2009) de 59,8% para 50% entre 2000 e 2006. Como a CF 1988 não estabelece uma norma na esfera federal, os estados e municípios ficam obrigados a aplicar de seus recursos próprios, sendo estes cerca de 12% a 15%.

Analizando a Reforma Tributária em consonância com Fleury (2009), o autor vai ressaltar que a correlação de forças no contexto do neoliberalismo no Brasil, possibilitou a acumulação capitalista e acirrou a desigualdade onde os mais pobres “pagam a conta” sendo responsáveis por cerca de 2/3 do financiamento do Estado brasileiro.

o financiamento e a equidade em saúde e nas políticas da seguridade social passam pela garantia de fontes de recursos exclusivas e que devem ser prioritariamente realizadas com tributos progressivos, observando os princípios constitucionais da capacidade contributiva e da isonomia. De forma que o financiamento tributário seja realizado com contribuição sobre os lucros e dividendos recebidos por sócios capitalistas das empresas, pela regulamentação imediata do imposto sobre grandes fortunas e a tributação sobre o patrimônio (SALVADOR, 2009, p. 53).

Com o advento do neoliberalismo de forma tardia no Brasil no final da década de 1980, implantou-se, de acordo com as normas aprovadas no consenso de Washington, um conjunto de reformas com o discurso de crise e de um excesso de endividamento público, a fim de estabelecer privatizações e redução no aparelho estatal oferecendo no âmbito das políticas sociais ações paliativas e focalizadas aos pobres.

Atualmente no governo de Michel Temer, cabe ressaltar, ilegítimo e fruto de um golpe à democracia brasileira, as políticas sociais bem como a política de saúde vem sofrendo grandes rebatimentos em diversos aspectos, no que tange ao financiamento, e distribuição de recursos, foi aprovada em 2016 a PEC nº 55/ 241 que congela o teto dos “gastos públicos” na saúde por 20 anos, indo contra a EC – 29. De acordo com o CEBES esta proposta salienta um novo regime

fiscal onde fixa em zero o crescimento real das despesas primárias, em resumo, pautados no discurso de déficit torna-se os princípios e diretrizes da CF 1988, letra morta. Na saúde, o piso de 2017 seria igual a 15% da receita corrente líquida de 2016, mais a inflação do período. Como os investimentos em saúde giram em torno dos 4% do Produto Interno Bruto – PIB, o financiamento do SUS perderá cerca de R\$ 148 bilhões se comparado 2003 e 2015 o que foi efetivamente gasto com a regra estipulada com a PEC 241, ao comparar a proposta da Fazenda com a EC nº 29, a perda seria de R\$ 314 bilhões.

Neste ano corrente, segundo o site carta capital, ocorreu o “1º fórum Brasil – agenda saúde: a ousadia de propor um novo Sistema de Saúde “ organizado pela Federação Brasileira de Planos de Saúde, com participação do Ministério da Saúde, deputados e senadores, a fim de apresentar a proposta oficial de desmantelamento do SUS, onde a proposta por meio de estrangulamento de seu financiamento seria a transferência de 50% do investimento do SUS para a alta complexidade dos Planos de Saúde onde metade da população deixaria de ser atendida universalmente e gratuitamente no sistema público e passaria a ser atendida pela rede privada de serviços de Saúde. Assim, de um lado o setor privado sendo alocado de recursos tanto privados de seus usuários, quanto recebendo recursos do setor público e de outro lado, para o SUS, o subfinanciamento, com seus recursos sendo deslocados para garantir os interesses de empresários da Saúde.

Arelado a esta questão, a Agência Nacional de Saúde - ANS recentemente também discute uma nova norma que prevê a cobrança de franquia nos planos de saúde que deve entrar em vigor entre o final de 2018 e o início de 2019. Como se não bastasse as co-participações em planos empresariais, e os valores altíssimos com relação à mensalidade estipulada pelas empresas de planos de saúde, este mercado exige mais, agora, se for aprovada esta norma, os usuários terão que arcar com um valor a mais por procedimentos não contratuais.

Behring e Boschetti (2011) salientam que o comportamento da alocação de recursos destinados à seguridade social é de caráter regressivo. Não houve nenhuma mudança neste processo de subfinanciamento, ou perda de financiamento com a posse de Lula em 2003 nem mesmo com a posse de Dilma, governos de centro-esquerda, pelo contrário, percebeu-se que tais tendências dão continuidade essencialmente ao que previamente é determinado pelos organismos internacionais.

Sendo assim, ainda tomando por base as autoras citadas acima, com poucos investimentos as políticas sociais são suprimidas e sua implementação de forma universal como

consta na CF de 1988 são impossibilitadas de ser viabilizadas a população. Certamente estamos vivenciando momentos de grandes retrocessos, um processo de perda de direitos onde se busca desmontar e extinguir o estado democrático de direito.

2.3.2 - A Participação da Sociedade na Política de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

Neste item, iremos discorrer acerca das Conferências e Conselhos de Saúde, que estabeleceram um marco histórico e significativo para a participação social. De acordo com Correia (2009), a Constituição Federal de 1988 obteve renovações mediante a participação social nas Políticas Sociais de Saúde. A área da saúde foi pioneira neste processo devido a ampliação ao acesso, através da institucionalização da participação social mediante a Conselhos e Conferências com o intuito de ocasionar uma nova conjuntura, manifesta-se ações da sociedade na participação e formulação de políticas na busca por melhores condições que venham a atender os interesses populacionais.

Ainda de acordo com Correia (2009), os integrantes do Movimento de Reforma Sanitária tinham objetivos de ocasionar e produzir a reorganização do Estado e transformações na Política de Saúde no Brasil. Com o surgimento das mobilizações civis, obtendo características que se posicionavam contra as diversas opressões que o Estado exercia, a relação do Estado com a sociedade civil vai obtendo outras características a partir da década de 1980, onde o Estado passa a ter uma visão de reconhecimento desses movimentos como interlocutores coletivos. Com isso, esses movimentos passaram por significativas mudanças resultando em um controle social cada vez mais participativo.

Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários ao governo autoritários, criou-se um contraponto entre Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças (CORREIA 2009, p.123).

Correia (2009) aponta que a participação civil na saúde foi através de organizações dos setores que compõem a sociedade, participando desde as formulações, planos, programas até a definição de recursos, no intuito de atender o interesse da totalidade. Essa participação foi institucionalizada na Lei n.8.142/90, 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da sociedade no controle social. Através das Conferências, tendo como objetivo avaliar e propor as estratégias para a política de saúde em sua formulação nas três esferas de governo, em que possuem temas centrais para discussões e debates, e por meio dos Conselhos Nacionais de

Saúde (CNS), que são instâncias deliberativas que tem sua atuação na reivindicação, controle, avaliação sobre as políticas de saúde.

Os espaços das Conferências Nacionais configuram-se por um dos momentos importantes da participação popular na busca por direitos e atendimentos às necessidades da sociedade como um todo. A partir da obra de Correia (2009) e do documento intitulado “As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas” produzido pelo CONASS, explicitamos um pequeno resumo das conferências nacionais de saúde.

Antes da Nova República a I Conferência ocorreu em novembro de 1941, sendo o assunto central “Organização Sanitária Estadual e Municipal”, sendo presidente da época Getúlio Vargas. Já a II CNS foi executada em 1950, há pouca informação sobre, ocorrendo no final do governo Dutra. Segundo o Ministério da Saúde, não há registros formalizados sendo assunto desta conferência a “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”. A III CNS aconteceu treze anos após, sendo convocada pelo presidente João Belchior Goulart, seu temário central foi “Situação sanitária da população brasileira”. Na IV conferência, realizada em 1967, na qual ocorreu durante o regime militar, abordou o assunto “Recursos humanos para atividades em saúde”. Em agosto de 1975, aconteceu a V CNS, durante o governo de Ernesto Geisel, sendo discutido a “A Implementação do Sistema Nacional de Saúde”, tendo mais 4 eixos norteadores. Após dois anos ocorreu a VI Conferência, em agosto de 1977, tendo abordado A situação atual do controle das grandes endemias. Na VII Conferência realizada no governo de João Batista Figueiredo em 1980, com um total de 402 participantes, sendo estes a maior parte representante públicos, discutindo a Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foi um processo importante, em que estabeleceram propostas para o Sistema Único de Saúde, sendo um direito de todos e um dever do Estado garanti-lo, havendo uma ampla participação social.

A partir das participações e debates na sociedade, nas esferas municipais e estaduais, ocorreu no Brasil, a IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, até que chegou a sua etapa nacional. Contudo, havia uma insatisfação popular em relação ao governo Collor, sendo um cenário de fortes manifestações pelo impeachment do presidente. Teve como propostas a exigência do cumprimento das Leis Orgânicas de Saúde e o fortalecimento da descentralização e controle social. Tendo como tema central: “Municipalização é o Caminho”, E temas específicos como: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantação do SUS, 3. Controle Social; 4. Outras deliberações e recomendações.

Ocorreu em setembro de 1996 a X CNS abordando o seguinte eixo: “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Havendo debates acerca das dificuldades e problemas na implementação o SUS, apresentando experiências concretas devido a funcionalidade do SUS de que o mesmo estava dando certo, tendo como objetivo sua reafirmação. O assunto dos protestos foi contra a política neoliberal implementada pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e a desconstrução do SUS.

Na XI CNS, realizada em dezembro de 2000, a falta de qualidade de vida e saúde da população começou a ser relacionada com o projeto social econômico do então governo FHC. Os membros propuseram combate à mercantilização da saúde, em favor da vida. Tendo como um dos eixos centrais do debate o controle social: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com o controle social”. Tendo outros temas como: 1. controle social, 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil, 3. Modelo Assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

A XII CNS, estava prevista para ocorrer em 2004, mas foi antecipada pelo Ministério da Saúde e Plenário do Conselho Nacional de Saúde para dezembro de 2003, com o intuito de trazer para discussão as propostas que orientaram a formulação do Plano Nacional de Saúde, trazendo autenticidade pela participação social na realização do projeto. Todavia, ocorrendo novidades como: aprimoramento de relatórios das Conferências estaduais na consolidação do relatório final e a votação dos delegados após conferência e em domicílio com pendência de 81 questões. As propostas sendo organizadas em 10 eixos temáticos, no qual reafirmaram princípios e diretrizes do SUS. Tendo como tema principal na Conferência: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos” onde surge a PNH, também conhecida como Humaniza SUS, tem como objetivo pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, com o intuito de qualificar práticas de gestão e atenção à saúde proporcionando mudanças no modo de gerir e cuidar. Impulsionando uma variação na relação entre gestores, profissionais e usuários, contudo essas mudanças são ocasionadas através da coletividade e compartilhamentos.

A realização da XIII CNS foi em novembro de 2007, simbolizando o ápice do desenvolvimento e amadurecimento da sociedade referente às discussões e deliberações democráticas no que tange às políticas públicas de saúde. Havendo um total de quase cinco mil pessoas. Em que tinha como tema central: “Saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento”. Contendo um total de 3 eixos temáticos.

A CNS XIV, aconteceu entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro no Centro de Convenções Ulysses Guimarães em Brasília, com o tema principal: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, tendo como participantes mais de quatro mil pessoas, através de debates referentes ao tema para a contribuição na construção das políticas de saúde.

A sociedade civil por meio da sua participação nos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social participando de forma efetiva no planejamento das políticas públicas, na fiscalização, no que dizem respeito a aplicações de Leis com relação ao SUS, sendo um espaço para debates com o intuito de repasse de recursos na garantia de direitos e exercício da democracia, contudo, é um espaço com contrariedades.

O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele apresentados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde. Este espaço não é neutro, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos (CORREIA, 2009, p. 127).

Os Conselhos e Conferências são importantes espaços para a participação popular e do controle social referente a políticas públicas de saúde, muitas transformações ocorreram, contudo, há muitas questões que ainda devem ser modificadas e superadas. Cabe ressaltar a ideologia neoliberal, que propõe a defesa de um Estado cada vez mínimo para o social, em que privatizações, desmontes de políticas públicas, com discurso de “contenção de gastos públicos”, desencadeando sucateamentos e má gestão.

O Brasil infelizmente é um dos países com grandes expressões da questão social, que são reflexos das desigualdades sociais, sendo fundamental a participação da sociedade em busca de um modelo de saúde democrático, através de uma prática plena nesses espaços, pois através do acompanhamento, fiscalização da gestão pública em que a sociedade civil se torne cada vez mais protagonistas nestes espaços através da reivindicação ao direito digno de saúde das organizações populares e lutadores da sociedade civil, sendo expressada através de luta por direitos, democracia e soberania, contudo sendo preciso formação e organização popular.

2.4 – A TRAJETÓRIA DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Tomando por base a discussão realizada por Iamamoto (2013), o surgimento do Serviço Social no Brasil ocorre nas décadas de 1930 e 1940, considerando o redimensionamento do Estado, no que tange a sua fase monopólica, onde com a transição do capital concorrencial para

o monopolista, temos o deslocamento da questão social de um segundo plano para o cerne das contradições postas na sociedade, e a busca pela recuperação da hegemonia da Igreja Católica como elementos base para a emergência do Serviço Social brasileiro, onde através das Ações Católicas e posteriormente da Ação Católica Brasileira - ACB impõe-se a doutrina da Igreja, buscando uma reforma social a fim de se obter a reconstrução da sociedade.

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no “mundo temporal”, nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa (IAMAMOTO, 2013, p. 18).

A crise de 1929 e o histórico das péssimas condições de existência e trabalho tornam necessária a organização do proletariado na luta pela sua defesa, como afirma Iamamoto (2013), o Estado se nega a reconhecer a existência da “questão social”, fazendo uso então de mecanismos de coerção, integração e controle para a dominação burguesa e a desorganização do proletariado enquanto classe, assim no decorrer da Primeira República as ligeiras melhorias conquistadas por meio de luta cotidiana da classe operária “não escondem o crescimento de sua miséria relativa, tributo pago a um capitalismo que apenas poderia expandir sua acumulação com base na superexploração da força de trabalho” (IAMAMOTO, 2013, p.143).

Com a Revolução de 1930 que trouxe ao poder Getúlio Vargas, e a queda da República Velha, a Igreja busca uma reaproximação do Estado, com o intuito de recristianizar a sociedade e colocar em prática as encíclicas papais “*Rerum Novarum e Quadragésimo Anno*, munindo a hierarquia e o movimento laico de um arsenal de posições, programas e respostas aos problemas sociais” (IAMAMOTO, 2013, p.168) assim a sociedade se vê obrigada a administrar as expressões da “questão social” cabendo à Igreja Católica as ações para o alinhamento doutrinário e a recuperação do proletariado, livrando-os das lideranças perturbadoras. É neste momento que surgem as instituições assistenciais, em 1920 a Associação das Senhoras Brasileiras no Rio de Janeiro e a Liga das Senhoras Católicas em 1923, São Paulo, marcando o movimento de “reação católica”, permitindo a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social, como afirma Iamamoto e Carvalho (2013).

Em 1932, surge o Centro de Estudos e Ação Social - CEAS de São Paulo como necessidade de uma formação técnica especializada a partir do curso intensivo de formação social de moças para o estudo da questão social, abrangendo o problema do trabalho com campos de observação e de prática para aplicação dos estudos teóricos, centros de educação

familiar para estimular jovens operárias o amor ao lar e prepará-las para o cumprimento de seus deveres, com base na doutrina de fé. Iamamoto (2013) ainda salienta que a mulher era vista com uma vocação natural para as tarefas caridosas e educativas, “cabendo a elas a preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades”.

Não somente é justificável a ação feminina social como ainda é indispensável (...) Não tem a mulher, na sociedade a missão de educar? Imaginem a restauração da família sem a cooperação da mulher: a remodelação da mentalidade, de hábitos e de costumes que irão depois influir na economia e nas leis do país, tem de ser, toda ela, trabalho da mulher, em qualquer classe de sociedade. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013, p.183)

De acordo com Iamamoto (2013) e Aguiar (2011) o CEAS envia duas de suas fundadoras à Bélgica, para estudarem a organização e ensino do Serviço Social, assim, em 15 de fevereiro de 1936 é instalada no Brasil a primeira Escola de Serviço Social de São Paulo. A partir de então é notado que começa a surgir novas demandas determinadas de instituições estatais. No Rio de Janeiro, a Primeira Semana de Ação Social e a realização do primeiro curso “intensivo de Serviço Social” com duração de 3 meses, em 1936 são considerados um marco na introdução do Serviço Social na capital da república, as experiências de São Paulo e Rio de Janeiro desta forma, foram cruciais para o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil.

Como vimos, não é possível analisar o histórico do Serviço Social sem articular sua gênese com a influência da Igreja Católica e sua ideologia, nem tampouco com o avanço e refrações das múltiplas expressões da questão social, dados os movimentos operários e populares, que com o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e no mundo, bem como a utilização das políticas sociais como estratégia política para o refluxo das manifestações trabalhistas, como componentes de um cenário histórico propício para seu surgimento. De acordo com Forti (2013) com um posicionamento moralizador, o Serviço Social configurou-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho, no processo de expansão do capitalismo monopolista, caracteriza uma cultura profissional acrítica, sem um horizonte que os impulsionava para o questionamento e às ações consequentes em prol da construção de novos rumos em face das diretrizes sociais postas e assumidas pela profissão.

Em 1940, o Serviço Social que até então atuava com grande influência europeia, principalmente da Bélgica, como já mencionado acima, passou a receber influências dos Estados Unidos da América - EUA como explicitado por Castro (2011) que como estratégia para ganhar a hegemonia, em concorrência com as potências europeias, propõe-se a retirada dos países do estado de subdesenvolvidos, a partir do desenvolvimento do setor econômico,

com foco inicial no âmbito rural, pois com a industrialização o urbano já estava “desenvolvendo-se”, propondo o pan-americanismo – união entre países.

Com o lema de Monroe “a América para os americanos” convertendo-se para “América para os norte-americanos”, Castro (2011) vai dizer que a verdadeira intenção do pan-americanismo como estratégia era garantir o controle das ameaças destes países ao capitalismo norte-americano, onde com o discurso de igualdade, os EUA se utilizam no pós guerra do ideal monroísta para estabelecer sua expansão e exploração, contudo o autor afirma que tal hegemonia não foi alcançada no primeiro momento.

Em sua discussão Castro (2011), vai salientar que esta vertente do Pan-americanismo irá se apresentar em duas fases onde em 1890 em Washington cria-se o Escritório Comercial das Repúblicas Americanas e em seguida em 1910 é criada em Buenos Aires a União Pan-americana - UPA a fim de estabelecer nesta primeira fase o livre comércio – instaurando nesses países periféricos “governos ditatoriais alinhados incondicionalmente à Washington”.

Em sua segunda fase, ainda tomando por base Castro (2011) após a Segunda Guerra Mundial e a implementação da ideologia de Ford/Keynes nas intervenções do estado e na economia, bem como a estratégia do *Welfare State* no mundo, os EUA conseguiram concretizar sua hegemonia, se utilizando da Organização das Nações Unidas - ONU e dando um passo decisivo com a celebração no Rio de Janeiro do Tratado Interamericano de Assistência Recíproca - TIAR e a criação da Organização dos Estados Americanos - OEA desenvolvendo a crescente dependência aos EUA.

Organizar-se-ia a Seção de Serviço Social, através do qual a OEA desenvolveu diretamente a sua influência na formação e na prática dos assistentes sociais latino-americanos, viabilizando ideológica, política e economicamente a proposta norte americana do desenvolvimento da comunidade como técnica e como campo de intervenção profissional. (CASTRO, 2011, p. 134)

Ainda em conformidade com Castro (2011), destacamos que, por meio da habitação e planejamento a OEA era decisivamente responsável pela doutrinação da formação e da prática profissional do assistente social, onde atrelados à ideologia da Igreja Católica, o Serviço Social desenvolve suas teorias de forma estrutural funcionalista e com práticas pedagógicas, de cunho moral e religioso, adestrando a população à dinâmica do Desenvolvimento de Comunidade - DC, juntamente com uma equipe multidisciplinar, que era formada também por médicos, psicólogos, advogados e arquitetos sustentando a técnica e a intervenção em favor do capital e de sua ideologia, para pôr em prática através do campo do DC o desenvolvimentismo em sua

proposta metodológica e ideológica pensados pelos EUA e à legitimação dos interesses burgueses.

Castro (2011) ainda salienta que, o DC surge como proposta inicialmente na Inglaterra, destinado a acelerar o processo do capitalismo e assegurar a subordinação dos países, como estratégia de dominação e controle estatal possibilitando conter as tendências emancipacionistas e assegurando a prosperidade do capital monopolista.

Incidir sobre o desenvolvimento desigual, não para suprimir as desigualdades nacionais, mas para que a combinação entre tais desigualdades (nacionais e regionais) permanecesse favorável às metrópoles imperialistas nas suas sucessivas fases de expansão e crise. (CASTRO, 2011, p. 137)

Á vista disto, conforme explicitado por Ammann (2002) o assistente social foi a profissão que mais precocemente foi exposto às teorias desenvolvimentistas, pois ao se ocupar do social ainda com a influência de Mary Richmond, desconhecendo o antagonismo social, o Serviço Social a partir da sua participação nas conferências, nos intercâmbios entre países, congressos e encontros promovidos pela OEA, vai sendo reconhecido como agente indispensável à ideologia do desenvolvimentismo se destacando como agente de transformação, adestrado para adestrar a população com seu trabalho com indivíduos, grupos e comunidade, levando os mesmos a compactuar com a proposta, com o discurso de que estariam “ajudando” a comunidade, pois sem o consenso popular os EUA não almejavam o nível necessário para a implantação do desenvolvimentismo no país.

Com a crescente necessidade de renovar o aparelho técnico dos Estados, Ammann (2002) vai dizer que se produz o chamado “boom universitário”, onde com as mudanças no mundo do trabalho e a emergência da questão social exige-se novas metodologias de enfrentamento, a partir de então cresceu os centros docentes e discentes na academia, espaços estes que produziam profissionais para serem adequados à ideologia. É no âmbito da universidade que os profissionais internalizaram a ideologia e a metodologia do DC, com o ideal de culpabilização dos sujeitos, a questão social era vista como passível de tratamento, ao contribuir para os mesmos descobrirem seus “problemas” e ajudá-los a superar, o serviço social se tornava cada vez mais funcional ao sistema, vendo esta possibilidade como meio de desvincular-se do apostolado, sendo reconhecido como profissional técnico.

Ainda segundo a autora citada acima, o desenvolvimentismo no Brasil teve um marco no governo de Juscelino Kubitschek, mais conhecido como JK, que tinha como lema de governo um desenvolvimento de “50 anos em 5”, porém era um desenvolvimento com uma igualdade

inexistente, não havia uma visão de integração nacional, sendo assim, as expressões da questão social são agravadas conforme o avanço do capital no país, o que vem por refletir diretamente, como demanda, ao Serviço Social.

As formas de cooperação no trabalho se baseia na reciprocidade e na redistribuição, princípios enganosamente parecem favoráveis para construir com eles formas cooperativas, modernas, porém que, na realidade, são postas às normas em que se funda o capitalismo moderno. (AMMANN,2002, p. 33)

Ammann (2002) salienta que, o DC no Brasil vai ser implementado a partir da experiência de Itaperuna onde a conscientização no sentido da modernização vai se dar através da educação de adultos, estes que marginalizados, através do trabalho com a equipe multidisciplinar, torna-se ajustado ao processo, modificando toda a sua relação com a sociedade, a fim de se estabelecer a ordem, pois considerando que o analfabetismo representa uma ameaça para a “vida democrática da América” e assim consequentemente da paz social, e que nas áreas rurais estavam concentrados os maiores índices de analfabetismo, propõe-se a intervenção na educação do âmbito rural em seu primeiro momento, na década de 50, onde foi implementado um DC Ortodoxo, pautados no conservadorismo e com visões aclassistas, acríticos e apolíticos, três obras e dois intelectuais teciam suas teses acerca da coesão social, e adotando o tripé – indivíduos, família e sociedade – com a mulher como instrumento de alienação, estabelecia a tarefa de preservar a estrutura – o povo – e fazer com que o capitalismo fosse instaurado sem qualquer resistência.

a pobreza é um entrave e uma ameaça tanto para essas populações (pobres) como para as áreas mais prósperas; de que “ na atual luta ideológica os povos famintos têm mais receptividade para a propaganda comunista internacional do que as nações prósperas”; de que o “esforço de ajudar os povos a alcançarem um nível de vida mais sadio e mais economicamente produtivo eliminaria os focos de comunismo em potencial” ; de que “a melhoria das condições sociais e econômicas em qualquer parte do mundo livre redundaria em benefício dos Estados Unidos” (AMMANN,2002 ,p. 29-30)

Com a crise o governo de JK não consegue segurar o desenvolvimento econômico, o avanço do modo de produção capitalista, a influência dos trabalhadores europeus e o estreitamento das múltiplas expressões da questão social levam ao crescimento das reivindicações e mobilizações na sociedade, este momento é um marco para os questionamentos da classe trabalhadora à ideologia desenvolvimentista. Com a inserção dos assistentes sociais na academia, estes profissionais terão contato com os movimentos sociais, onde para além de elevar o seu conceito e incluir a profissão como categoria nas ciências sociais, o Serviço Social teve a oportunidade de ter o contato com a ideologia de Marx, porém não marxista, onde este primeiro contato foi dado a partir de leitores de Marx e não do próprio, o que veio a culminar num questionamento acerca da sua prática por parte de uma minoria, o que posteriormente

Iamamoto (2013) vai chamar de movimento de reconceituação e em consonância, Netto (2015) vai chamar de “reconceptualização” na perspectiva da busca de ruptura com a herança conservadora.

Esses questionamentos emergem numa conjuntura marcada por uma situação de crise e de intensa efervescência política no Continente, no quadro do colapso dos populismos e de uma reorientação tática do imperialismo em relação às sociedades dependentes. Por outro lado, é neste mesmo quadro conjuntural que o meio profissional começa a se ampliar e a se modernizar com rapidez, em consequência da multiplicação das escolas especializadas e da demanda objetiva do Estado e das empresas (IAMAMOTO, 2013, p.40).

Na década de 1960 de acordo com Ammann (2002), com os processos de conscientização das camadas sociais, a luta pelas reformas, e a busca pela superação das expressões da crise e desemprego, João Goulart – “Jango” assume o governo propondo uma reforma geral, surge o DC Heterodoxo, como nova proposta, trazendo alguns benefícios à classe trabalhadora, porém ainda com resquícios do conservadorismo e funcional à burguesia – esta se consagrou como a primeira fase do Movimento de Educação de Base - MEB.

Com a disseminação das lutas da classe trabalhadora a burguesia vai instaurar de acordo com Netto (2015) em 31 de março 1964 o golpe político-militar, como resultado de um pacto contra revolucionário entre as bases conservadoras – burguesia e militares - o objetivo era neutralizar as forças democráticas dinamizando estratégias de enfrentamento para fortalecer a ordem, esta que passada ainda por meio dos intelectuais engendrados ao desenvolvimentismo se utilizaram da cultura, e da mídia inicialmente como meio de alienação vindo a enquadrar os indivíduos ao que o autor vai chamar de “autocracia burguesa”.

O desfecho de abril foi a solução política que a força impôs: a força bateu no campo da democracia, estabelecendo um pacto contra revolucionário e inaugurando o que Florestan Fernandes qualificou como “um padrão compósito e articulado de dominação burguesa”. Seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas, nacionais e populares; todavia, o seu significado histórico- social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira (NETTO, 2015, p.41).

A educação vai ser aqui, um espaço de intervenção prioritária para o sistema ditatorial, passado por uma refuncionalização, com ênfase no âmbito das universidades, pois se fazia necessário extinguir com os questionamentos fomentados pelos movimentos estudantis e sociais. Neste momento vai se dar a segunda fase do MEB, onde os intelectuais são capazes de tecer posicionamentos críticos, políticos e históricos, porém impossibilitados de romper com o conservadorismo pois seu posicionamento não era pautado em leituras do próprio Marx. Se

utilizando da racionalização de vagas a ditadura tenta, desta forma então conter os movimentos, Netto ainda salienta que, contraditoriamente, com a industrialização pesada a demanda por mão de obra especializada aumenta a procura por vagas nas universidades, à medida que isso ocorre, surgem as universidades privadas para atender as demandas do capital.

Netto (2015) divide o processo da autocracia burguesa a partir de três lustros. O primeiro momento vai ser caracterizado como reacionário – de abril de 1964 a dezembro de 1968 - sendo governados por Castelo Branco e parte do governo Costa e Silva, este momento da ditadura instaurada no Brasil vai ser marcado pela grande repressão, pois quando a ideologia marxista perpassa a barreira dos até então partidos tidos como comunistas, e avança pelo país através dos intelectuais das universidades, isso vai possibilitar o posicionamento contrário à ditadura.

Para se instaurar a ditadura no Brasil, ainda em conformidade com Netto (2015) foi necessário uma particularidade histórica. Tal particularidade vai se dar através de três fenômenos. O primeiro o autor salienta que o desenvolvimentismo não operou contra o atraso, toda a desigualdade já existente não foi superada, pelo contrário, foram acirradas com um desenvolvimento “pelo alto” estabelecido pela modernização conservadora, os problemas sociais eram tratados como “caso de polícia”; em segundo fenômeno o autor vai dizer que a participação política da classe trabalhadora era realizada de forma excludente; e por último o autor vai citar que a relação entre estado e sociedade era permeado pelas mesmas relações exercidas na década de 30, uma relação de repressão e de controle.

O período de dezembro de 1968 a 1974, Netto (2015) vai caracterizar como “regime político de nítidas características fascistas” (p.57-58) marcado com o Ato Institucional nº 5 – AI-5 abre-se um genuíno momento da autocracia burguesa, é neste dado momento que se alcança a direção do Estado, ajustando sua estrutura ao aparato dos monopólios. Em seu último lustro de 1974 a 1979, a autocracia vai se tornar mais amena, pois ao se utilizar da cultura como intervenção tardia como instrumento de intervenção e não obter sucesso a fim de calar a classe trabalhadora, a burguesia se vê obrigada a realizar um giro explícito de aproximação concedendo algumas reivindicações aliadas a momentos de repressão a fim de manter o controle. Alguns componentes fizeram parte de todo o processo ditatorial no Brasil: o primeiro diz respeito ao referencial político-ideológico, onde podemos perceber até mesmo nos dias atuais pessoas que defendem veementemente tal intervenção, e mais do que isto, a veem como única forma de “conter o caos” posto na sociedade; e o segundo afirma que a hegemonia nunca escapou do controle da autocracia burguesa.

Não é por acaso, pois, que a crise da ditadura, alongando-se por mais de uma década, configura um processo de transição que parece singular e atípico: deu lugar a uma situação política democrática, nos primeiros anos da década de 1980, que vem se aprofundando, mas que coexiste com um aparato estatal inteiramente direcionado para um sentido incompatível com a sua manutenção, ampliação e consolidação. (NETTO, 2015,p.65)

A ditadura foi um divisor de águas na construção da profissão de Serviço Social. Segundo Netto (2015) a medida que se há a requisição de mão de obra especializada para responder às demandas da autocracia burguesa e da modernização culmina-se a um processo de erosão no que tange às práticas tradicionais ligadas à filantropia da Igreja Católica. Este momento de renovação também salientado por Iamamoto (2013) se caracteriza como o distanciamento das bases tradicionais da profissão. Contraditoriamente, este movimento de atualização com a herança conservadora requisitado pelo capital na ditadura se transforma em um movimento de erosão e renovação das práticas, gerando a precipitação do movimento de reconceptualização. Ao mesmo tempo Netto vai pensar o projeto modernizador a partir de três vertentes: Perspectiva modernizadora; Reatualização do conservadorismo e Intenção de ruptura, neste processo a categoria vai promover seminários de debates em Araxá (Minas Gerais), Teresópolis (Rio de Janeiro) e Sumaré (Alto da Boa Vista) a fim de se adequar as racionalizações do capital, porém todo este processo vai acarretar na Intenção de ruptura.

Netto (2015) vai denominar o primeiro momento da Intenção de ruptura do Serviço Social de emersão, onde com a necessidade de romper com o tradicionalismo, é construído no seio das universidades o chamado método de BH, primeiro projeto elaborado por docentes e discentes a fim de intervir de forma crítica na formação até a atuação profissional. Levando em conta o desenvolvimento dependente no Brasil, as relações entre classes, com o objetivo da transformação da sociedade e a realização do homem, categoria vai se aproximar de um marxismo sem Marx através de autores estruturalistas, o que vai acarretar em equívocos acerca da interpretação do método, até que em 1975 a universidade passa por uma crise, os profissionais que estão à frente do projeto são demitidos, possibilitando o fortalecimento do movimento através dos trabalhos de conclusão de curso, retomando as discussões acerca da fundamentação teórica da profissão.

Com a consolidação da intenção de ruptura as bases da profissão são finalmente alteradas com influência das fontes originais de Marx, tecem assim um posicionamento crítico, ocasionando a maturidade intelectual da profissão. Iamamoto teve parte fundamental neste processo no final dos anos 1970 por meio de seu trabalho de conclusão de curso a autora terá como base a concepção da produção e reprodução das relações sociais e o Serviço Social no

Brasil, sua argumentação destaca-se pelo rigor teórico e pela congruência crítica. Netto (2015) destaca a compreensão da autora em sua postura teórico- metodológica, superando as interpretações equivocadas da tradição marxista.

De acordo com Braz e Teixeira (2009) no final dos anos 1970 a profissão se volta completamente para a classe trabalhadora com o marco em 1979 no III CBAS em São Paulo, este que ficou conhecido como o “congresso da virada”, onde a vanguarda profissional destituiu a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, substituindo-os por nomes advindos do movimento dos trabalhadores. No final da ditadura militar, a profissão passa por mudanças, atrelando à sua luta a busca por direitos humanos e por um estado democrático articulados aos movimentos sociais. Assim a classe consolida seu Projeto Ético Político na década de 1990, direcionando sua prática voltada completamente à classe trabalhadora, projeto este que segue em manutenção até hoje.

Reconhecer o processo histórico da materialização deste projeto de profissão vigente na categoria, é também situar como afirma Braz e Teixeira (2009) um conjunto de determinados componentes constituídos e legitimados, tais como: o atual Código de Ética de 1993, o quinto a ser implementado, este que tem a preocupação de nos resguardar dos princípios e valores da profissão voltado à liberdade dos sujeitos e à defesa dos direitos humanos, normatizando nossos direitos e deveres como parte da intensificada organização política tocada pelo conjunto CFESS/CRESS – Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social – antes CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais, órgãos de fiscalização do exercício profissional; e as novas Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social, “ documento referendado pela Assembleia Nacional da ABEPSS em 1996 e aprovado, com substâncias e prejudiciais alterações, pelo MEC.” (BRAZ e TEIXEIRA, 2009, p.9). Documentos estes que norteiam e fundamentam as bases do Serviço Social, dotando-a do que Guerra (2000) menciona por instrumentalidade, onde esta é a capacidade que o profissional adquire em seu cotidiano a fim de concretizar seus objetivos, transformando para além das condições objetivas e subjetivas da realidade social, mas também a si mesmo.

Para tanto, o profissional precisa estar em conformidade com as três dimensões da profissão: Teórico – Metodológica; Ético-Político e Técnico- Operativo. A primeira dimensão qualifica o profissional para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha, permitindo enxergar a dinâmica da sociedade para além do que está posto, mas buscando penetrar a sua essência. A segunda, se realiza no marco das relações de poder e de

forças entre capital e trabalho, estas que, todavia, sendo contraditórias e antagônicas, exigem um posicionamento político frente à realidade social e implica em assumir valores ético morais que sustentam a sua prática. E por fim a terceira que, permite ao profissional conhecer e criar um conjunto de habilidades técnicas que visam garantir à população usuária e aos meios empregadores uma inserção qualificada que responda tanto as demandas sociais, quanto aos objetivos profissionais.

Porém, ainda sinalizando a discussão trazida por Braz e Teixeira (2009) isto não quer dizer que tal projeto se efetive integralmente na realidade, os autores vão dizer a que a realidade é diferente do plano subjetivo que se almeja realizar, ou seja significa dizer que

não controlamos todos os aspectos que incidem sobre a realidade, que a sua alteração/mudança/transformação não depende apenas de nossos atos e de nossas ações. Significa, em alusão a Marx, que a história é feita pelos homens, mas em condições que estão predeterminadas a eles.(BRAZ e TEIXEIRA, 2009, p.10)

Diante do cenário de uma reestruturação produtiva, da superação do modelo fordista/keynesiano pelo modelo Toyotista de acumulação flexível, o advento do neoliberalismo trazendo uma série de implicações nas relações de trabalho como parte dos rebatimentos da contemporaneidade, como salienta Iamamoto (2015), da modernidade e da pós- modernidade como bem traduz Harvey (1992) e de suas refrações na sociedade como um todo, e consequentemente na atuação do Serviço Social como profissional inscrito na divisão sócio técnica do trabalho, não é incomum encontrar profissionais com o discurso que “na prática a teoria é outra” e a inviolabilidade do projeto ético-político, sendo assim na interpretação de Simionatto em artigo publicado pelo CFESS (2009) o Serviço Social se vê confrontado por duas grandes tendências teóricas, uma vinculada ao fortalecimento do neoconservadorismo e outra relacionada a tradição marxista. Diante disto, Braz e Teixeira (2009) salientam que:

Mesmo diante das adversidades (e até mesmo contra elas!) é que devemos reafirmar nosso projeto ético-político, pois ele fornece os insumos para enfrentar as dificuldades profissionais a partir dos compromissos coletivamente construídos pela categoria. Parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação (idem, p.12).

Assim, como afirma Simionatto (2009), compreender o direcionamento da profissão diante de tais perspectivas na atualidade, significa também conhecer as implicações destas questões para o futuro da profissão.

2.4.1 - A Inserção do Assistente Social na Política de Saúde no Brasil.

Tomando por base Bravo (2013), falaremos como se dá a trajetória do Serviço Social especificamente na área da Saúde no Brasil, ressaltando os pontos mais importantes até que se chegue na atualidade. Como já mencionado, o Serviço Social é criado como resposta às reivindicações dos trabalhadores, uma vez que a prática filantrópica de ações da igreja católica não conseguia dar conta do surgimento cada vez maior de demandas relacionadas a desigualdades sociais, na saúde as oportunidades de tratamento são diferentes de acordo com a condição social.

Segundo Bravo (2013), as primeiras escolas de Serviço Social já são ligadas a questão da saúde, em São Paulo através da igreja com as Santas Casas de Misericórdia, e no Rio de Janeiro de caráter técnico, tendo relação com a Secretaria Geral de Saúde, com o pensamento de que as doenças seriam controladas através de higiene, e que era justamente por falta de conhecimento das classes subalternas que se aumentava as doenças.

Inicialmente os Assistentes Sociais tem sua visão de recuperação do homem entrelaçada às práticas da igreja católica, segundo Bravo (2013) ele é usado como mecanismo do Estado para controlar as ações, a partir do momento que a industrialização avança e a situação de pobreza se alastra, surgem os movimentos dos trabalhadores reivindicando melhorias, nessa época as epidemias e a mortalidade estão em crescente, e o povo desprovido de Saúde.

O Assistente Social se insere no modelo médico clínico, contribuindo para o trabalho dos médicos, também eram conhecidos como paramédico esse termo era usado: “Para definir outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde, ficando sua atuação para aquilo que os médicos lhes delegava”. (Matos, 2013, p.57). Em 1945 se tem a Política Nacional de Saúde e com ampliação dos gastos na área, o Assistente Social passa a atuar nos hospitais, juntamente com a equipe multidisciplinar, que tem sua prática na Saúde voltadas a campanhas sanitárias do Serviço Social Médico, Foi inicialmente ligada a puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias.

As funções exercidas pelos profissionais eram: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidados com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento. (BRAVO, 2013 p.,156).

Como a autora acima descreve, nesse momento o Assistente Social trabalha como um educador através de orientação para a ordem social, prevenção, mediando conflitos e baseado

em adequação do cliente ou serviço oferecido, com o pensamento funcionalista ao sistema, entendia-se que os problemas dos clientes eram apenas resultados de suas próprias ações por isso buscava a adequação do mesmo, era uma prática de ajuste e controle para atender os interesses do Estado.

Após esse momento em 1960 lemos em Bravo (2006) que o Serviço Social começa a se questionar sobre a prática conservadora, mas é vetado pela ditadura militar, porém ao surgir novas demandas nesse contexto foi preciso se ter uma modernização conservadora na área da saúde. Tal modernização conservadora correspondia a necessidade de um profissional capacitado para atuar com racionalidade nas novas exigências do Estado, resultado de uma modernização na dinâmica capitalista, que ainda não se rompe com uma prática voltada ao fortalecimento da autocracia burguesa, sendo assim, a base ainda continua na medicina previdenciária. Em 1980, se retorna essa discussão pautada em um movimento de saúde coletiva se repensando em sua prática tradicional, nesse momento é levantado a bandeira do movimento de Reforma Sanitária com pensamento democrático ainda desvinculado ao Serviço Social na saúde.

Somente em 1990, se tem uma forma ampliada de Saúde através da Constituição de 1988 e do SUS, quando essas conquistas são ameaçadas pelo neoliberalismo, os Assistentes Sociais se posicionam, e rompem no congresso da virada com o tradicionalismo da profissão reprodutora das ações do Estado, e passam a apoiar o movimento de Reforma Sanitária, confrontando diretamente o projeto privatista, ao qual faria sua prática retornar as ações assistencialistas, então com o compromisso assumido da categoria através do Projeto Ético Político da profissão se tem uma nova perspectiva de ações como veremos abaixo:

“O projeto ético político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí o compromisso com a emancipação humana e plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso, esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Portanto, é um projeto construído por assistentes sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Para tanto, apanha novos aportes teóricos metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregados e usuários. (MATOS, p, 60, 2013).”

Assim entendemos que o Assistente social assume nova postura profissional, como lemos na acima em Matos (2013), ele passa a respeitar a liberdade de cada indivíduo, com uma prática diferente da imediatista que resolvia os problemas da clientela superficialmente, sem se chegar na essência do mesmo, após a criação do Projeto Ético Político, se contribui para as

ações de cunho investigativa e também para o desenvolvimento das diversas áreas de atuação da profissão, inclusive na que estamos percorrendo que é a da Saúde.

O Assistente Social é reconhecidamente um profissional da saúde. As Resoluções do CNS nº. 218, de 06 de março de 1997, e do CFESS nº. 383, de 1999, além da Resolução nº. 196 de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos. (ROSA et al., 2006, p. 63-64) são expressões concretas desta afirmativa.

Os documentos legais são instrumentos importantes para o trabalho do assistente social. No caso da política de saúde o assistente social deve ter sua prática referenciada, entre outros documentos que norteiam a profissão, pelos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Como conteúdo central, enfatizou os parâmetros de atuação de assistentes sociais na saúde, tendo por objetivo fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais faces às ações realizadas, bem como fortalecer Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social (CFESS. Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, 2009, p. 67)

De acordo com o CFESS (2009), o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” foi construído a partir do grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo CFESS, em 2008, com o objetivo de referenciar a intervenção dos assistentes sociais que atuam na política de saúde.

Ainda de acordo com o referido documento citado acima o caminho percorrido até a finalização dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, se deu a partir de encontros realizados em diferentes estados brasileiros, sendo um total de 52 debates pelo país, envolvendo um total de 5000 participantes. Incorporando nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS.

O atendimento aos usuários pode acontecer em diferentes espaços na saúde, podendo ser desde a atenção básica até a alta complexidade, de acordo com a organização dessa política no Sistema Único de Saúde. A atuação do Serviço Social agrega para a saúde não apenas o enfrentamento no processo saúde x doença, mas, para além disto:

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (CFESS. Nome do documento consultado do CFESS de onde a informação dessa citação direta foi extraída. 2009, p.20).

O Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde aponta que a prática do assistente social conta com princípios inscritos no Código de Ética Profissional e com competências e atribuições privativas inscritas na Lei de Regulamentação da profissão. Porém, na saúde existem ações profissionais consideradas fundamentais para o trabalho profissional: ações de atendimento direto ao usuário; ações sócio assistenciais; ações com a equipe, ações socioeducativas; de mobilização, participação e controle social; de investigação, planejamento e gestão; de assessoria, qualificação e formação profissional.

No processo de trabalho na saúde o assistente social realiza o atendimento direto com o usuário, que se dá nos diferentes níveis de atenção previstos na política. Majoritariamente serão desenvolvidas neste atendimento às ações sócio assistenciais, com foco interdisciplinar, e as ações socioeducativas, conforme esclarece o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Este tipo de atendimento é o contato mais direto que o profissional tem com os usuários e pode possibilitar ações de pesquisa, reflexão e produção de conhecimentos através da sistematização da prática cotidiana.

Segundo o CFESS (2009), no documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde o profissional atua também no sentido de realizar ações socioassistenciais, estas consideradas primordiais na resolução de demandas e encaminhamentos que têm relação direta com o modo de vida dos usuários e as contradições existentes no campo da saúde, bem como estes fatos se relacionam historicamente entre si e com a sociedade capitalista. Através de ações diversas o profissional pode buscar interferir nos fatores sociais determinantes do processo de adoecimento e/ou recuperação da saúde

Quanto à articulação com a equipe, compreende-se que esta deve se dar de maneira interdisciplinar, considerando o processo de recuperação da saúde em sua forma integral. É necessário que o assistente social tenha suas competências e atribuições privativas publicizadas para toda a equipe e que, apesar de fazer parte de um grupo de profissionais, seu olhar não se perca no cotidiano, pois:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009, p. 46)

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009), as ações socioeducativas, também conhecidas como Educação em Saúde, caracterizam-se por seu conteúdo reflexivo e pela socialização de informações, é desenvolvida através de

abordagens que podem ser coletivas, individuais, ao usuário, família e população de determinada área. No desenvolvimento de ações socioeducativas destacam-se atividades que prezam pela democratização das informações, rotinas, direitos e conhecimentos diversos acerca do trabalho na unidade de saúde, devendo se constituir no principal eixo de atuação profissional.

Conforme estes parâmetros que irá elucidar a respeito da mobilização participação e controle social, que envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social destes usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais, tendo atividades que tem como objetivo contribuir para organização da população e dos usuários enquanto sujeitos que possam reivindicar por melhorias na política de saúde.

Neste mesmo documento supracitado acima, segue a informação referente a investigação, planejamento e gestão, este eixo engloba o conjunto de ações que tem como objetivo o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir em equipe e intersetorialmente, proposta que venham viabilizar e potencializar a gestão a favor dos usuários e trabalhadores na garantia dos direitos sociais.

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização destas ações é fundamental levar em consideração a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social, que também são importantes eixos apresentados pelo documento do CFESS (2009).

Conforme o CFESS e CRESS, a atuação do Assistente Social na Saúde, tem como atribuição e competências as ações do profissional e são norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da Profissão de 1996 e na própria reforma curricular. Tendo em vista o artigo 2º do Código de Ética (CFESS, 2010).

Segundo Yamamoto (2009), pesquisa realizada sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil, promovida pelo Conselho Federal de Serviço Social, com base em dados de 2004 (CFESS, 2005), no nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, das quais 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais. Assim, assistente social no Brasil é majoritariamente um *funcionário público*, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com

destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras. O segundo maior empregador são empresas privadas com 13,19% (o mesmo índice que as instituições federais), seguido do “Terceiro Setor”, com 6,81% (englobando Organizações Não Governamentais (ONGs), Associações, Cooperativas, entre outras que viabilizam a chamada “responsabilidade social”).

O perfil desse trabalhador é de uma categoria fundamentalmente feminina (97%) com a presença de apenas 3% de homens; as idades prevalentes encontram-se nas faixas entre 35 a 44 (38%) e 25 a 34 anos (30%), ainda que 25% estejam na faixa entre 45 e 59 anos. A maioria professa a religião católica (67,65); segue-se a protestante (12,69%) e a espírita kardecista (9,83%), e 7,92% não têm qualquer religião. As demais preferências religiosas não têm incidência significativa. A maioria dos assistentes sociais se identifica como branca (72,14%) e as que se declaram pretas e negras totalizam 20,32%. Em relação à orientação sexual, 95% são heterossexual, 3%, homossexual e 2%, bissexual. A maioria (53%) é casada e 47% são solteiros (IAMAMOTO, 2009 p.7)

O Brasil tem hoje aproximadamente 160 mil profissionais com registro nos 26 CRESS e uma Seccional de Base estadual. É segundo país do mundo em quantitativo de assistentes sociais, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. De acordo com a pesquisa “Assistentes Social no Brasil, realizada em 2005 pelo CFESS, a profissão é composta majoritariamente por mulheres (pouco mais 90%) O estudo confirma a tendência de inserção do serviço social em instituições de natureza pública, com quase 80% da categoria ativa trabalhando nessa esfera. A saúde, a Assistência Social e a Previdência Social são as áreas que mais empregaram profissionais (CFESS, 2010).

Porém o que vivenciamos hoje mesmo com os projetos propostos, é um distanciamento dos mesmos, o profissional de Serviço Social na saúde acaba por exercer outras funções decorrentes disto, afetando diretamente os princípios do SUS, os Assistentes Sociais precisam defender e lutar pelas políticas públicas indo contra a privatização da saúde, se vivencia muitas barreiras para uma Política Pública de qualidade em saúde como por exemplo: Falta de acesso aos serviços prestados, como dificuldades na marcação de atendimento, profissionais desmotivados por não estarem recebendo seu salário devido à crise financeira, muitas unidades de saúde sem médicos, resultando em superlotação nas que estão atendendo, assim confirmamos que não se consolidou o projeto de reforma sanitária e que seus princípios estão cada vez mais ameaçados.

2.5 – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH

Para explicarmos como surge a Política Nacional de Humanização, se faz necessário refletir sobre alguns acontecimentos no âmbito da Saúde, então citaremos alguns, como por exemplo as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Diante desses acontecimentos, se começa mencionar mesmo que indiretamente, práticas humanizadas.

A Reforma Psiquiátrica discutida por Bravo (2006), busca repensar na maneira que são prestados os serviços, como são tratados esses usuários, e a busca de outras alternativas, além da internação para que não se torne a única solução, quando na verdade em alguns casos poderia até mesmo se agravar o quadro clínico do paciente, ela tem totalmente o intuito de romper com estigmas destinados a pacientes com transtornos mentais:

A partir dessa desconstrução, a Reforma adota uma estratégia de dois eixos: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta de cuidados em saúde mental. Com isso, pretende-se avançar no que é mais complexo e fundamental para se levar a cabo um processo de reforma. (BRASIL. Rede HumanizaSUS, Sobre a Política Nacional de Humanização, a Reforma Psiquiátrica e a construção de pontes 2015. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/92571-sobre-a-politica-nacional-de-humanizacao-a-reforma-psiquiatrica-e-a-construcao-de-pontes>)

Essa é uma alternativa para preservar a cidadania e individualidade de cada um deles, buscando com que essa pessoa se reintegre no convívio social, através do trabalho de uma Rede de atenção psicossocial. E a PNH é pensada como estratégia para a continuidade dessa Reforma Psiquiátrica, pois uma prática humanizada requer mais aproximação com o paciente, construção de um diálogo permanente e uma maior sensibilidade sobre o sofrimento dos usuários, incluindo os de serviços psiquiátricos, de forma que se rompa com os estereótipos vinculados à loucura.

Continuando nessa perspectiva outros dois movimentos que abrem o caminho para a Política Nacional de Humanização são: a Reforma Sanitária atrelada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde os trabalhadores e o povo tem a oportunidade de participar, e juntas buscam a efetivação da democracia, cidadania e proteção dos direitos dos usuários da Saúde, que resulta no SUS, buscando uma Saúde Pública digna e de qualidade como veremos abaixo:

No Brasil, uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais significando a inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas, rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.5).

Podemos ver que na citação acima, os autores ressaltam um novo momento vivenciado no que se refere a Saúde Pública, e o povo que começa a ganhar espaço não irá abrir mão de suas reivindicações, porém com o passar do tempo o SUS é atingido pela precariedade na

prestação de serviços, pois os mesmos não são efetivados em sua forma plena, o sucateamento dos espaços de controle social, resultam cada vez mais em práticas voltadas ao interesse da burguesia. A Saúde é diretamente afetada pela crise do capital com visão de redução dos gastos sociais, sem investimentos e manutenção isso acarreta em grandes perdas, e a medida que o Estado deixa sua responsabilidade de lado, agrava ainda mais essa situação.

E nos anos 2000, chegamos a 11ª Conferência com tema central em “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que de fato discute e tem seu foco na prática de humanização, criando o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar –PNHAH, que são ações focadas na melhoria e qualidade dos serviços prestados em hospitais públicos, com a visão de se ter comitês preocupados com os usuários, ou seja que buscam a humanização.

A partir da discussão realizada nesta Conferência Nacional de Saúde sobre a atenção de saúde e a gestão do SUS, os participantes destacam a prioridade que deve ser conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e à ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, ampliando o acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada tratamento. A integralidade da atenção apareceu com força no debate dos grupos, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da Saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. (BRASIL, Ministério da Saúde 2002, p.102- 103)

Porém nesse momento os novos programas ofertados pelo Ministério da Saúde não tem a humanização como conceito central, como vimos acima citado no item 73, do Relatório Final da 11ª CNS realizada em Brasília, em 15 a 19 de dezembro de 2000. Não se vê a dimensão da totalidade humana, os gestores e profissionais ainda agem com certo distanciamento, sem dar atenção às reivindicações dos usuários, que na verdade querem apenas exercer seus direitos que poderemos perceber no trecho a seguir:

Os participantes da 11ª CNS reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo. Da mesma forma, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 11ª Conferência Nacional de Saúde 2002, p. 115).

Então após essa iniciativa, com a criação dos programas como o de Humanização no Pré-Natal e Nascimento nos anos 2000, Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso, se pensa em elaborar uma Política voltada a essa discussão, chegando assim no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva especificamente no ano de 2003, se tem a aprovação da PNH conforme Ministério da Saúde (2010) diz que se tem um olhar totalmente diferenciado e

ampliado para a área de humanização e saúde, ela amplia a participação dos sujeitos envolvidos e a qualidade dos serviços prestados, criando vínculos entre os usuários, gestores, trabalhadores, de forma que todos sejam ouvidos no incentivo ao diálogo para a melhoria da prática.

Na área da saúde, onde há múltiplas identidades em interação este é um desafio cotidiano, que se transforma em um verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de uma prática humana e humanizadora, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe. (MARTINELLI, 2007, p. 26)

O desafio na PNH é permanente, na educação, no conhecimento, e no interesse de se agir com integridade, como podemos ler na citação acima a autora enfatiza a importância que é lidar com vidas, assim a PNH é uma base para a prática profissional não ser exercida de forma assistencial voltada para a caridade, e sim baseada nos princípios do SUS.

a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão. (BRASIL, Ministério da Saúde, HumanizaSUS, v.1 p.7)

A PNH também é conhecida como HumanizaSUS, tem o intuito de qualificar práticas de gestão e atenção à saúde, proporcionando mudanças no modo de gerir e cuidar. Impulsionando uma variação na relação entre gestores, profissionais e usuários, contudo essas mudanças são ocasionadas através da coletividade.

(...) A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, etc, derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH (BRASIL, Ministério da Saúde. HumanizaSUS, 2010, p.6).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2015), essas mudanças podem ser incluídas através de rodas de conversas, o incentivo às redes, movimentos sociais, e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH, esta que deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Tomando por base o documento “Caderno Humaniza SUS”, a PNH terá 3 princípios: A “Transversalidade”, que caracteriza-se por buscar uma transformação nas relações de trabalho, ampliando as relações hierarquizadas. Segundo o portal do Ministério da Saúde,

“enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde”.

Nas experiências coletivas ou de grupalidade, diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A ideia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade. (BRASIL, Ministério da Saúde, Glossário da PNH Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizadasus/glossario-pnh>)

A “Indissociabilidade Entre Atenção e Gestão” ou a inseparabilidade entre clínica e política, que busca incentivar a relação dos profissionais e usuários, buscando conhecer o funcionamento da gestão dos serviços de saúde. Este princípio também acentua o usuário e sua rede sociofamiliar na questão da corresponsabilidade, sendo estes participantes fundamentais no processo, ou seja que se promovam processos de comunicação apostando na participação dos sujeitos no que tange à seus interesses.

Teremos também como princípio o “Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos” onde os sujeitos ocupam um lugar central no processo de produção de saúde, sendo autônomos e corresponsáveis. Segundo o Ministério da Saúde

“Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem.” (BRASIL, Ministério da Saúde, Glossário da PNH Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizadasus/glossario-pnh>)

Sendo assim, a PNH é composta por princípios importantes para o que tange a relação profissional, usuário e gestão mediante a relação entre si, buscando assim, estimular a comunicação, sendo não somente na relação profissional e usuário, mas também nas relações de trabalho.

Caminhando no sentido da inclusão, a PNH possui essencialmente em seu método de implementação e transformação dos processos de produção de saúde o chamado “método de tríplice inclusão” que ainda tomando por base o portal do Ministério da Saúde propondo para além da inclusão já mencionada dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) à inclusão de analisadores sociais, ou seja, a inclusão dos fenômenos que desestabilizam o modelo tradicional hierarquizados de atenção e gestão na saúde, analisando coletivamente os

conflitos e buscando transformá-los criticamente. Bem como à inclusão do coletivo, seja como movimento social, seja como experiência dos trabalhadores de saúde em trabalho grupal, fomentando a rede assegurando os vínculos entre as diferentes dimensões: intra equipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

À PNH de acordo com o Ministério da Saúde estabelece dispositivos pelos quais promove uma “reforma arquitetônica” nas unidades, e fornece como um manual de instruções de conceitos, valores e atitudes que norteiam as práticas visando promover mudanças, dentre eles está:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos Cogêridos de Ambiência
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

De acordo o Ministério da Saúde (2015), a PNH terá diretrizes centrais para orientar as ações das equipes sendo estas:

O acolhimento: processo que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde à sua entrada até à sua saída, fazendo uso do exercício de uma escuta qualificada que possibilite analisar as demandas, articulação com outras redes tanto internas quanto externas garantindo atenção integral às necessidades do usuário. Neste aspecto, como salientamos acima a PNH reverte o sentido de ordem de chegada, burocratizada, para a chamada classificação de risco já no momento do acolhimento. A classificação de risco

promove então, segundo o glossário da política, uma mudança na lógica do atendimento, permitindo o critério de prioridade, seja pelo agravo da saúde ou pelo grau de sofrimento, onde o profissional de saúde se utilizando de protocolos técnicos, identifica os pacientes através de cores e providencia o atendimento adequado para cada caso.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica: protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode, também, garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. (BRASIL, Ministério da Saúde, HumanizaSUS, 2004, p.2)

De acordo com a cartilha da PNH (2004) sobre o acolhimento, a classificação de risco se dá da seguinte forma: **Vermelho:** prioridade zero atendimento imediato. **Amarelo:** prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. **Verde:** prioridade 2 – prioridade não urgente. **Azul:** prioridade 3 - consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Gestão Participativa e Cogestão, pontua sobre a inclusão de novos participantes nos processos de análise e tomadas de decisão quanto a gestão. Segundo o portal do Ministério da Saúde, “Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos”.

Ao incluir à equipe em análise dos processos, o gestor, segundo o Ministério da Saúde, amplia sua capacidade de resolução mais assertivas. Os espaços coletivos e colegiados é um eixo estratégico neste sentido, com relação aos dispositivos apontados pela PNH, sua organização e experimentação colocam em contato as diferenças, produzindo movimentos que favoreçam mudanças a partir de mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara

Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho Humanizado (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros que permitem a cogestão no cotidiano da Saúde.

Segundo o portal do Ministério da Saúde, os colegiados são espaços deliberativos de tomadas de decisões. O colegiado de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe, ou por seus representantes, tendo por finalidade, elaborar projetos de ação da instituição, levando em consideração o processo de trabalho do espaço institucional, acolhendo os usuários, responsabilizando os envolvidos e criando e avaliando os indicadores a fim de elaborar estratégias. De acordo com a biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde, a CTH e o GTH, citados acima, são espaços democráticos que auxiliam na difusão e implantação da PNH nos serviços de saúde, com um trabalho em equipes multiprofissionais, divulgando e fortalecendo iniciativas humanizadoras, articulando toda a rede de saúde, estimulando o intercâmbio de experiências, trabalho este que a política de humanização denomina de apoio matricial que se caracteriza como:

Lógica de produção do processo de trabalho na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo em que o profissional cria pertencimento à sua equipe/setor, também funciona como apoio, referência para outras equipes. (BRASIL, Ministério da Saúde, Glossário PNH. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>)

Ambiência, é a organização de espaços agradáveis, confortáveis, saudáveis, que respeitem a privacidade, propiciação de mudanças no processo de trabalho, sendo que este espaço venha ter condições necessárias e sustentáveis para todos, sem exceção;

A ambiência propõe uma ampliação do olhar sobre a produção do espaço físico na saúde e possibilita afirmar que diferentes fatores atuam e interferem na composição de territórios de encontros no SUS, entre eles: modelos de atenção e gestão, processos de trabalho, relações de poder. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017, p.10)

Desde a arquitetura do ambiente até a arte, ou a luz influencia no que tange às dimensões subjetivas dos usuários dos serviços de Saúde, segundo o Ministério da Saúde (2017) é importante ressaltar que este espaço de ambiência, deve respeitar os valores culturais, a privacidade, a autonomia, promovendo o bem-estar nos espaços de saúde, contrapondo o sentido de frieza, e hostilidade.

Clínica ampliada e compartilhada, é uma prática interdisciplinar que tem como objetivo compreender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, propondo qualificações referentes ao modo de fazer saúde. Segundo HumanizaSUS, no portal do Ministério da Saúde seu conceito é atrelado aos princípios de universalidade, integralidade

e equidade do SUS, sendo a clínica ampliada uma diretriz impostas por tais princípios, obrigando a modificação dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde, enfrentando uma clínica ainda hegemônica que é centrada na doença.

Valorização do trabalhador: Ao analisar a teoria lukacsiana, Junior e Lara (2015), o trabalho é uma categoria ontológica, é a essência do ser social, é o meio pelo qual ele transforma a sociedade e a si mesmo, transformando a realidade e evoluindo como um todo. A valorização do trabalhador na PNH é um espaço de criação e promoção de saúde com protagonismo e autonomia à partir da ferramenta de educação/formação dos profissionais de saúde. Considera a importância da experiência dos profissionais, estimulando a participação dos mesmos, inserindo-os na tomada de decisões, com o propósito de trazer qualificações referentes ao processo de trabalho.

A problematização e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento. Por meio desses métodos, cada trabalhador participante, envolvido, tem a oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, apropria-se criticamente dos conceitos e saberes, faz análise sobre a sua realidade de trabalho e apresenta suas descobertas nas diferentes rodas e espaços institucionais. Daí a importância da apropriação de tais ferramentas na dinâmica dos GTHs, potencializando sua ação e multiplicando o seu alcance a partir dos diferentes atores e setores envolvidos. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2008, p.12)

Defesa dos direitos: essa diretriz tem como finalidade que os usuários tenham conhecimento acerca dos seus direitos, onde os serviços de saúde devem assegurá-los no que tange às legislações que regem o sistema de saúde, e que estes sejam cumpridos em todas as fases do cuidado e no fazer profissional, desde a recepção até a alta, tendo direito a uma equipe especializada para efetivação do seu atendimento, informações acerca de sua saúde obtendo a autonomia de escolher compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

A PNH surge em meio a inúmeros desafios, que os mesmos ainda encontram-se presentes na atualidade, podemos exemplificar, a fragilidade que existe entre os vínculos de profissionais versus usuários, ausência de estrutura qualificada, entre outras questões que se apresentam, sendo que para o usuário, o tratamento digno, acolhedor, respeitoso de quem realiza o atendimento não é apenas um direito, caracterizando um processo importante na conquista da cidadania. Tendo um acolhimento, em que suas reclamações possam ser ouvidas, sendo permitido a expressar seus anseios, indagações, sendo este atendimento de forma resolutiva, a interação com os outros serviços de saúde quando houver necessidade.

Sendo assim, para a elaboração de uma política que venha ser qualificada, a humanização deve ser compreendida como um dos componentes fundamentais, não podendo ser vista apenas como um programa a mais a ser implementado em alguns serviços de saúde, mas sim, uma política que venha a ser implementada de forma ampliada no SUS.

De acordo com CFESS (2009, p.26) a Humanização é um tema que aparece no final de 1990 e início dos anos 2000, conseguindo legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000. Em 2001 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores esta política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATI e CORREIA, 2005 p.77).

Costa (2017) aponta que a PNH é uma resposta do Ministério da Saúde para as constantes e inúmeras denúncias de péssimos atendimentos e filas desumanas. Entre as prioridades da PNH podemos destacar a redução de filas, ampliação do acesso, o atendimento integral, acolhedor, resolutivo com base em critérios de risco, os usuários conhecerem os profissionais e a rede de serviços, a educação permanente para os trabalhadores e a participação dos usuários e trabalhadores na gestão.

O assistente social necessita discutir o significado da humanização com a equipe com o propósito de evitar olhares distorcidos que levem a uma intuição com resíduos da atuação, focalizado somente na escuta e redução de tensão (CFESS, 2009, p.26 apud COSTA, 2017).

Segundo Costa (2017), cabe aos profissionais intensificar um método de discussão, com a colaboração dos usuários, para revisar o projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e rompimento com o modelo centrado na doença.

A instigação da Humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, alinhado no centro dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para fortalecimento da proposta é necessário que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis (CFESS, 2009, p.26 apud COSTA, 2017).

Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimentos na educação permanente das equipes, para refletir o modelo de atenção à saúde, e no processo coletivo de trabalho em saúde, sendo também de grande importância a participação dos usuários nesse processo (COSTA, 2017).

A PNH não pode estar dissociada dos fundamentos da política de saúde e a garantia dos princípios dos SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária (CFESS 2009 apud COSTA, 2017)

Desde à implementação da Política Nacional de Humanização, em 2003, os Assistentes Sociais têm sido chamados para atuar em equipe juntamente com outros profissionais, para pôr em prática essa política nos diversos níveis de atenção à saúde no Brasil, neste contexto, segundo seus parâmetros de atuação na política de Saúde, os profissionais de Serviço Social dispõe de ângulos particulares no que tange à observação e interpretação das condições de saúde do usuário e seus determinantes, bem como competências que o diferencia dos demais trabalhadores da área. A defesa da concepção da humanização se respalda no Serviço Social em seu projeto ético-político tendo como norte os princípios que o regem acerca da defesa intransigente aos direitos humanos, Ampliação da cidadania, a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, a autonomia, o compromisso com a qualidade desses serviços prestados à população, o aprimoramento intelectual referente à competência profissional, entre outros materializados em seus documentos e leis que baseiam sua atuação, sendo assim o debate acerca da PNH deve se manter vivo e constante para a criação de uma nova cultura de saúde, que seja pautada na construção coletiva do SUS.

2.6 – O CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA: UM OLHAR ACERCA DO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS.

De acordo com o plano municipal de saúde do município, aprovado em 2010 pelo Conselho Municipal de Saúde, a história do município de Duque de Caxias tem início em 1566 no Brasil, quando os primeiros colonos se fixaram nos vales dos rios Meriti, Sarapuí, Iguaçu e Estrela, explorando o solo e as riquezas naturais, frutos que proporcionaram aos seus “proprietários” a acumulação de grandes fortunas.

Em 1854 inaugurou-se a primeira estrada de ferro do Brasil. Segundo o historiador Rogério Tôrres, “a ferrovia, obedecendo à lógica do progresso, ditava novos traçados nos caminhos, fazendo surgir à volta de suas estações, povoados que se transformam em populosas cidades”. (2010, p.12)

De acordo com o Almanaque da Baixada (2013) historicamente a construção da ferrovia possibilitou o avanço da ocupação urbana nas décadas de 1920 e 1930 no território da Baixada Fluminense, passando a transportar além de mercadorias, servindo também para o deslocamento da população se tornando assim um ícone de progresso. Esse processo de urbanização, deu-se também a partir de eventos importantes de integração da Baixada Fluminense à metrópole nas primeiras décadas do século XX, como a abertura de importantes rodovias, a Avenida Presidente Dutra, a Avenida Brasil e a Avenida Washington Luiz, importantes vias de acesso que conectam os municípios que compõem a Baixada Fluminense ao centro do Rio de Janeiro.

Em 23 de abril de 1886, é inaugurado o trecho da cidade do Rio de Janeiro, até a estação de Meriti, segundo o plano municipal 2010 – 2013, no início do século XX as terras da Baixada serviam para aliviar as pressões demográficas postas pelo desenvolvimento da cidade do Rio, com a inauguração de novos trechos ferroviários, a Baixada Fluminense continuava com a falta de saneamento básico. Somente em 1916, no governo de Nilo Peçanha é chegada a água na cidade, onde hoje é localizada a praça do pacificador, já a energia elétrica, foi instalada em 1924. Todavia, ainda se observa, de acordo com o Almanaque da Baixada (2013) ainda se observa nos municípios que à compõem problemas estruturais como saneamento básico e acessibilidades à direitos econômicos, sociais e culturais, diante da realidade territorial e as formas de apropriação e produção na região.

O distrito de Duque de Caxias, ainda tomando por base o plano municipal de 2010, é criado em 14 de março de 1931, pelo decreto nº2559, até que em 31 de dezembro de 1943, pelo decreto nº 1055, o distrito foi elevado à categoria de município.

Duque de Caxias, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE possui de acordo com o seu último senso em 2017 cerca de 890.997 habitantes. Constituído por quatro distritos: Duque de Caxias, Campos Elíseos, Imbariê e Xerém, divisão está datada de I-VII-1960, dispõe de uma área territorial de 467,42 km², também integrante da periferia da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, compondo cerca de 6,8% de sua área, e atualmente com os municípios de Nova Iguaçu, Guapimirim, Itaguaí, Magé, Japeri, Mesquita, São João de Meriti,

Belford Roxo, Seropédica, Paracambi, Queimados e Nilópolis delimitam uma região chamada de Baixada Fluminense.

De acordo com o estudo realizado pelo portal da baixada e pelo observatório geográfico da América Latina, Duque de Caxias, devido à sua localização estratégica, é o segundo pólo industrial da região metropolitana e do estado do Rio de Janeiro, respondendo por cerca de 27,1% do valor da produção (VP), obtendo aproximadamente 5,2% das empresas do estado e cerca de 6,7% das empresas da Região Metropolitana. O município abriga a Refinaria de Caxias (REDUC) maior unidade industrial da área do Grande Rio, localizada onde também se encontra a sede da prefeitura, em Jardim Primavera, e a Fábrica de Borracha Sintética (FABOR), indústrias que foram de grande importância para o desenvolvimento da região. Grande parte da produção industrial do município está ligada a indústria química, a localidade também é considerada como “Zona de Produção Secundária” pela Petrobrás em função de procedimentos de escoamento de produção através de ductos situados no 2º Distrito, Campos Elíseos, portanto, fazendo parte do conjunto de municípios que têm direito a indenização em função da extração de óleo e gás natural na plataforma continental.

O Produto Interno Bruto –PIB de acordo com o estudo do IBGE de 2015 é de R\$ 39.779,40 por habitante, a média nacional é de R\$ 29.321,71 por habitante, sendo o 19º no que se refere ao ranking nacional de municípios e o 2º no ranking estadual. Em 1999, em conformidade com o observatório geográfico da América Latina, o PIB do município correspondia a 0,8% do PIB nacional, em 2007 chegou a 1,6%, com base na pesquisa de 2015 corresponde a 0,59%.

A rede de empresas instaladas em Duque de Caxias é bastante grande, criando um número substancial de empregos, com remunerações que ultrapassam bastante a renda média do município de R\$ 503, segundo o IBGE, 2002. No entanto, é desigual a distribuição de renda por estratos da população. A Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) embora seja a maior empresa do setor petroquímico no município e, a maior geradora de empregos, tem 70% de sua mão de obra importada de outros municípios do Estado o que compromete a inserção na economia local da riqueza produzida pela empresa. Fica, portanto a população local restrita a empregos indiretos gerados por empresas terceirizadas, cujas atividades são menos sofisticadas com níveis de remuneração menores (DUQUE DE CAXIAS, Plano Municipal de Saúde, 2010, p.19 Disponível em: <http://transparencia.duquedecaxias.rj.gov.br/portal/images/arquivos/docs/leis/PMS2010-2013%20Duque%20de%20Caxias.pdf>.)

Percebemos ao analisar estes dados que, desde a década de 90 houve no município um crescimento econômico expressivo, porém este desenvolvimento, assim como em todo país foi um desenvolvimento desigual no que diz respeito a sociedade como um todo, não operando contra o atraso já existente, pois em conformidade com Marx quando afirma que o Estado é o

comitê executivo da burguesia, não vemos enquanto cidadãos o retorno de tal arrecadação, ou receita do município no que diz respeito aos bens e serviços fornecidos à população caxiense.

Outros dados do IBGE confirmam esta análise, onde mesmo tendo um PIB tão alto, possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M de 0,711, estudo este divulgado também pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA em 2013 considerando os indicadores de saúde. Alves (2003) descreve todo o histórico da baixada fluminense, de suas origens territoriais marginalizadas e excludentes e suas relações de poder na instituição do Estado, relações estas que estão postas até hoje na gestão do município.

Duque de Caxias também apresenta uma série de problemas ambientais que, de acordo com a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente 1990/1991, foram classificados em: críticos: com relação a eficiência de sistemas de esgoto sanitário, degradação de áreas de preservação, deficiência de cobertura arbórea, precárias condições de vida, vetores, favelização e sub habitação, refúgios de flora e fauna ameaçados, risco de acidentes, poluição de águas, inundações e enchentes, resíduos sólidos, poluição do ar, assoreamento de corpos de água, poluição de praias, aterros de corpos d'água, vazamento e lançamento de óleo; semicríticos : erosão do solo, ocupação de encostas e poluição sonora; e em estado de alerta: com agrotóxicos, loteamento em áreas frágeis, deslizamentos e mineração.

Tomando por base o censo do IBGE de 2009, Duque de Caxias apresenta cerca de 194 estabelecimentos de saúde, sendo eles 60 de esfera pública, onde 59 são municipais e 134 privados. Tomando por base o levantamento realizado pelo plano municipal de saúde de 2010, em 2009 a produção ambulatorial em Duque de Caxias realizou 8.989.735 procedimentos, 40,5% destes foram prestados pelo município, porém quando analisados estes dados, 99,99% das ações de prevenção e promoção da saúde, 90,98% dos procedimentos clínicos, 96,81% dos procedimentos cirúrgicos e 100% das ações complementares foram realizadas pela rede municipal, seu menor desempenho é com relação às órteses, próteses e materiais especiais, estes que em sua totalidade, no período avaliado foram realizados integralmente pela rede privada. É importante salientar que, a demanda por estes serviços têm crescido expressivamente na região, pois diante da observação participante, possibilitada através do estágio em Serviço Social na unidade de saúde que descreveremos abaixo, esta que configura o campo empírico de nossa pesquisa, foi possível identificar o crescimento clamoroso de procedimentos de amputação no setor de clínica médica, configurando muita das vezes em sua principal demanda no setor, muitos destes, em consequência de péssimas condições

relacionadas aos seus determinantes de saúde e sociais e suas péssimas condições de vida como um todo.

Com relação aos procedimentos de diagnóstico, ainda em conformidade com o plano municipal de saúde de 2010, a rede municipal foi responsável por cerca de 43,86%, sendo o restante realizado pelo setor privado. No que se refere a todas as consultas do SUS realizadas em 2009 em Duque de Caxias, exceto as odontológicas, 98,81% foram realizadas pela rede municipal. Se confrontarmos esses dados pelos níveis de complexidade na atenção à saúde, a atenção básica e média se mantém em sua maioria sendo realizada no município, enquanto a alta complexidade é realizada por prestadores privados e filantrópicos conveniados, dados do DATASUS de 2009.

De acordo com o plano de estágio em Serviço Social elaborado em 2018 o HMMRC é composto atualmente por, Emergência -Sala vermelha/ trauma, dois CTI, Enfermarias de Clínica Médica, Isolamento, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Pré-Parto, Maternidade-Hipotermia, UTI Neo Natal, Vacinas, setor de Nefrologia/ Diálise com Clínica prestadora de serviços, Laboratório, Psiquiatria, também com setores de Cardiologia, Neurologia, SAD- Serviço de Atendimento em Domicílio que é composto por uma equipe multidisciplinar, NIR - Núcleo Interno de Regulação que é responsável pela regulação de internação e exames de alto custo, CIA- Centro de Internação e Alta, SAME - Setor de Arquivo Médico e estatística, Setor de Coordenação e Direção Administrativa, Setor Jurídico - que auxilia à gestão da unidade no que tange as demandas pertinentes, Centro Nutrição CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e NVH - Núcleo de Vigilância Hospitalar que juntos abrangem todas as questões epidemiológicas da unidade, Telefonia, Setor de Visitas, Ouvidoria, Manutenção, Comissão de Curativos, Setor de Pequenas Cirurgias, Rouparia, Coleta, RH - Recursos Humanos, Necrotério, Setor de Polícia e Guarda Municipal, Setor de Viaturas do Município, a unidade conta também com uma Central do SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pela última reorganização dos setores.

No HMMRC está inserido também o Instituto Santa Catarina que dispõe de consultas com Otorrinolaringologista e exames de audiometria em ambulatório para à população, bem como com a disposição gratuita de aparelhos e próteses auditivas. No que tange à ambulatório à unidade ainda conta com consultas nas especialidades de Cardiologia, Clínico Geral, Nefrologia, Neurologia e Psiquiatria, realizando exames como: Raio X, Laboratoriais, Tomografia, ECO-Cardiograma com Doppler, Eletroneurobiografia, Endoscopia e Colonoscopia.

Inaugurado há cerca de dez anos, como destaque de campanha do atual prefeito Washington Reis, em 13 de setembro de 2008, com o intuito de diminuir o déficit de leitos na região, foi construído com investimento do Ministério da Saúde (R\$ 20 milhões), do Estado (R\$25 milhões) e da Prefeitura municipal (R\$27 milhões), e teve em sua inauguração a presença do ex-presidente Lula e do então governador Sérgio Cabral. A unidade conta atualmente com 252 leitos distribuídos entre os setores apontados acima, havendo a possibilidade de alteração de acordo com a demanda, atendendo adolescentes, adultos e idosos que buscam os serviços oferecidos, sendo estes, 60% moradores da cidade e 40% de municípios vizinhos, aproximadamente, em geral com baixa renda, e com múltiplas expressões da questão social, passando a ser responsável também por atendimentos de média complexidade da população, dando suporte aos setores secundários e terciários de saúde no município.

Ainda de acordo com o Plano de estágio em Serviço Social, a instituição realiza atendimentos através do SUS, seguindo as normas de classificação de risco da PNH que definem os níveis de complexidade para a realização dos atendimentos como: Vermelho - atendimento imediato, Amarelo - atendimento mais rápido possível, Verde - prioridade não urgente e Azul- consultas de baixo risco. O Serviço Social na unidade foi implantado no mesmo dia da inauguração, com 15 assistentes sociais contratados. Em abril de 2009, o quadro de profissionais foi ampliado com a chegada de quatorze assistentes sociais estatutárias, oriundas do Hospital Municipal Duque de Caxias que Funciona hoje como Policlínica, ampliando assim as frentes de trabalho.

Anteriormente, em conformidade com o Plano de estágio, o Serviço Social do HMMRC contava com 29 assistentes sociais, hoje a categoria é formada por 27 profissionais, sendo 18 concursadas e 9 contratadas, dividindo-se por setores da unidade e UPA, pois recentemente 2 assistentes sociais contratadas foram realocadas da unidade para a secretaria de saúde ficando responsáveis pelo sepultamento gratuito do município. De acordo com a observação participante, realizada através da experiência de uma das autoras durante o período de estágio em Serviço Social nessa unidade, tal divisão tem sido modificada constantemente deflagrando uma série de questões e conflitos profissionais que perpassam e acabam por interferir no trabalho realizado na unidade.

Nos diferentes setores, tomando por base a observação participante, a atuação do assistente social é desenvolvida na maioria das vezes de forma multidisciplinar, cada profissional sendo responsável por sua área do saber. Martinelli (1998) vai salientar que individualmente não é possível transformar a realidade, a categoria porém, representado por

alguns de seus profissionais lotados na unidade, buscam uma atuação mais eficaz, sempre que é possível, desenvolvendo ações em equipe interdisciplinar, onde o conhecimento é compartilhado, integrado, discutindo casos, desenvolvendo ações como reuniões com usuários entre outros, que atrelados às demais categorias profissionais, viabilizam um melhor atendimento às demandas trazidas pelos usuários, internados ou não, familiares e colaterais, buscando alcançar o mesmo objetivo, pois de acordo com a autora citada, “Todos somos trabalhadores, lutamos por causas comuns e das diferenças de nossas profissões é que devem brotar as possibilidades” (p. 150).

A PNH ressalta em suas ações a importância de um trabalho interdisciplinar, tanto para se atuar quanto para gerir as instituições de saúde, denominando-os como equipe de referência, onde segundo o Ministério da Saúde essas equipes em vez de serem “um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.” tornando esse espaço de trabalho um espaço coletivo, democrático, participativo à fim de estabelecerem melhores relações de trabalho e comunicação e à integração com os usuários destes serviços.

Dentre as suas principais demandas, tomando por base o plano de estágio elaborado pela equipe de Serviço Social, e a observação participante estão: atendimento individual ou em grupo, elaboração de laudos, relatórios, pareceres técnicos, articulação com a rede, entrevista social, orientações relativas aos direitos (Benefícios previdenciários, registro de nascimento e óbito, passe livre, DPVAT, Bolsa Família e outros), preenchimento de ficha social, visita aos leitos abordando usuários, familiares e colaterais, reflexão com os usuários acerca do processo saúde/doença, mediação de conflitos entre usuários e instituição, supervisão de estagiários, acompanhamentos sociais de vítimas de maus tratos, negligência, abuso sexual, agressão física e agressão psicológica, vítimas de violência doméstica, acidente de trabalho, pacientes em situação de abandono, principalmente ao que se refere a criança e idoso, dependência química, pessoas em situação de rua em atendimento na unidade, vítimas de acidente de trânsito e outras causas (PAF e Arma Branca), tentativa de suicídio, portadores de necessidades especiais, adolescentes grávidas, alta social, registro em prontuários, emissão de declaração de comparecimento, visitas domiciliares sempre que avaliado a necessidade e quando é possível diante das condições oferecidas pela unidade e disponibilidade de carro para o deslocamento do profissional, solicitação de ambulância em alguns casos de alta, remoção e transferência, preenchimento de notificações aos órgãos específicos, notificações de óbito acompanhados ou

não do médico responsável pelo paciente, e encaminhamentos aos órgãos competentes: Defensoria Pública, Juizado, Conselho Tutelar e Programas oferecidos na rede.

De acordo com relatório dos trabalhos realizados pelo Serviço Social na unidade, a categoria entre os anos de 2010 e 2016 desenvolveu diversas atividades que os levaram a superação de limites e conquistas de melhorias para sua atuação profissional, bem como para um atendimento mais efetivo e qualificado para o usuário. Dentre as atividades apresentadas estão, a elaboração e implementação de projetos de intervenção, cartilhas informativas, pesquisas, palestras e apresentações de trabalhos sobre a atuação profissional, cursos e participações em capacitações profissionais, assessoria à equipe para avaliar e discutir o processo de trabalho, implantação do cartório na unidade e do grupo de teatro “ Palhaços Sol sem dó” nas enfermarias, e também as conquistas de salas do Serviço Social nos andares.

Atualmente, diante das constantes modificações de coordenação o Serviço Social não conta com nenhum projeto de intervenção implementado na unidade⁷. De acordo com a observação participante, percebe-se na categoria uma crescente exaustão no que se refere a práxis no cotidiano profissional.

Em instituições marcadas pela burocracia e pelo imediatismo das ações, seja pela demanda excessiva, seja pela característica de urgência nos atendimentos, o profissional, muitas das vezes, deixa-se enredar pela ação rotineira, passando à função de “tarefeiro”, sem tempo para refletir sobre sua ação. Esta, no caso, transmuta-se em prática, tão somente em prática, possibilitando a cristalização de uma história linear, em que não há mudanças nem acréscimos. (MAGALHÃES, 2011, p.16)

Os rebatimentos e retrocessos em que constantemente são expostos devido a seus vínculos fragilizados e a característica marcante das relações de poder na unidade vem por tencionar, limitar a atuação profissional e muita das vezes até mesmo cercear direitos o que torna assim a instituição, bem como historicamente na sociedade capitalista, um espaço de lutas que reafirmam a posição profissional como inscrito na divisão sócio e técnica do trabalho, parafraseando Iamamoto.

Faleiros (2015) ao discutir sobre os desafios enfrentados pelo Serviço Social nas instituições relata que a burocratização e os confrontos nesse jogo de forças acabam por separar os profissionais, e que nestas lutas o público alvo das instituições são os mais afetados. Sendo assim o autor afirma que o desafio está posto e “consiste justamente na reorientação de seu cotidiano”.

⁷ Salientamos a dificuldade encontrada para embasamento e discussão acerca do campo empírico da pesquisa, devido à perda de documentações no setor, ausência de maior contato com a coordenação por conta de seus plantões alternados e falta de produções anteriores.

A dimensão interventiva nesta perspectiva, tem papel crucial na atuação profissional, pois através da apropriação da instrumentalidade, esta que segundo Guerra (2000) é a capacidade que a profissão adquire à medida que chega a seus objetivos no espaço do cotidiano, possibilitando aos profissionais traçar estratégias criativas e efetivas diante de todos esses retrocessos, como apresentado acima. Por meio da apreensão da instrumentalidade os profissionais se tornam capazes de formular e implementar ações interventivas que segundo a discussão de Guerra (2009) um papel que é fundamental para uma profissão marcada pela defesa intransigente dos direitos humanos e que se posiciona em prol da classe subalterna que carrega historicamente em sua realidade as múltiplas expressões da questão social visto que não é possível construir uma ação interventiva sem conhecer e analisar os fenômenos e os determinantes que estão postos na realidade social. É por meio da dimensão investigativa do Assistente Social que se pode conhecer na essência nosso campo de intervenção, Guerra (2009) salienta que a pesquisa assume assim um papel indispensável aliando formação com à capacitação para uma intervenção qualificada, bem como parte constitutiva do exercício profissional.

3. CAPÍTULO III: A PESQUISA DE CAMPO

3.1 METODOLOGIA

A metodologia caracteriza-se de forma ampla, por ser a descrição do método que se utiliza de técnicas, instrumentos e procedimentos que serão usados para coleta e análise dos dados levantados na pesquisa. Segundo Minayo (2001), a metodologia inclui concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade.

3.1.1 MÉTODO

O método utilizado em nossa pesquisa está fundamentado e baseado na teoria social crítica elaborada por Marx. Trabalharemos de forma a buscar a essência do problema aqui apresentado, para que se tenha de forma ampla o conhecimento e estratégias que utilizamos com os fins de elucidar em nossa pesquisa o conhecimento necessário, para que assim, possamos traçar metas e desafios que vislumbre as possibilidades e limites para a atuação da equipe de Serviço Social do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, no que tange a materialização da Política Nacional de Humanização.

Assim, a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador- é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento). Prosigamos: Para Marx, o objeto da pesquisa (no caso, a sociedade burguesa) tem existência objetiva; não depende do sujeito, do pesquisador, para existir. O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. (NETTO, 2011, p. 21-22)

Sendo assim, diante aos antagonismos presentes nas relações sociais existentes, buscamos através da utilização do método dialético, realizar a mediação acerca do contexto histórico da profissão para que venhamos ter uma análise crítica acerca da contemporaneidade e que a mesma venha ser compreendida diante da universalidade, singularidade e particularidade, entendendo o espaço de atuação da equipe de Serviço Social como um campo de mediações que se estruturam sobre determinações histórico-sociais, para que não venhamos desenvolver uma concepção fragmentada e acrítica mediante ao problema de pesquisa.

3.1.2 TIPO DE PESQUISA

Nosso trabalho se utilizou de pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa, então se faz necessário para assimilação do leitor dissertar acerca delas. Tomando por base Gil (2012), compreendemos que as pesquisas exploratórias são flexíveis e conseguem aprimorar ideias, e é justamente o que estamos frisando nesse tema, pois a política de humanização já existe na unidade de atendimento HMMRC, o que nos inquieta é como a mesma é realizada.

Segundo Minayo (2008) se classifica por três etapas a fase exploratória (que se baseia pela organização, escolha dos procedimentos, objetivo, instrumentos e cronograma). A segunda seria o trabalho de campo (onde se levanta os dados, se confirma ou muda as hipóteses.) E finalizando vem a análise/tratamento do material empírico e documental (onde se interpreta os dados levantados, se articula com a teoria e de fato se analisa concretamente).

Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos. (GIL, 2008, p. 27)

E como citado acima pelo autor, ao explorar o tema podemos construir hipóteses através de toda bibliografia pesquisada, a finalidade é analisar os limites e as possibilidades da atuação do Serviços Social na política de humanização.

Outro método utilizado foi o quantitativo, que se caracteriza por avaliar os resultados numéricos de uma pesquisa. “O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática” (MINAYO, 2014, p. 56), como utilizamos em nosso trabalho, no momento que exploramos o perfil profissional dos entrevistados, e os organizamos na pesquisa através de gráficos. Então foi possível se chegar ao quantitativo de idade, ano de formação, tempo que atua na HMMRC e sexo para melhor análise de dados.

Também para complementar e finalizar a pesquisa, escolhemos a abordagem qualitativa, compreendida como uma análise do contexto, que pode ser claramente visto pela observação participante, ao qual surgem indagações, e se expande o campo para novas investigações, ou seja ao mesmo tempo que buscamos responder uma pergunta, vamos elaborando novos questionamentos através das dúvidas que vão surgindo no decorrer da efetivação da pesquisa. “O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” (MINAYO, 2014, p. 57), e entendemos que por ser algo complexo essa investigação, a abordagem qualitativa

contribui de forma mais efetiva para o conhecimento da realidade. Então buscamos com o presente trabalho o entendimento dos fenômenos sociais, com base no método materialismo dialético que se atenta às estruturas sociais abrangendo a totalidade.

3.1.3 UNIVERSO/ AMOSTRA

Tomando por base Gil (2008), o universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Sendo assim, estabelecemos como universo da nossa pesquisa os quatorze (14) Assistentes Sociais que atuam no HMMRC desde o ano de 2013, ano este, em que a PNH completou 10 anos de existência, tendo em vista, que tal política passou a vigorar a partir de 2003.

A amostra se configura em um subconjunto do universo ou da população. Do universo que tínhamos, conseguimos uma amostra correspondente a dez (10) Assistentes Sociais, formado pelos profissionais de Serviço Social que se disponibilizaram a participar da nossa pesquisa.

3.1.4 INSTRUMENTO / PROCEDIMENTO

A aproximação com o campo empírico deu-se a partir da inserção de uma das autoras do presente estudo neste espaço, enquanto estagiária em Serviço Social na unidade do HMMRC. Diante de tantas violações de direitos e desumanização, chegando em forma de demandas ao setor do Serviço Social, despertou-se a necessidade de refletir acerca da temática e de sua suma importância para a maneira de gerir e atender o público alvo desta unidade, bem como para a própria política de saúde, a fim de reafirmar os princípios e diretrizes do SUS.

Partindo do princípio que a observação participante é o processo pelo qual o pesquisador se coloca também como observador do campo a ser pesquisado, utilizamos este procedimento para compor nossa pesquisa empírica. Na medida em que a nossa escuta foi ativa e a observação do pesquisador incidiu diretamente na coleta de dados e, posteriormente, na transcrição e análise das entrevistas. O observador fica, nesta perspectiva, em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa. Por isso, faz parte do contexto em que observa e, assim, modifica tal contexto (MINAYO, 2016).

De acordo com Minayo (2016), o instrumento implementado na nossa pesquisa foi uma entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Com roteiro de entrevista com questões previamente elaboradas pelo grupo, obtivemos informações e coletamos os dados a respeito do tema em tela por meio de uma entrevista com os Assistentes Sociais que atuam no HMMRC desde 2003.

No que tange a este roteiro de entrevista, elaboramos um questionário que buscou conhecer à concepção das Assistentes Sociais do HMMRC os seguintes pontos: a perspectiva da equipe de Serviço Social acerca do o conceito da Política Nacional de Humanização, a importância da mesma para a Saúde, buscando compreender quais as possibilidades e limites para a materialização desta política no espaço institucional em que estão inseridos. Para além disso, buscamos identificar a maneira pela qual a equipe de Serviço Social correlaciona seu arcabouço legislativo, que norteia sua prática, com a PNH e apreender quais estratégias vêm sendo adotadas para superar os limites apontados no HMMRC.

Cabe ressaltar que os entrevistados foram submetidos, anteriormente, ao TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que visa ao entrevistado maiores esclarecimentos para aceitação de participação da pesquisa. O termo foi utilizado para que o entrevistado tivesse conhecimento e o esclarecimento da proposta da pesquisa a qual está sendo submetido. Portanto, é necessário que o participante da pesquisa tenha compreensão do seu papel e a da relevância da pesquisa em questão. Além disso, a participação é concedida por opção e aceitação de cada entrevistado.

3.2 – ANÁLISE DE DADOS

Conforme já mencionado anteriormente, a aproximação com o campo empírico deu-se a partir da inserção de uma das pesquisadoras, enquanto estagiária de Serviço Social nesta unidade. Essa experiência de estágio possibilitou observar as crescentes demandas de violações de direitos na atenção e gestão dos serviços de saúde oferecidos neste espaço, desde o atendimento na portaria até ao que diz respeito a questões relacionadas à gestão hospitalar, demandas estas que conseqüentemente chegam ao Serviço Social diariamente. Desta forma, despertou-se a necessidade de refletir acerca da temática e de sua suma importância na atenção e prestação de serviços aos cidadãos que buscam atendimento neste campo de pesquisa, tendo em vista que a PNH não é implementada de forma integral, como consta na legislação, bem como para a sua relevância à própria política de saúde a fim de reafirmar os princípios e diretrizes do SUS em tempos de grandes retrocessos no Brasil.

No que se refere à coleta de dados, a equipe de Serviço Social que atua na unidade se mostrou muito interessada na pesquisa, reforçando tamanha a necessidade de se discutir a temática. Percebemos uma boa recepção dos profissionais à entrevista, porém também apontamos, em linhas gerais, dificuldades no processo como a compreensão das perguntas, onde precisamos reformulá-las algumas vezes para o entrevistado poder chegar a fornecer sua resposta. Observamos que alguns profissionais destoam a responder sinceramente, houve um bloqueio, um receio, principalmente no que tange aos limites apresentados na unidade para a materialização da PNH, tendo em vista as relações de trabalho em que estão expostos. Percebemos também a dificuldade apresentada predominantemente entre os participantes de correlacionar a PNH com os mecanismos que regulam a profissão de Serviço Social.

A periodicidade da realização da coleta de dados ocorreu durante duas semanas do mês de setembro. Entrevistamos os participantes da pesquisa em seus respectivos dias de plantão, onde precisamos aproveitar em curto espaço de tempo, ou no final do plantão dos mesmos para estar realizando a pesquisa na unidade devido a intensificação do ritmo de trabalho.

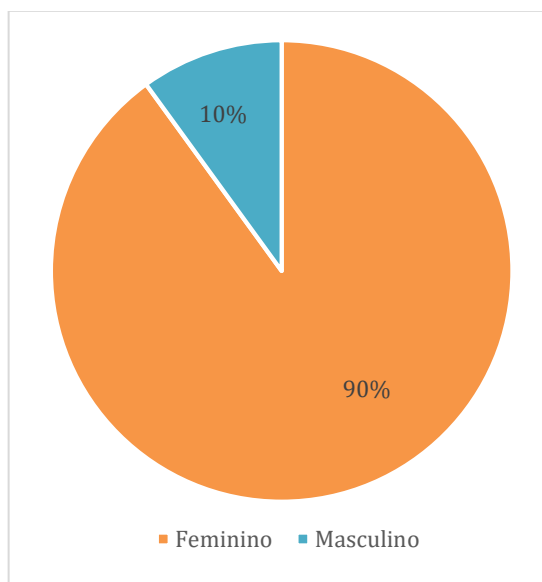
3.2.1. EIXO I - O PERFIL PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO

A PNH é emergencial nas unidades de saúde pública, e o Serviço Social é parte integrante para implementação da mesma, e isso precisa ocorrer através de articulação da categoria profissional. Então para conhecer de forma mais aprofundada o espaço no qual estamos pesquisando, é necessário fazer uma análise institucional e segundo Faleiros (2011), isso acontece também quando traçamos o perfil dos profissionais.

É necessário fazer uma análise mais profunda das instituições e questionar não somente a relação entre os atores dentro das instituições, mas a relação dessas instituições com o contexto global de acumulação do capital e luta de classes. Ao mesmo tempo localizar o lugar do profissional nessa totalidade concreta. (FALEIROS, 2011, p. 63)

Tomando por base a referência acima, notamos a importância de discorrer acerca das particularidades da profissão de Serviço Social, para compreender qual a realidade de quem atua hoje dentro da Política de Saúde. E diante dos dados fornecidos através da entrevista semi-estruturada, analisaremos os gráficos a seguir de forma que se identifique o perfil dos Assistentes Sociais que atuam no HMMRC, com uma amostra de 10 entrevistas no total.

3.2.1.1 - SEXO



Fonte: Elaboração Própria (2018)

Podemos ver no gráfico acima que 90% dos profissionais entrevistados são do sexo feminino, enquanto 10% são do sexo masculino, número consideravelmente alto que nos faz refletir acerca da presença feminina no Serviço Social. E para entender isso, se faz necessário um pequeno resgate na história da profissão, podemos correlacionar esses dados com os primeiros perfis de estudantes da escola de Serviço Social, que surge segundo Iamamoto; Carvalho, (2005), em 1936 na PUC São Paulo.

A mulher, e isto apesar de velho é descoberta recente, tem de ser Mulher. Como educadora é conhecida a sua missão. Abre-se nos agora também com o movimento atual, mais um aspecto de atividade: o serviço social, que apresenta alguns setores especiais de atividade feminina. Formadas pelas Escola de Serviço Social iniciam a carreira de assistente social” Lucy Pestana da Silva. Discurso como oradora da primeira turma que se forma na Escola de Serviço Social de São Paulo, 1928. São Paulo, Arquivo da Escola de Serviço Social da PUC. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p. 172)

Então como citado pelos autores acima, se via no sexo feminino (através é claro de uma perspectiva conservadora), essa figura de ajuda, compreensão, que pensa nos menos favorecidos, que é calma, sensível capaz de ser totalmente amável.

Iamamoto e Carvalho (2005), enfatizam que antes se tinha as mulheres damas da alta sociedade que faziam apenas ações de caridade através da Igreja Católica, nas protoformas do Serviço Social, não se tinha um conhecimento teórico acerca da questão social e como o profissional atuava no controle do proletariado, visando a manutenção da ordem capitalista. “De acordo com sua natureza a mulher só poderá ser profissional numa carreira em que suas qualidades se desenvolvam, em que sua capacidade de dedicação, de devotamento seja

exercida”. (Iamamoto; Carvalho, 2005, p. 172).Essas características atribuídas a mulher segundo os autores, aconteciam justamente pela sua relação com a família, por sua figura ser atrelada a maternidade, como uma vocação natural, faz com que se tenha uma ótima oportunidade de intermediar os conflitos, através das relações diretas com o povo, levando assim o resultado de tais ações de adestramento para o Estado e a Igreja.

Então, é visto no sexo feminino um perfil ideal de profissional capaz de manter a ordem das relações contraditórias, geradas pelas divergências de classes oriundas do sistema capitalista vigente.

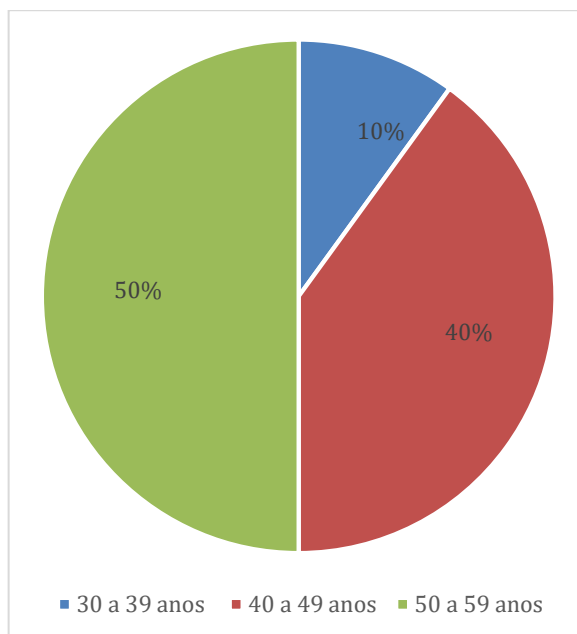
O Serviço Social é em geral identificado, em concordância com o papel que as sociedades "patriarcais" atribuem às mulheres, como uma profissão que executa as decisões dos outros (os "políticos), que conhece a realidade social por meio dos olhares dos outros (os "cientistas sociais") e que assiste às populações carentes, mas como auxiliar de outros profissionais (médicos, advogados etc.). (MONTAÑO, 2007, p. 101)

Justamente pela sociedade ainda ter uma visão machista como citado acima, o autor vai dizer que algumas profissões são direcionadas especificamente para determinado sexo, ou seja cabe a mulher ter uma profissão que é decidida pelos outros, por um sistema capitalista, pois essa é a real função da criação do Serviço Social.

Baseando-se na trajetória da profissão de Serviço Social apresentada, podemos compreender, o pouco número de profissionais dessa área que são do sexo masculino. Podemos ilustrar tal afirmação com dados da recente pesquisa do CFESS (2005) que reforça a predominância do sexo feminina na profissão de Serviço Social, onde a nível Brasil: 97% dos profissionais são do sexo feminino e apenas 3% são do sexo masculino.

Em síntese, percebemos que o número de Assistentes Sociais do sexo masculino vem aumentando consideravelmente, porém, a profissão de Serviço Social no Brasil, ainda é majoritariamente feminina. Esse quadro confirma-se na realidade do campo empírico pesquisado, onde a maioria dos Assistentes Sociais que atuam no HMMRC são do sexo feminino.

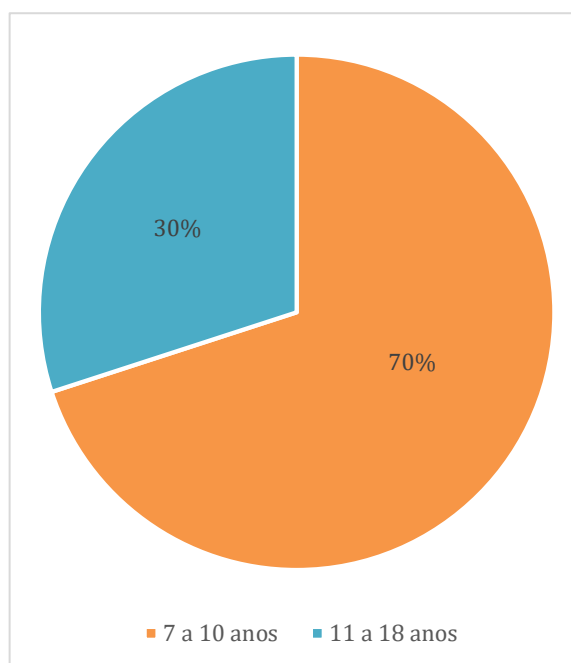
3.2.1.2 - FAIXA ETÁRIA



Fonte: Elaboração Própria (2018)

De acordo com o gráfico II, que ilustra a faixa-etária da amostra analisada, os dados apontam que 10% dos entrevistados possuem idade entre 30 e 39 anos, 40% estão na faixa-etária de 40 à 49 anos e 50%, que representa a metade dos entrevistados, possuem de 50 à 59 anos. Portanto, os dados apontam que os profissionais entrevistados que atuam na equipe do Serviço Social do HMMRC possuem uma idade mais avançada, predominantemente, acima dos 40 anos (que representa 90% dos entrevistados). Balizado pelo contexto de significativas mudanças ético-políticas na formação e atuação do profissional de Serviço Social, que emergiu na virada do século XX para XXI, acreditamos que tais transformações tiveram um impacto na formação e atuação dos profissionais, dados que indicam a necessidade de adentrar primeiro no mercado de trabalho para posteriormente ingressar no âmbito acadêmico, como ratificação das desigualdades postas no país.

3.2.1.3 – TEMPO DE ATUAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO E TEMPO DE ATUAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE



Fonte: Elaboração Própria (2018)

De acordo com a análise dos dados coletados, 100% dos profissionais que atuam no HMMRC estão lotados na unidade entre 7 a 10 anos, dados que confirmam nosso recorte previamente estabelecido para a realização da pesquisa, onde entrevistamos profissionais que estão neste espaço desde a implementação da PNH, a fim de com maior propriedade coletar dados referente ao que tange o presente trabalho. A partir da análise deste gráfico, referente ao tempo de atuação na política, podemos salientar que 70% dos entrevistados atuam na saúde há mais de 10 anos, mais especificamente entre 11 e 18 anos de experiência na área, e 30% atuam nesta mesma política setorial entre 7 e 10 anos, caracterizando o referido campo empírico da pesquisa como o primeiro espaço em que o profissional atua na saúde.

O HMMRC no mês de setembro do corrente ano, comemorou seu 10º aniversário. Tomando por base o plano de estágio curricular elaborado pela equipe de Serviço Social deste campo em 2018, coletamos as informações que, a unidade contou inicialmente com uma equipe de 15 profissionais contratadas, oito meses depois de sua inauguração o quadro de recursos humanos foi alterado, com a mudança de governo na cidade, alguns profissionais foram demitidos ou realocados em outras unidades. No ano de 2009, o quantitativo de profissionais foi ampliado com a transferência de 14 profissionais servidores, oriundos do Hospital Duque

de Caxias, que atualmente funciona como policlínica. Ao analisar o vínculo empregatício dos profissionais entrevistados, 50% são contratados na unidade por cooperativa e outros 50% são profissionais servidores, todos transferidos do Hospital Duque de Caxias.

No que se refere a equipe de Serviço Social que atua no HMMRC, os profissionais atualmente são, em sua maioria servidores, de acordo com informações coletadas junto a coordenação da equipe. Porém, o último registro de concurso no município está datado no ano de 2001, segundo informações coletadas com a própria equipe, no governo do então prefeito José Camilo Zito dos Santos Filho, onde profissionais foram convocados para a Assistência Social, mas posteriormente foram realocados na política de Saúde. Atualmente a prefeitura tem feito somente processos seletivos simplificados para a política de Assistência Social. Não há em curso nenhum processo seletivo ou de concurso para a política de Saúde, com base na vivência de estágio na unidade, no período de quatro semestres, todos os profissionais que se inseriram no quadro de recursos humanos da equipe de Serviço Social da unidade foram contratados via cooperativa e por indicação política, o que nos denota a precarização das relações de trabalho em que estão expostos os profissionais na atualidade.

Harvey (2004) caracteriza a crise contemporânea do capital de “novo imperialismo”, um processo de reorganização onde suas expressões resultam na reestruturação produtiva e na ofensiva neoliberal. A fim de se restaurar o seu padrão de força em um momento de crise mundial, o capital buscou enfrentá-la efetivando a transição para um modo de acumulação mais flexível, esta flexibilidade, segundo Harvey (1992) está atrelada diretamente à precarização das condições e relações de trabalho, bem como de todo o processo que envolve seu conteúdo.

Para Antunes (1998) esta reestruturação produtiva do capital a partir do período pós-guerra complexifica a relação entre capital x trabalho, intensifica a fragmentação e a despolitização do trabalho, retirando do proletariado a sua identidade e consciência de classe produzindo como marca, expressivas transformações em suas condições de vida e de trabalho, dentre elas: o subcontrato, o trabalho precário, parcial, temporário, precarizado, terceirizado, informal, bem como profissionais polivalentes, multifuncionais, etc. Segundo o referido autor, ocorre a “heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora” e como resultado deste processo está o crescimento iminente do desemprego estrutural a níveis globais, que caracterizam por conseguinte a diminuição das sindicalizações, a crescente burocratização e institucionalização das representações de classe.

Neste contexto o Serviço Social como uma profissão inscrita na divisão sócio- técnica do trabalho, como salienta Iamamoto (2015) ainda que dotado de certa "autonomia" no que se refere a seu instrumental-técnico, é dependente de recursos fornecidos pelas entidades empregadoras do Estado e empresas privadas, estando assim inseridos, não dissociado, neste processo exploratório e excludente no qual toda a classe trabalhadora é permeada.

Dados do CFESS (2005) traçam um perfil profissional do Assistente Social no Brasil onde, 40,97% dos que participaram da pesquisa estão atuando em instituições públicas municipais, mais especificamente na região Sudeste esta porcentagem sobe para 47% em relação a âmbitos nacionais, dados que segundo o Conselho demonstram “que a descentralização das políticas sociais no Brasil tem transferido a sua execução da esfera federal para a municipal, a partir dos anos 1990” (p.26). Com relação ao vínculo empregatício, somente 55,68% do total de 78,16% dos profissionais que atuam nas instituições públicas possui vínculo estatutário, o que nos mostra que nem todos os Assistentes Sociais que estão lotados em instituições públicas possuem vínculos efetivos de carreira, salientando as expressivas refrações do mercado de trabalho. No entanto, um dado interessante demonstra que dentre os profissionais que participaram, 10,31% possuem dois vínculos empregatícios, e 0,76% possuem 3 ou mais vínculos. Trazendo dados mais específicos da região sudeste, a pesquisa revela que 1,23% possui 3 ou mais vínculos empregatícios, única região com essa situação.

Partindo da observação participante, não é uma realidade diferente da equipe que atua no HMMRC, alguns profissionais da unidade possuem vínculo duplo, ou mais de uma matrícula de concurso (a nível municipal e estadual), outros fazem rodízios no plantão de algum profissional que precise, em troca do repasse do pagamento diário, entre outras manobras que a classe é submetida para garantir o seu próprio sustento. Estes dados trazem uma preocupação no que tange as tendências globais do mundo do trabalho. O crescimento dos índices de vínculo duplo, refletem em uma atuação profissional fragmentada, onde o profissional é sobrecarregado, é exposto a relações de trabalho precarizadas com exigências de cumprimento de diversas demandas e metas ao exercer funções em vários espaços sócio ocupacionais, o que ratifica os debates de Antunes (1998), Harvey (2004) e Iamamoto (2015) e não possibilita aos profissionais uma formação continuada, que é parte crucial do fazer profissional estabelecido em nosso projeto ético político.

Portanto para além de compreender as refrações do mundo do trabalho no que se refere ao modo de produção capitalista, é necessário que a classe apreenda este processo se

reconhecendo enquanto sujeitos coletivos, para então traçar ações e estratégias de resistência em busca de uma valorização profissional, buscando a ampliação dos espaços de trabalho e a transformação do atual cenário.

3.2.2- EIXO II – A CONCEPÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO

A concepção da PNH, por parte da equipe de Serviço Social entrevistada que atua no HMMRC, condiz com os princípios e diretrizes que a política sugere. Através das entrevistas, pudemos perceber a compreensão expressada pelo discurso de cada entrevistado, a respeito do assunto. Grande parte dos profissionais entendem, ainda que minimamente, quais são os eixos fundamentais que a política implementa. A questão do acolhimento, garantia de direitos em termos de saúde pública de qualidade, a integração dos serviços oferecidos (e, por sua vez, dos profissionais também), entre outros aspectos são apontados pelos entrevistados. Portanto, a compreensão que eles possuem sobre a PNH condiz com o texto referenciado no documento HumanizaSUS, e com os objetivos fundamentais da proposta. Podemos perceber a concepção correta, por parte dos profissionais, nas falas abaixo:

“Política voltada para humanizar o atendimento, visando o usuário como um ser onde deve ser respeitado em seu momento e sua história. Para o profissional vê o usuário como pessoa, não indiferente, sem pré-julgamento” (Entrevistado 6).

“É uma política pautada nos direitos da população, a um atendimento digno, de qualidade, com respeito, com acesso a informação, buscando formas de inclusão facilitando o acesso à serviços de saúde de forma integrada” (Entrevistado 7).

“A política de humanização é a política que foi criada em alguns anos pra dar, o objetivo do ministério da saúde pra que tenha uma maior inclusão, participação, conhecimento dos direitos dos usuários, uma participação dos usuários na execução da política. Teve uma série de iniciativas do ministério nesse sentido, sempre no sentido de melhorar a qualidade de serviço, melhorar o atendimento e reconhecendo o usuário como um sujeito também dos seus direitos e um sujeito também do seu tratamento, acompanhamento de saúde. Então, foi criada essa política de humanização que ela é dentro de uma das... Esqueci! Do pacto da saúde, né? Que tá dentro de legislações que foram feitas nesse sentido aí, de valorização e melhoria da qualidade do atendimento do SUS” (Entrevistado 9).

O assistente social é o profissional que têm sua atuação nas mais variadas situações, sendo importante que profissional venha ter uma concepção ampliada dos usuários da unidade,

das realidades que se apresentam, das políticas que configura aquele espaço e outros elementos fundantes para o fazer profissional. Faz necessário algumas reflexões mediante a seguinte fala:

“Profissionais sensíveis no atendimento à população”. (Entrevistado 3)

Portanto, mediante a fala do assistente social 03, ao salientar o entendimento acerca da PNH, podemos assim, analisar que o conceito da mesma configura-se de forma segmentada em que deve ir além de “profissionais sensíveis no atendimento à população”.

“Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, essa política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão” (CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2010, p.51).

Entretanto, torna-se fundamental que este profissional inserido na saúde venha ter uma clareza e entendimento acerca da importância da PNH e o que a norteia mediante a sua amplitude e significância na esfera da política de saúde.

De acordo com o CFESS (2009), nos Parâmetros para atuação de assistente Social na política de saúde, o assistente social precisa debater o significado da humanização a fim de evitar compreensões distorcidas, todavia se faz necessário que está e outras questões venham a ser debatidas pela equipe profissional. Sendo assim, a PNH busca desenvolver a autonomia e o protagonismo, desenvolvendo mudanças nos modelos de atenção e gestão referente aos processos de trabalho em saúde e compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento.

Ainda de acordo com CFESS (2009), a Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e garantia dos princípios do SUS[...] Entretanto, a PNH é uma política que reafirma os princípios como da universalidade, equidade, e integralidade entre outros princípios do SUS, mas também propõe outros que são fundamentais para um SUS resolutivo e de qualidade.

Já Montañó (2007), vai discutir acerca da diferença entre o entendimento dos Assistentes sociais por uma perspectiva conservadora (endogenista), e uma perspectiva histórico crítica. Podemos entender o quanto se faz necessário a análise de todo um contexto, para não acabar se romantizando o surgimento de algumas ações, como o surgimento da PNH, no que tange a preservação dos princípios do SUS, e perceber a mesma de forma isolada, nada

mais é do que a falta de conhecimento “não passa de uma romântica esperança” (Montaño, 2007, p. 73) como na resposta da primeira questão na fala do entrevistado 02:

“Ah eu entendo que seria profissionais mais sensíveis ao atendimento à população ne... E humanizar mais o atendimento do paciente, o tratamento com o paciente...”
(Entrevistado 02)

A fala do entrevistado 02, no momento que diz que a PNH seria “profissionais mais sensíveis”, se baseia no senso comum, de que a falta de humanização é na verdade falta de sensibilidade, porém ao conhecermos toda a historicidade da Saúde no Brasil, e ao analisarmos que a PNH vem para materializar o SUS, entenderemos que se é preciso preservar e garantir os direitos dos usuários esse é o papel do Assistente Social dentro dessa política, e traz a proximidade da população como visto na fala da entrevistada 08:

“É a política que busca transformar as relações e as organizações dos processos de trabalho, sintonizando o que fazer e como fazer com prática, conhecimento e transformação” (Entrevistado 08)

Pois o intuito maior da PNH não é camuflar ou só diminuir de forma paliativa as desigualdades existentes no SUS, geradas pela falta de fiscalização e de falta de comprometimento com os usuários, e foi bem explicado quando o entrevistado 08 diz: “organizações dos processos de trabalho”, previstos nas diretrizes da PNH (formação e intervenção). E contrapondo essa explicação, percebe-se isso erroneamente em uma nova fala abaixo:

“[...] Veio para humanizar o que estava solto, traz a proximidade com o paciente ou usuário, gosto de atender com amor pois quero ser bem tratado e gosto de tratar bem”.
(Entrevistado 4)

Esse depoimento vem em direção contrária a todo movimento de rompimento com o conservadorismo na profissão, percebe-se o quanto ainda o próprio profissional se coloca com uma prática de bondade/caridade, uma vez que como descrito nos *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, é preciso que não se veja com um olhar romântico a PNH, mas sim necessário:

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. (CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, 2009, p. 52)

Desta forma fica claro que o conceito de PNH não é algo distinto do SUS, ou da prestação de serviço ao usuário, pois a mesma não foi criada para exercer uma nova cultura no que diz respeito ao atendimento público de Saúde. E para que se consolide os trabalhadores não devem ter uma visão distorcida de seu conceito, pois a PNH é algo que precisa ser contínuo, através de reuniões de monitoramento dentro das unidades.

Tomando por base, a análise da coleta de dados a partir da entrevista realizada com os profissionais de Serviço Social que atuam neste espaço, compreendemos proeminentemente que as respostas dos entrevistados acerca do que se entende pela Política Nacional de Humanização estão de maneira genérica, superficial, poucos profissionais demonstraram já ter conhecimento, já ter feito leituras acerca das especificidades, das diretrizes, princípios, objetivos e propósitos da política, desenvolvendo um olhar que não todo:

“[...]na realidade a gente não evidencia nas unidades de saúde, você vê alguns profissionais que fazem uma leitura, mas que é uma questão muito pessoal. A política em si não foi discutida dentro na instituição desde 2009 que eu tô aqui, não houve esse movimento dentro da unidade na gestão, é muito mais uma leitura que você tem da política de cada um que lê realmente sobre o tema, mas que na realidade não houve um investimento da gestão dentro da unidade, o povo tem muito dessa coisa humanizar é atender bem, não é somente atender bem, não é essa a proposta [...]”
(Entrevistado 1)

De acordo com o portal do Ministério da Saúde, a PNH para além de reafirmar os princípios do SUS, como universalidade, integralidade, intersetorialidade, equidade e igualdade, ela vem para agregar o sistema e deixar mais claros os papéis de cada sujeito envolvido no processo de saúde (Usuário, Família, Trabalhadores e Gestores) apostando em inovações para promover à sociedade um SUS mais humano, com a participação de todos, comprometido com a qualidade dos serviços prestados.

Como discutimos anteriormente, articulados com os autores Harvey (1992) e Antunes (1998) as refrações do mundo do trabalho na atualidade geram iminentes impactos no fazer profissional. O Serviço Social, como profissão inscrita nesta realidade, não está à margem deste processo, os rebatimentos das normas estabelecidas pelos organismos internacionais, atrelados ao enxugamento dos investimentos do setor público, as recentes contrarreformas, culminando num ataque à democracia e ao sistema de seguridade social levam ao profissional a cair no imediatismo, no seu cotidiano a tecer concepções fragmentadas, a desenvolver ações de cunho neoconservador, também a ter concepções fatalistas da própria profissão, dicotomizando a teoria e a prática, vindo a se tornar um mero executor de tarefas.

“É muito bonito no papel? Difícil é vermos a Política em si sendo implementada”.
(Entrevistado 10)

Com o estágio supervisionado em Serviço Social na unidade, podemos ter contato e ouvir diversas vezes falas como “ Na prática a teoria é outra”, e até mesmo, diante de retrocessos e perdas de espaço da categoria neste campo, profissionais que chegam a dizer que “ não faz sentido existir Serviço Social aqui”, “ a profissão vai acabar”, ou seja, esta concepção limitada que predominantemente surgiu ao analisar o que a equipe compreende acerca da PNH, em linhas gerais, reflete muito do que a categoria interpreta de todo seu arcabouço profissional e executa no cotidiano de suas ações. Reflete também acerca da fragmentação da formação profissional e da ausência de uma formação continuada, não como uma ideologia disseminada pelo mercado a fim de uma mera qualificação profissional, como bem salientado Netto (2004) quando discute acerca da atual conjuntura e direciona pela via do conformismo e do moralismo a direção social e o perfil profissional para atuar frente a seu objeto – a questão social – exigindo um profissional adequado e funcional ao capital, mas como meio de aperfeiçoamento do profissional, qualificando-o na direção do compromisso com a classe trabalhadora, em busca da construção de uma sociedade sem classes.

3.2.3- EIXO III – A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA CONCEPÇÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO

A importância da informação para a implementação da política Nacional de Humanização no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo é desenvolver um novo modelo de gestão institucional, baseado na comunicação e no relacionamento. Hoje, em vez do modelo tradicional de comunicação passa-se a enfatizar a comunicação interativa e relacional, ou seja, a gestão participativa. A Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do HumanizaSUS, graças ao princípios ideológicos, organizacionais e de participação social, aumenta o grau de corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos, tendo que haver necessariamente uma interação entre usuários, profissionais, gestores e instituições da rede de saúde.

A Política Nacional de Humanização teve como um dos objetivos fundamentais pôr em prática os princípios do SUS. A política busca estimular a comunicação entre gestores, profissionais e usuários, além de promover o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto. A aposta na inclusão e integração tende a gerar agentes mais ativos no processo, cuidado ampliado, cogestão e responsabilização coletiva (PNH, 2013).

Dentre as entrevistas realizadas com os profissionais do Serviço Social que atuam no HMMRC foi percebido que embora a política não pareça estar, de fato, implementada no contexto institucional, os profissionais apontam que os princípios e as diretrizes da PNH são fundamentais para o fortalecimento do projeto ético-político.

“[...]Essa política não poder estar separada da discussão do SUS, deveria ser realizado como um trabalho multiprofissional. A PNH é importante pela integração geral dos profissionais, a equipe precisa se reunir, isso precisa acontecer, vemos aqui vários eventos que dividem os profissionais e impossibilita a discussão de todos juntos em um mesmo momento”. (Entrevistado 1)

Já deveria ter sido implementado nas unidades e naturalizado entre os profissionais de saúde (...). (Entrevistado 5)

Cabe destacar que o trabalho ainda é realizado de maneira multiprofissional. Todavia, o SUS e a PNH apontam para um trabalho que seja interdisciplinar, além de propor *indissociabilidade entre atenção e gestão* – um dos princípios da PNH. Um dos entrevistados destaca que a prática de acolhimento (referida em uma das diretrizes) ainda é, erroneamente, compreendida como uma prática exclusiva do assistente social (PNH, 2009).

“[...] A direção me trouxe essa proposta “montar um serviço de acolhimento do serviço social”, mas eu pensei: ué, mas a PNH não diz que tem que ser só o serviço social [não], né? A PNH por ter mais de dez anos, ela deveria estar entranhada dentro da unidade, não se pode ser discutido apenas pelo serviço social”. (Entrevistado 1)

Outro princípio salientado pela PNH é o *protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos*. As mudanças acontecem, primariamente, no reconhecimento do papel de cada um. A humanização reconhece o cidadão possuidor de direitos, valoriza e incentiva a sua atuação na promoção de sua saúde (PNH, 2009).

“[...] Tem que ter compromisso de gestão política, com a participação dos trabalhadores e usuários, nesse movimento de forma geral”. (Entrevistado 1)

“Se fosse implementada mesmo, seria muito importante para o paciente, para o usuário, para o cidadão [...]”. (Entrevistado 2)

A questão da *transversalidade* na saúde é um princípio de suma importância e que não deve ser desprezado. Pelo contrário, a PNH busca a comunicação e interação entre as pessoas e grupos, retirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (historicamente). Transversalizar significa reconhecer que as diferentes especialidades podem não ser transformadas em especialismos. As diferentes experiências e o compartilhamento de saberes são fundamentais para uma clínica ampliada (PNH, 2013). Tal problematização foi destacado pelo discurso de um dos entrevistados:

“A PNH é muito importante, pois historicamente a saúde se constituiu de forma muito hierárquica, sei lá... de poderes, [...] onde o médico fica muito acima do saber da população, e também com relação aos outros profissionais da saúde e isso faz da saúde um campo de muita disputa, há competição. A PNH traz um nivelamento entre esses poderes [...] na medida em que você passa a ver a população como parte do processo de saúde e doença, a população passa a ter uma corresponsabilidade, através de uma maior participação” (Entrevistado 7).

A valorização para além do usuário também é prevista por uma das diretrizes da PNH. *A valorização do trabalhador* é importante por dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. E o entrevistado 10 relata tal diretriz quando aponta que “a PNH também cuida do trabalhador, é uma via de mão dupla que se funcionasse seria bom para todas as partes” (PNH, 2013).

O *projeto terapêutico singular* é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Compreender os casos por suas diferenças (e não por suas igualdades) é uma das estratégias adotadas pela PNH, além da discussão desses casos. A máxima “cada caso é um caso” amplia o conceito de saúde e protagoniza o usuário em sua singularidade (PNH, 2009).

“[...] Desse objetivo dela de valorizar, reconhecer os direitos dos usuários, tem um reconhecimento grande desse protagonismo dos usuários na saúde [...] Ele é protagonista desse processo de saúde, de cuidado” (Entrevistado 9).

Portanto, analisando os discursos dos profissionais entrevistados, notamos que eles reconhecem a importância da implementação da PNH em suas atuações profissionais e nas práticas da instituição como um todo. Porém, grande parte deles não enxergam, de fato, alguns princípios e diretrizes sendo cumpridas. Tendem a perceber como algo a ser implementado, mas que ainda não é de fato.

3.2.4- EIXO IV – AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES ACERCA DA MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DR MOACYR RODRIGUES DO CARMO

Neste eixo iremos discorrer acerca das possibilidades existentes para a materialização da PNH na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no HMMRC, desta forma poderemos identificar os reais entraves colocados pelos profissionais, e se eles realmente conseguem

perceber o que é preciso para uma eficaz implementação da política, tomando por base as diretrizes de que norteiam a PNH.

Do ponto de partida estrutural, é notório como os entrevistados associam a consolidação da PNH apenas por parte dos profissionais, e abertura da gestão para tal implementação:

“Pela atual gestão existe possibilidade, pois eles são abertos ao tema, pois a direção diz que se precisa ter um olhar crítico social, está caminhando no sentido de humanização ainda e preciso avançar. A atual gestão percebe-se uma melhor abertura na gestão a relação a estas questões da PNH com relação as legislações pertinentes, e normas institucionais voltadas à humanização, cientes de que a Lei ultrapassa a norma. A gestão dá liberdade aos profissionais para atuar conforme o que está previsto”. (Entrevistado 04)

Lembrando que a PNH tem por objetivo central ampliar a participação entre todos os envolvidos, ou seja trabalhadores, gestores e usuários, E que é através de diálogos aonde todos possam colocar suas opiniões de forma que se chegue às estratégias de melhorias nos atendimentos prestados. Então na fala do entrevistado 04, a possibilidade existente “é pela abertura da gestão”. Porém não se restringe a isso como veremos na citação a seguir:

A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional. Para tanto, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção a saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo. (CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde 2009. p. 52)

Ou seja a própria entrevistada transfere a responsabilidade para a gestão, na citação acima notamos que o papel do profissional de Serviço Social é criar, elaborar, ser propositivo no que diz respeito a sua prática profissional, e se a gestão tem essa abertura, o que cabe a ele é conscientizar a mesma na falta de atores presentes nesse processo, os usuários por exemplo.

E foi possível em uma das falas identificar o descaso com o paciente mostrando assim um entrave para a possibilidade da implementação da PNH de fato na unidade:

“[...] muito pelo contrário, eu vejo um descaso com os pacientes, arrogância, discriminação, não vejo um bom tratamento... ainda falta muito a evoluir no tratamento com o paciente. É possível! A questão, eu acho que falta capacitação dos profissionais, sensibilizá-los né para o tratamento com o ser humano mesmo né?”. (Entrevistado 02)

Percebemos na fala da entrevistada 02, de forma muito nítida que os usuários de saúde ainda não são assegurados como previsto em lei 8.080/90, na garantia de acesso digno aos serviços de saúde, como diretrizes da implementação da PNH. E então para de fato poder colocar em prática uma nova forma de humanizar, é preciso se chegar no problema central: a prestação de serviços, e se conscientizar de como se dão esses arranjos de trabalho. O Assistente

Social ao perceber isso deve agir de forma contagiante, divulgando estratégias, apoiando mudanças e buscar ampliar as relações de trabalho entre toda a unidade.

No que se refere aos limites apontados pela categoria, diversos pontos foram ratificados pelos profissionais. Porém os que mais ouvimos foi acerca das relações de poder, da iminente influência política já enraizada na unidade, da correlação de forças, da disputa de interesses, de egos existentes naquele espaço institucional, onde todos estes aspectos levam ao que muitos profissionais apontaram como a falta de interesse da gestão hospitalar do HMMRC.

Alves (1967) salienta que desde sua concepção histórica a Baixada Fluminense é permeada por relações de poder, de interesses, da mesma forma essas relações permeiam a forma de governar e se manter no poder atualmente e esta característica é clara na administração dos espaços públicos que ofertam serviços à população. O campo empírico de nossa pesquisa é se não o principal cenário desta hegemonia, no que tange a atual gestão do município.

A forma de governo assume determinados padrões não lineares, podendo variar conforme o curso das relações sócio-políticas. Isso depende das forças de poder que participam das disputas pelos territórios sob diferentes interesses conflitando na sua maioria quando estabelecem práticas autoritárias de poder para fazer valer a vontade de determinados segmentos sociais. (SILVA, 2009, p. 6)

Um exemplo disto é a escolha dos cargos de direção da unidade, sempre por indicação política que tenha relação com o governante que se encontra no poder, não por ser qualificado para ocupar o cargo, onde a partir do momento que este já não se adequa ao que lhe é determinado, ou caso o político que indica sua contratação não permaneça no cargo devido a novas eleições, este é rapidamente trocado, de acordo com a observação participante. Da mesma forma funcionam os cargos de chefia das categorias que se inserem neste espaço, e também as contratações dos profissionais. Como já salientamos, o último concurso no município está datado do ano de 2001, atualmente os profissionais que ainda possuem vínculos de estatutários estão prestes a se aposentar, ou já se aposentaram, somente neste segundo semestre de 2018 duas profissionais se aposentaram, enquanto que neste ano todos os profissionais que foram admitidos no quadro de recursos humanos da equipe de Serviço Social estão contratados via cooperativa, o que ratifica a direção do perfil profissional no que tange as metamorfoses do mundo do trabalho.

“A rotatividade das equipes, mudanças de gestão e profissionais, a terceirização da saúde, pois não se consegue dar continuidade no trabalho. As questões políticas que são postas em diversas unidades de saúde. Também com relação aos vínculos empregatícios, então acaba por interromper todo trabalho criado, ou as possibilidades de se criar um projeto de humanização na unidade. A falta de concursos no município, etc. Falta de suporte maior de direção.” (entrevistado 6)

Os cadernos do Ministério da Saúde e do HumanizaSUS (2015) ressaltam que a PNH insiste que para o enfrentamento das relações de poder instituídas nas unidades de saúde, que muitas das vezes acabam por produzir práticas desumanizadoras, é necessário estimular e promover a comunicação, interação entre trabalhadores, gestores e usuários primando o trabalho coletivo para identificar as demandas, problemas e dificuldades no que tange a cada componente deste processo e buscando transformar o serviço de saúde que é ofertado hoje no Brasil.

Experiências que vem dando certo no sentido de promover um redesenho institucional, com uma organização menos hierarquizada, com inclusão e participação de forma ativa e autônoma de todos os sujeitos envolvidos, como princípio básico da PNH, a promoção de um espaço coletivo e multiprofissional na discussão de casos, de dificuldades, de organização do trabalho, como o Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) que desde 2010 encaram o desafio de se promover saúde com participação de todos e uma gestão compartilhada, e também o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira que é uma unidade de ensino, pesquisa e extensão que compõe o complexo médico-hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e que também é referência no processo de implantação da PNH na gestão e atenção hospitalar, entre outros, são grandes exemplos de que existe um SUS que dá certo e que para tanto é necessário cada vez mais discutir acerca do modo como o sistema vem sendo aplicado.

“Os limites são esses que eu já até comecei a colocar antes, né? Que é a questão de você ter uma estrutura, uma política e uma conjuntura também, que não favorece o protagonismo das pessoas, né? Principalmente das pessoas pobres, das pessoas que não tem acesso. Você não ver isso da cultura, da participação, dessa pessoa ter voz, dessa pessoa ter direito. Ela é sempre alvo, principalmente as pessoas pobres, elas têm de ser alvo de favor, de “benesse”, né? De uma coisa que se você for ver, isso é recente, [...] reconhecer os direitos das pessoas. Das pessoas que dentro desse sistema capitalista não tem acesso. Então, a Política de Humanização ela vai encontrar essa barreira, que é a barreira estrutural, que é a barreira de como da construção social capitalista que temos no nosso país, que é um capitalismo muito coronelista, muito ainda baseado no favor, as pessoas que precisam, porque elas vão usar a assistência, vão ser muito discriminadas, entendeu? Então, é porque a gente aqui tem uma cultura muito grande de que assim, são pessoas que não tem direitos, né? Só precisariam de “benesses”, então acho que o grande desafio dessa política é ela se materializar realmente no dia a dia, nas ações de saúde”. (Entrevistado 9)

A falta de investimento nos profissionais foi algo que a equipe pontuou consideravelmente, a ausência de capacitações profissionais, e principalmente os constantes atrasos nos salários foram alvo de grandes críticas por parte da equipe de Serviço Social como um dos principais limites postos para a materialização da Política no HMMRC.

“Estamos vivendo um momento muito ruim dentro da unidade devido a pagamentos atrasados de certos profissionais, e isso querendo ou não interfere no envolvimento, as pessoas não se envolvem como anteriormente, existe uma diferença de como se envolviam anteriormente, por exemplo os contratados recebem e os estatutários não! [...]isso querendo ou não interfere, não tem evolução do processo de trabalho e quem sofre é a população. Esse fator atrapalha e interfere na materialização da PNH, pois é difícil existir compromisso profissional em condições de trabalho precarizadas. Também não se tem capacitação profissional por investimento do SUS, fica no nível individual de cada um, estar se requalificando profissionalmente em capacitações, se manda no grupo cursos e fica no interesse individual, e volto a dizer muitos estão sem receber e não tem condições em investir em cursos. O Serviço Social e outras categorias tudo é SUS, e o SUS não oferece gratuitamente para os profissionais no município cursos”. (Entrevistado 1)

O Assistente Social enquanto inscrito na divisão sócio e técnica do trabalho, como já mencionamos, ainda que dotado de certa autonomia instrumental-técnica, e embora regulamentado como uma profissão liberal, é um profissional que depende da venda de sua força de trabalho, depende dos recursos fornecidos pelas entidades empregadoras, estando assim alienados neste processo como bem salienta Iamamoto (2015) ou seja, contraditoriamente, como profissional assalariado se enquadra nas relações antagônicas e contraditórias de produção e reprodução das relações de trabalho, sendo indissociáveis da contrarreforma do Estado. Vivemos hoje a face mais cruel do neoliberalismo no Brasil, e seus rebatimentos, dentre eles a precarização das condições de trabalho, no âmbito do Serviço Social leva ao profissional a desenvolver ações imediatas, paliativas, restritas no cotidiano, o que leva à desqualificação profissional e consequentemente a perda de espaços institucionais da categoria, como temos visto. De acordo com a revista O Social em Questão nº 34 (2015) é na estreita vinculação com os movimentos e forças políticas dos trabalhadores, bem como os organismos representativos da categoria profissional que se consolidam as bases para buscar o fortalecimento a partir de uma perspectiva crítica e totalizante das relações de trabalho em que se insere o Assistente Social, é necessário para tanto, investir em um projeto coletivo que vise superar as desigualdades postas neste modo vigente de produção, neste sentido, dedicaremos um eixo para aprofundar o debate deste tema mais a frente.

A equipe problematizou muito também a questão de ainda hoje não se debater em nenhuma instância especificamente a PNH, sendo tratados apenas aspectos soltos como “acolhimento”, onde ainda é tratado por muitos profissionais como a “triagem” o que nos remete a total falta de conhecimento acerca da política na atenção junto ao paciente, desde o momento em que este entra pelas portas da unidade, e consequentemente ao mal tratamento em que os sujeitos são expostos na unidade, tomando por base a observação participante, e

atualmente com o Núcleo de Segurança do Paciente que foi instituído na unidade após denúncia no Ministério Público, ainda assim nada tem sido efetivamente modificado.

“ [...]tem de vim “de cima” para que seja um trabalho integrado, e que cada um tenha suas possibilidades profissionais na PNH, também possa conhecer o trabalho do outro, para que possa respeitar o limite do outro. Desde o ASG até os administradores, para funcionar o trabalho [...] “(entrevistado 5)

A PNH de acordo com o Ministério da Saúde, possui o conceito de apoio matricial onde a partir do conhecimento, das capacitações profissionais ... e da transformação das relações hierárquicas postas nas unidades de saúde, os profissionais na lógica do processo de trabalho da PNH oferecem apoios entre si, entre equipes e entre gestores, com base em suas especialidades, invertendo assim o esquema tradicional e fragmentado de saberes, onde algumas categorias possuem maior conhecimento do que as outras, onde a partir deste apoio matricial o profissional cria o pertencimento à sua equipe/setor e passa a ser referência para outros, podendo assim também conhecer o objeto de atuação das demais categorias, e de que forma o outro atua, respeitando suas atribuições privativas, algo que também foi muito citado como limite posto para a materialização da PNH na unidade.

“[...]A superioridade de algumas categorias médicas com relação ao conhecimento de tudo sobre outras profissões. Juízo de valores de alguns profissionais resistência de alguns” (entrevistado 4)

É necessário então rever conceitos e reconhecer a importância da PNH na política de Saúde, e que com ela, ainda que seja necessário enfrentar desafios e ser resistência na atual conjuntura política, econômica e social em que vivemos no país e consequentemente na própria unidade é a partir disto que evidenciamos o estado democrático de direito, permanecendo na luta pela consolidação dos direitos humanos e do SUS como conquista histórica.

“Contagiar as ações humanas, os profissionais compreenderam que a mudança precisa ser boa para todo mundo, profissionais, gestores e usuários pois as ações são muito individualistas. Se não houver um apoio de uma equipe multiprofissional... esse é o maior limite”. (Entrevistado 8)

Diante de tantos retrocessos e rearranjos em que estão sendo alvo as políticas sociais, mais do que nunca se faz necessário buscar a efetividade dos direitos dos cidadãos brasileiros. Em tempos sombrios, onde o fascismo é aclamado e avança fortemente no país se torna imprescindível ser resistência, lutar para que as conquistas garantidas sejam mantidas. O Serviço Social é parte crucial neste processo de defesa da democracia, e possui compreensão privilegiada destes fenômenos que se apresentam na sociedade, cabe a nós fazer uso de todo o arcabouço em que a profissão possui para traçar estratégias que busquem a transformação efetiva destas realidades.

3.2.5 – EIXO V – AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO PARA A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.

Neste item iremos abordar quais estratégias adotadas pela equipe de Serviço Social do HMMRC, tendo como base as entrevistas que foram realizadas com os profissionais da unidade no que tange a PNH. Podemos observar algumas concepções acerca do mesmo, tais pensamentos poderão ser ilustrados nas seguintes falas:

“O que a gente utiliza como estratégias são os arcabouços teóricos que fundamentam a nossa profissão, o Código de ética, a Lei de Regulamentação da profissão, aqui a gente lida com situações envolvendo crianças por conta da maternidade e adolescentes(...)A equipe ainda não tem um traçar de estratégias integrado para resolução de problemas, as coisas mais complexas vão para coordenação do Serviço Social, e as demais são resolvidas no individual. Isso não é para todos pois tem dias que a coordenadora não está, aí elas ligam, mas sempre tem um elo dentro do serviço que consegue “as vezes é a experiência, as vezes é o domínio dos instrumentais um pouco maior depende muito da pessoa ” (Entrevistado 1).

Diante do que foi relatado, compreendemos que o Serviço Social configura-se como uma profissão que realiza a mediação e intervém em inúmeras realidades que se apresentam na unidade, porém essas intervenções são norteadas pelo Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão, em que este profissional venha buscar uma atuação que venha a ser comprometida com os arcabouços teóricos na defesa dos princípios como a liberdade, democracia e equidade social.

(...)reafirma-se a preocupação com a capacitação teórico-metodológica, mas igualmente com as problemáticas com que a profissão se defronta historicamente e as mediações necessárias para apreendê-las. Somente uma apropriação rigorosa dos fundamentos teóricos, históricos e metodológicos poderá possibilitar a apreensão da dinâmica da sociedade em particular da sociedade brasileira, das transformações que perpassam e do modo como interferem no trabalho do Assistente Social (SIMIONATO, 2005, p.06)

Sendo assim, através do conhecimento teórico- metodológico e técnico- operativo o profissional consegue analisar e fazer uma análise da realidade daquele usuário. Todavia, em outro ponto referente à fala do entrevistado 01, o mesmo que ainda não há um traçar de estratégias referente a resolução de problemas, com isso traz uma fragmentação acerca da operacionalização referente ao processo de trabalho.

“Reuniões de equipe a gente quase não tem, a gente só teve uma até agora. Porque tem a dificuldade de reunir o povo, cada um trabalha em um lugar, cada um mora em

um lugar. É importante ter reuniões, mas acho que a que tivemos foi há dois meses, porém a gente pensa em estratégias, na maternidade a gente pensa(...) Essas reuniões são feitas mais nos plantões devido a essas dificuldades, ou a gente coloca no grupo do WhatsApp. Eu tenho uma boa relação com a equipe médica, com a enfermagem, mas é assim: eu com os outros profissionais, não há uma equipe trabalhando junta por um caso, não tem isso”. (Entrevistado 2).

“Através das reuniões mesmo sendo esporadicamente se pensa em algo, individualmente se faz mais do que com outros profissionais” (Entrevistado 3).

Diante da fala dos entrevistados 02 e 03 podemos perceber a ausência ou dificuldades para realizações de reuniões de equipe, contudo as reuniões profissionais são de grande importância para realizar coletivamente discussões diante das problemáticas do trabalho e define ações de intervenção a serem realizadas na unidade para que venha contribuir para ampliação da qualidade gestão e atenção em saúde. De acordo com Sousa (2008), enfatiza que a reunião se realiza em todo espaço que se pretende que uma decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente.

Ainda sobre a fala dos entrevistados o 05 irá relatar:

“Não há estratégias de equipe, houve há muito tempo atrás, o que é feito são algumas reuniões com os familiares na UPA, com a participação da coordenação da enfermagem. Não tenho conhecimento de nenhum projeto, se fala muito em criar, porém não temos” (Entrevistado 5).

Mediante ao exposto podemos analisar uma fragilidade referente ao processo, à ausência de estratégias, segundo CFESS (2010), a área da saúde passa por determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e na busca de estratégias para os enfrentamentos das questões, ou seja, o Serviço Social a todo momento passa por adversidades e tem que buscar estratégias para superação dos desafios que se apresentam. Contudo, isso ocasiona vulnerabilidades referentes ao processo de trabalho sendo necessárias ações preventivas que venham mudar determinada situação.

“Ajudar na questão do planejamento, pode ajudar mais na capacitação de pessoal, então ele pode assumir algumas posições estratégicas dentro do hospital, ele pode ter mais visibilidade dentro da instituição, porque ele trabalha com a garantia de direitos, então ele já trabalha com essa questão da humanização, ele faz a intermediação entre os profissionais e os familiares muita das vezes, então assim, é uma forma de estar humanizando o trabalho, mas ele precisa estar ocupando mais esse espaço, ele não pode fazer só o “miudinho” ele não pode ficar só nas atribuições que ele já tem... então ele pode assumir essa posição estratégica para poder ajudar com a humanização como um todo na instituição, ele pode capacitar os profissionais, ele pode assumir posições de planejamento, ele pode atuar mais junto a gestão, acho que ele pode fazer mais! Não sei se hoje alguma estratégia tem sido adotada neste sentido, não sei se propõe algum tipo de mudança, acho que toda vez que o Serviço Social propõe algum tipo de mudança por exemplo(...) Agora por exemplo ajudar com a capacitação é uma coisa

que é um espaço rico e que não está sendo ocupado, o Serviço Social pode fazer essas coisas de maneira mais ousada” (Entrevistado 7).

Faz-se importante a atuação do assistente nestes espaços, mas através de uma prática que venha ser transformadora de um profissional propositivo, pois não adiante somente este profissional ter conhecimento de suas atribuições e competências e não realizá-las na prática, pois vai contra a tudo que encontra-se inserido no Projeto Ético Político da Profissão, sendo importante a articulação com as outras redes, relação com a equipe multidisciplinar e outros programas para fortalecimento, todavia há muitos rebatimentos no fazer profissional em que este profissional tem que cada vez mais buscar estratégias para superá-las.

A sistematização não implica situar-se fora das instituições, mas no estabelecimento de uma nova estratégia de conhecimento e ação. Essa estratégia implica uma nova visão da palavra e da ação das classes subalternas, como uma mediação de um sistema complexo de relações sociais estruturais. A prática torna-se mediatizada, não pelas normas e controles institucionais, mas por um plano de análise que se constrói historicamente na própria práxis de relações entre as forças em presença e das quais os profissionais fazem parte. (FALEIROS, 1997, p.58)

Segundo o autor citado acima, o profissional tem que se colocar como um ator social que exerce ações intervindas nas relações de força, buscando fortalecimento nas relações dos usuários trazendo valores coletivos e individuais. É importante materializar o fazer profissional na prática de forma coletiva, segundo Faleiros (1997), a construção e desconstrução de mediações no que diz respeito ao processo de fragilização e fortalecimento do poder, implicam em um instrumental operativo e captar estratégias mediante ao campo de atuação na constante relação entre teoria e prática. As contradições na unidade são notórias, contudo, é importante o trabalho em equipe para superação das adversidades, mas quando o profissional tem o reconhecimento do fazer qualificado ele materializa isso em sua prática profissional e uma intervenção crítica para viabilização de direitos dos usuários. Sendo assim, é fundamental que este profissional venha apreender a dialética no interior das relações para que venha reconstruir neste espaço, identificando os problemas sociais, contextualizando-o para que possa intervir e fazer as mediações cabíveis.

“Da equipe, nenhuma! Não há nenhuma estratégia da gestão, coletiva. Existe uma estratégia individual de alguns, que tem um olhar humanizado e buscam estratégias para minimizar e garantir o mínimo de direitos do paciente. A equipe hoje, atrelada a gestão está legitimando o que a atual direção deseja. As vezes indo contra os direitos dos usuários. Isso que é o mais triste, alguns profissionais não enxergam o cidadão como um sujeito de direitos, sabe? Ninguém que trabalha aqui é porque é bonzinho, as pessoas pagam impostos, é direitos. Ter um atendimento digno”(Entrevistado 10)

A prática do assistente social não pode ser qualquer uma, mas sim aquela que esteja atrelada às diretrizes que norteiam a profissão, segundo Antunes (2009), analisar, problematizar e refletir sobre o mundo do trabalho requer um aprofundamento teórico que possibilite o desvendamento das novas configurações que delineiam o trabalho e outras práxis sociais todavia, a mediação deve ser entendida como um instrumento da práxis na busca da compreensão e apreensão das complexidades.

Para tanto compreendemos que se faz necessário enquanto pesquisadoras apontarmos algumas estratégias que acreditamos ser indispensáveis para a materialização do projeto ético político da profissão e conseqüentemente para a implementação da PNH neste espaço ocupacional no que tange às atribuições e competências da equipe de Serviço Social que atua na referida unidade.

Dentre estas estratégias acreditamos que inicialmente seja necessário como afirma Iamamoto (2015) romper com as concepções endógenas da profissão, com o fatalismo e imediatismo nas ações, romper com o individualismo, com a dualidade que vemos posta no cotidiano das relações na equipe no sentido de ser dividida por seus vínculos empregatícios, é necessário urgentemente se reconhecer enquanto classe e compreender a posição que a profissão se encontra na atualidade e todos os rebatimentos em que vêm sendo submetidos, não somente no que diz respeito a categoria mas também na sociedade como já apontamos anteriormente, para como classe trabalhadora buscarmos melhores condições de trabalho, vínculos com estabilidade, alcançarmos a conquista do piso salarial que de acordo com o conjunto CFESS/CRESS ainda está em andamento no congresso nacional em Projetos de Lei - PL nº 4022/2008 em conjunto com PL nº 5278/2009 que propõe um piso salarial de R\$ 3.720,00. Antunes em entrevista para o CFESS em 2016 afirma que “não basta lutar para se ter um piso, é preciso lutar para que ele seja respeitado” entre outras questões que são apontadas pela categoria. Acreditamos ser relevante também para a categoria, ocupar os espaços de controle social bem como os movimentos sociais e nas conferências e espaços de luta e debate da profissão para compreender e apreender a realidade dos indivíduos e assim poder traçar estratégias em suas ações profissionais.

Compreendemos que neste processo a educação permanente tem papel crucial, e ressaltamos que a sistematização da prática cotidiana é o melhor elemento para qualificar a práxis da equipe que atua no HMMRC a fim de ultrapassarmos o caráter burocrático e tecnicista dos instrumentos de trabalho da categoria na unidade buscando refletir e avaliar o seu trabalho.

Almeida (1995) tomando por base as produções do CELATS descreve a sistematização da prática como:

[...]todo o processo de organização teórico-metodológico e técnico instrumental da ação profissional em Serviço Social. Neste sentido, a preocupação com a sistematização se inicia com a própria delimitação dos referenciais que orientarão a eleição dos aportes teóricos, da condução metodológica, da definição das estratégias de ação, do reconhecimento do objeto da intervenção profissional, assim como de seus objetivos e da avaliação dos resultados alcançados. (p. 3)

Ainda tomando por base o autor citado acima, a sistematização auxilia não só para o reconhecimento do seu objeto de trabalho e os limites, dos avanços e da contribuição efetiva de sua ação, mas contribui para a conquista de uma maior autonomia e um componente importante para sua visibilidade social e institucional, algo que nos foi apontado pelos profissionais por diversas vezes durante as entrevistas, contribui também para a avaliação de nossos próprios instrumentos de trabalho, como um material empírico que efetivamente dê suporte para as atividades sistematizadas.

Guerra (2000) vai enfatizar que a instrumentalidade é uma propriedade que à profissão adquire à medida em que se concretizam seus objetivos no cotidiano de suas ações, é por meio desta capacidade que através da práxis se torna possível modificar as condições objetivas e subjetivas existentes na realidade social. Ao se apropriar da instrumentalidade o Assistente Social detém à capacidade de pensar caminhos, estratégias para alterar o seu cotidiano profissional e das classes sociais que demandam sua intervenção pautadas nas dimensões:

Teórico - Metodológica - permite enxergar à dinâmica da sociedade além das aparências, seu movimento e construção de novas possibilidades profissionais, qualificando para reconhecer à realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha.

Ético- Político - Se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista, relações essas que são contraditórias. Exige posicionamento político frente à realidade social e implica em assumir valores éticos, morais que sustentam à sua prática, estes que estão expressos no código de ética da profissão de Serviço Social.

Técnico- Operativo - Implica em conhecer e criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e as instituições de forma a garantir uma inserção qualificada que responda às demandas sociais e objetivos profissionais.

De posse desse conhecimento, o profissional pode planejar à sua ação com muito mais propriedade, visando à mudança dessa mesma realidade. Assim, no momento da

execução da ação profissional, o Assistente Social constrói suas metodologias de ação, utilizando-se de instrumentos e técnicas de intervenção social. (SOUZA, 2006, p. 123)

Em síntese o autor citado acima, salienta que a apropriação deste instrumental pressupõe interações de comunicação com o uso de linguagens comumente utilizadas pelo Serviço Social: A linguagem oral ou direta e a linguagem escrita ou indireta, também conhecidos como instrumentos “face à face” e “por escrito”, sendo eles observação participante, entrevista individual ou grupal, dinâmica de grupo, reunião, visita domiciliar, visita institucional, atas de reunião, livros de registro, diário de campo, relatório social e parecer social, respectivamente.

Dentre estes, a maioria é utilizada pelo Serviço Social que atua no HMMRC, porém em linhas gerais são utilizados de maneira que venha apenas sanar a demanda num determinado momento, não buscando perpassar a essência do fenômeno, características que definem à intervenção profissional de forma imediatista, com relatórios padronizados, entrevistas que visem apenas o preenchimento de fichas, uso do livro de registro para situar o fluxo de pacientes e acompanhantes, são exemplos de como os instrumentos são utilizados no cotidiano das ações na equipe que atua no referido espaço.

A investigação por meio da coleta de dados com estes instrumentos, sem dúvidas seria uma maneira de se apresentar e fundamentar estratégias que visem à transformação do serviço prestado na unidade, e para além disso, a partir de pesquisas, pode-se traçar estratégias à nível de município, tendo em vista que o HMMRC é um dos principais hospitais da região e recebe as mais diversas expressões da questão social, meio pelo qual se faz imprescindível para se estabelecer estratégias que também possibilitem o enfrentamento dos limites para a materialização da PNH neste espaço.

A PNH traz consigo também a perspectiva da educação permanente em saúde, que de acordo com o Ministério da Saúde são articulações que envolvem educação e trabalho no SUS visando propor mudanças nas práticas de saúde a partir do desenvolvimento da capacidade de problematizar e identificar os pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização.

Alinhado a isto, ressaltamos também acerca da necessidade de se elaborar e implementar projetos. Atualmente a equipe de Serviço Social não possui nenhum projeto em andamento na unidade, de acordo com a análise dos dados coletados durante as entrevistas ao menos duas profissionais se encontram em contato direto com a gestão da unidade, sendo uma dessas responsável por elaborar e implementar projetos atuando junto a direção da unidade, e outra, segundo suas próprias palavras, foi convidada a formular um projeto de acolhimento para ser

implementado na unidade. Ambas participam atualmente dos debates acerca do Núcleo de Segurança do paciente, que a partir de um processo no Ministério Público, a unidade vem buscando discutir acerca dos serviços prestados, porém nada tem sido feito ou modificado, tais debates, se quer são disseminados com a própria categoria profissional a fim de propor qualquer tipo de estratégia. Ressaltamos que este espaço que foi aberto no núcleo de segurança do paciente é um espaço de suma importância para se discutir acerca da PNH junto aos profissionais lotados na gestão e administração da unidade, alguns profissionais apontaram que a atual gestão se mostra aberta a propostas, porém a categoria e sua coordenação permanecem na inércia. Acolhimento na perspectiva da PNH de acordo com o glossário da política disponível no portal do ministério da saúde se compreende como:

“Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário”.

(BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário PNH. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>)

Contagiar as ações humanas neste sentido se faz indispensável tendo em vista que este espaço do núcleo de segurança do paciente é composto por representantes da maioria das categorias que atuam na unidade. De acordo com o portal do Ministério da Saúde esse aspecto se configura como um dos objetivos propostos pela PNH na atenção e gestão do SUS, bem como:

- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

A PNH possui entre as suas diretrizes de acordo com os cadernos HumanizaSUS a gestão participativa e cogestão que dentre os aspectos que a compõe como propostas de mudança no fazer saúde, em seus dispositivos, está o estabelecimento do GTH – Grupo de Trabalho Humanizado que vem a ser um espaço coletivo organizado, participativo e

democrático que se destina a empreender o resgate de valores e princípios do SUS no cuidado em saúde, em busca de benefícios para os usuários e dos trabalhadores da saúde. Segundo o portal do ministério da saúde ele é constituído por lideranças do coletivo de profissionais tendo como atribuições:

difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida. (BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>)

De acordo com o relato de uma das entrevistadas, no ano de 2015 a unidade possuía um diretor técnico que era comprometido com o HumanizaSUS e neste tempo foi possível realizar um trabalho integrado entre a equipe de Serviço Social, a equipe de enfermagem, junto a direção formando assim o que eles chamaram de GTH. Segundo o relato, outras categorias se mostraram resistentes ao processo de humanização na unidade. Com a saída deste diretor do cargo, todas tentativas de humanizar as ações na unidade foram encerradas. Este espaço do núcleo de segurança do paciente se caracteriza como um instrumento de suma importância para se disseminar o conhecimento acerca da PNH, e como um espaço para propor grupos de trabalho interdisciplinares para se discutir os fenômenos apresentados nos diversos setores e propor estratégias à gestão, caracterizando o que a PNH determina como apoio matricial invertendo o esquema tradicional de saberes, fragmentado, criando o pertencimento ao coletivo e oferecendo o apoio em sua especialidade a outras equipes e setores, como salienta o Ministério da Saúde.

Salientamos também que o Serviço Social como profissão comprometida com a efetivação dos direitos da classe trabalhadora, a ampliação dos espaços de participação destes nos serviços oferecidos na unidade, na saúde como um todo, valorizando em consonância com todo seu arcabouço legal e com a PNH sua autonomia, protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos coletivos, gerando possibilidades para ouvir o usuário e dar resposta a suas requisições e inquietações, levando em consideração que é impossível estar em conformidade com as legislações do SUS sem conceber a participação e controle social nos espaços de saúde.

3.2.6 – EIXO VI – A CORRELAÇÃO ENTRE OS MECANISMOS LEGISLACIONAIS DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL QUE ATUA NO HOSPITAL MUNICIPAL DRº MOACYR RODRIGUES DO CARMO.

Compreendemos que os Assistentes Sociais, precisam atuar com respaldo em todos mecanismos legislativos pertinentes a categoria, e pensando nisso formulamos uma pergunta, que vai de encontro a prática profissional no dia a dia. Buscamos entender como a junção de teoria e fazer profissional acontece no cotidiano visto que, o volume de demandas é enormes dentro da unidade HMMRC.

Então iremos analisar através das falas dos profissionais, como a relação dos arcabouços teóricos, e da PNH ocorrem:

“[...] Poxa eu me formei há 20 anos e você quer que eu me lembre do Código de Ética, da Lei de Regulamentação? A gente procura seguir o que prega o código de ética, o que prega as nossas legislações. Eu acho que elas são relacionadas sim com a PNH, só que eu estou tão desatualizada’. (Entrevistado 02)

A fala da entrevistada 02 é clara quando diz “eu acho que elas são relacionadas a PNH”, ou você sabe o que está fazendo ou apenas reproduz, essa é a concepção, e a resposta de o porquê não se avança em relação a PNH, se o profissional não consegue ter clareza do que sua prática resulta na vida dos usuários, ele também não consegue identificar se é necessário ou não uma melhoria. E para reafirmar isso tomamos por base o texto abaixo descrito no Código de Ética do Assistente Social:

O volume de demandas atendidas pelo assistente social, bem como a variedade de atividades e a diversidade dos campos sócio-ocupacionais, exigem do profissional um aprimoramento contínuo, atualização e aperfeiçoamento, de forma que preste os serviços com absoluta qualidade e competência ético-política. (BARROCO, 2012, p.150)

Então como citado pela autora acima, o aprimoramento profissional deve se dar justamente pela quantidade de diferentes demandas, o Assistente Social precisa saber articular seu conhecimento teórico na prática profissional, juntamente com a PHN pois está inserido dentro de uma unidade de Saúde, e assim prestar serviços íntegros a seu usuário. E com essa consciência podemos analisar o entrevistado 07 que diz:

“[...] Toda vez que o Serviço Social tenta garantir direitos, tenta fazer com que esses direitos sejam respeitados dentro do hospital, toda vez que ele acolhe essa população e suas demandas, à medida que ele ouve as famílias, que é uma coisa que nenhum profissional hoje ele faz isso de uma maneira muito mais específica, então toda vez que ele faz isso, que é uma atribuição dele, é algo que os profissionais não vão parar para ouvir da maneira que o Serviço Social ouve, que tenta interpretar para essa população os direitos que essa pessoa tem dentro da instituição, ele tá fazendo isso,

ele está relacionado, você estar sempre ouvindo a demanda do usuário, você está se colocando do lado da população que geralmente não pode ser ouvida pelos demais profissionais você está garantindo isso, você está atuando na política, você está humanizando”. (Entrevistado 07)

Na maioria das vezes o Assistente Social é responsável pelo acolhimento dentro do hospital, e na fala da entrevistada 07 percebemos claramente que ao se preocupar com a qualidade da prestação de serviço, o profissional precisa ter ética “para contribuir com a efetivação do acesso e ampliação de direitos” (Barroco, 2012, p. 130). Pois no momento que ele exerce essa escuta qualificada e se coloca no lugar do usuário, é possível ter um atendimento acolhedor e garantir os direitos dos usuários, conforme os resultados que a PNH busca.

Refletindo acerca da importância do assistente social que atua no HMMRC, contribui de forma significativa a partir do conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo sendo este profissional que terá uma atuação pautada nessas categorias, mediando diante das expressões da questão social.

Procuro usar as legislações no cotidiano, e seguir o que tem a ver com a PNH (Entrevistado 3).

Mediante a fala entrevistado, podemos assim analisar o quanto torna-se fundamental o profissional fazer uso do conhecimento teórico metodológico referente às legislações e o que tange a PNH, sendo importante que o profissional não somente venha conhecer, mais ter clareza da utilização dos meios referente ao processo de trabalho não fazendo apenas uma análise mais sim, operacionalizando de forma crítica e fundamentada.

A postura investigativa é um suposto para a sistematização teórica e prática do exercício profissional, assim como para a definição de estratégias e o instrumental técnico que potencializam as formas de enfrentamento da desigualdade social (ABEPSS, 1996, p.13).

De acordo com Iamamoto (2015) a finalidade da profissão o que tange a conhecer a realidade, é conhecer o próprio objeto de trabalho junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudança, ou seja é conhecer os meios que possibilite ir além do aperfeiçoamento mas que venha ter objetivação e intencionalização dos meios utilizados. Ilustrando tal reflexão mediante a seguinte fala:

“Procurando respeitar no cotidiano profissional, diante de todas as demandas que se apresentam, bem como relacionar no atendimento ao usuário a PNH com o Código de Ética e todas as legislações pertinentes, usando o bom senso para atender as demandas da melhor forma possível nas possibilidades que estão postas na unidade” (Entrevistado 4).

Tomando por base ABEPSS (1996), as estratégias de operacionalização devem estar articuladas aos referenciais teóricos críticos, buscando trabalhar as situações da realidade como fundamentos da intervenção. Sendo assim, este profissional venha mediar referente as complexas relações existentes, entre as trajetórias pessoais, as condições sociais dos usuários buscando assim fortalecimento e autonomia dos mesmos contribuindo para resolução de problemas e questões apresentadas.

O assistente social que atua na saúde pública, considerando-a com uma das expressões da questão social, e situada em um espaço contraditório balizado por limites e desafios, tem por compromisso ético-político estarem norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

De acordo com Iamamoto (2011), a democratização do debate profissional realizado pelas entidades representativas e a revisão curricular nos anos 1980 contribuíram para a construção de um novo projeto profissional. Diante do Código de Ética e da Lei de Regulamentação que dão respaldo à atuação, o profissional desenvolve seu trabalho com comprometimento, tendo como objetivo atender da melhor forma seus usuários.

Neste contexto, observamos uma grande dificuldade de compreensão da pergunta feita aos profissionais participantes, sendo necessário na maioria das entrevistas explicarmos em linhas gerais o que queríamos abordar com esta questão. Ainda assim, os profissionais não alcançaram nossas expectativas, em linhas gerais, no sentido de descobrir de que maneira a equipe correlaciona cada arcabouço legal para a materialização da PNH. Muitos destoaram, ou responderam de maneira genérica, o que nos mostrou tamanha deficiência no que tange ao conhecimento específico de cada um desses organismos legislativos da profissão, em suma, na equipe de Serviço Social que atua no HMMRC, muitos afirmando já estarem formados há muitos anos o que não os eximem da importância de deter tal conhecimento, legislações estas que são indispensáveis para uma atuação profissional em consonância com o que determina o Projeto ético político da profissão, e consequentemente para uma atuação propositiva, crítica e eficaz frente às demandas trazidas pela classe trabalhadora.

Historicamente, nosso projeto ético-político teve a sua gênese na década de 1970, no seio da perspectiva intenção de ruptura do Serviço Social, onde a categoria vai começar a se aproximar do marxismo, porém ainda um marxismo “sem Marx”, de acordo com Iamamoto (2013), sua consolidação irá se dar apenas na década de 1990, onde a profissão passa por um

período de amadurecimento conquistando a sua Lei de Regulamentação, o seu novo Código de Ética e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS que por meio de um processo histórico de construção coletiva sob a direção da entidades nacionais CFESS/ CRESS, ABEPSS e ENESSO, juntos orientam o exercício e a formação profissional em Serviço Social. Segundo Neto (1999). É neste processo que se recusa e crítica o conservadorismo e que se encontram as raízes de um projeto profissional novo.

Reconhecemos também que neste mesmo contexto histórico em que a profissão desenvolve seu posicionamento e amadurecimento, há uma reestruturação do capital que afeta diretamente a profissão e expõe desafios para a consolidação deste projeto que vem sendo construído até hoje. Iamamoto vai dizer que para tanto “requer remar na contracorrente, andar no contravento” (2015, p. 141). Este processo de transformação não implicou somente para o Serviço Social, mas também para a sociedade como um todo, pois se modificaram as relações sociais, esta que coisifica os sujeitos, aplicam suas formas de dominação, aglutinando as múltiplas refrações da questão social. Com o advento do neoliberalismo, a partir do surgimento de novas demandas, rebatimentos à profissão e das diversas outras implicações inerentes da sociedade capitalista, Iamamoto salienta que estão postos os desafios para a atuação e formação profissional.

“[...]o nosso Projeto Ético Político, pautado no Código de Ética, na Lei de Regulamentação é tudo sempre uma defesa intransigente da liberdade, do direito humano, dos direitos das pessoas, né? De se acabar com as desigualdades, do reconhecimento da, da questão de classe, né? Vendo que o sistema, econômico, social, do capitalismo que produz a desigualdade, então assim! Toda nossa legislação, que ampara nossa profissão, ela desde o que a gente teve lá na década de 70? Reconceituação. [...] Então, a legislação nossa, o nosso Código de Ética ele é todo pautado nesse sentido de defesa intransigente das liberdades, das pessoas, né? Por que assim, a gente tinha uma coisa de defesa da instituição, defesa da sociedade e aí assim, você muda o foco para defesa do usuário[...] Então assim, tem muito a ver quando você não só a Política de Humanização mais toda a Política de Saúde tá, ela vai tá sempre em conformidade com os objetivos que é da nossa, da nossa, dá legislações também, né? Que é de defesa das pessoas, defesa do direito das pessoas, o protagonismo das pessoas agora assim, a nossa Legislação ela é a mais radical da defesa desses direitos, né? [...]Projeto Ético Político é uma legislação de profissão que têm uma dimensão também do que a gente quer pra estrutura do país. Porque se a gente for também só olhar o nosso cotidiano, a nossa, como as coisas são, você também só reproduz isso, eu acho que o Projeto Ético Político ele dá bases para você pensar a sociedade projetando também, né? Alguns dizem que isso é utópico, não é matéria de profissão, mas eu acho que assim, que qualquer profissão ela vai ter essas dimensões, entendeu? Você vai pensar a profissão em si e pensar a profissão na sociedade onde ela tá, qualquer profissão vai ter isso. Mas, a nossa profissão deixa isso mais claro eu acho isso fica mais claro nas suas legislações e o SUS eu acho que foi também a legislação que não é a toa que ele está sendo tão atacado, não é a toa que ele tem uma dificuldade imensa pra ser totalmente implementado. A Política de Humanização não é a toa que ela não é implementada em muitos de seus aspectos, justamente porque ela traz uma defesa mais radical do direito das pessoas[...]” (Entrevistado 9)

Como bem destacou a única profissional que melhor compreendeu a perspectiva da pergunta que lhe foi atribuída, o PEP é a autoimagem da profissão, para além de disseminar as atribuições privativas e as competências profissionais ele é uma afirmação ideológica da profissão, sua matriz é pautada na teoria social de Marx estabelecendo seu comprometimento com a classe trabalhadora, tomando por base publicação do CFESS (2006) buscando em sua dimensão política a defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação da liberdade como valor central, autonomia, emancipação, e pleno desenvolvimento dos sujeitos, a defesa e aprofundamento da consolidação da cidadania e democracia, defesa da equidade e da justiça social universalizando o acesso aos bens e serviços, buscando a socialização da riqueza socialmente produzida e da participação política. No que tange ao ponto de vista estritamente profissional, implica o compromisso da qualidade na prestação de serviços, a competência profissional e articulação com outros profissionais e trabalhadores. Está vinculado a um projeto societário em defesa de uma nova ordem social, sem exploração e dominação de classe, etnia e gênero, com o repúdio do arbítrio e do autoritarismo, comprometidos com a eliminação de todas as formas de preconceito.

Netto (1999) afirma que apesar deste projeto ser hegemônico na categoria, não significa que este seja o único no corpo profissional. O autor ainda salienta que dois elementos contribuíram para a sua hegemonia, sendo estes:

O primeiro foi o crescente envolvimento de segmentos cada vez maiores do corpo profissional nos fóruns, nos espaços de discussão e nos eventos profissionais – bem como a multiplicação e descentralização desses fóruns, espaços e eventos. O primeiro foi o crescente envolvimento de segmentos cada vez maiores do corpo profissional nos fóruns, nos espaços de discussão e nos eventos profissionais – bem como a multiplicação e descentralização desses fóruns, espaços e eventos. [...]O segundo consistiu no fato de que as linhas fundamentais deste projeto estão sintonizadas com tendências significativas do movimento da sociedade brasileira (do movimento das classes sociais) [...] Numa palavra: este projeto profissional vinculou-se a um projeto societário que, antagônico ao das classes proprietárias e exploradoras, tem raízes efetivas na vida social. Neste sentido, a construção deste projeto profissional acompanhou a curva ascendente do movimento democrático e popular que, progressista e positivamente, tencionou a sociedade brasileira entre a derrota da ditadura e a promulgação da Constituição de 1988 (p. 17-18)

Simionatto em artigo publicado pelo CFESS (2009) vai dizer que com os crescentes rebatimentos, as alterações no mundo do trabalho, a ofensiva neoliberal e das alterações nas relações da sociedade capitalista ao longo dos anos tem colocado em xeque os pressupostos estruturais deste projeto, a autora identifica ao menos duas direções dessas repercussões: a primeira diz respeito ao constante da teoria marxista e da razão dialética, que está no campo do conhecimento, e leva aos profissionais a fortalecerem um neoconservadorismo da prática, o segundo reflexo apontado pela autora evidencia-se no campo do exercício profissional com as

novas exigências, a alteração das condições de trabalho e as novas demandas encaminhadas à profissão e nas respostas que são mobilizadas para as responder as expressões da questão social.

“[...] As pessoas são contratadas sem nenhuma capacitação. Antes de humanizar o hospital é necessário humanizar as pessoas que trabalham aqui. Temos também a falta de recursos, mas quando você tem a real vontade de fazer, podemos enxergar uma melhoria nas coisas. As pessoas que são colocadas aqui, seja na direção, seja na gestão de equipes não tem a habilidade para lidar com o outro. Por exemplo o direito do paciente aqui jamais é respeitado! Infelizmente. Ele acaba sendo uma massa de manobra, tratado como um número somente. O Serviço Social acaba legitimando tudo isso! Porque o nosso PEP ele vai dizer o contrário. Tudo bem que o Serviço Social, como contratado da instituição ele a representa, mas pelo menos que ele dê ao usuário orientações e ferramentas para que possa transformar essa realidade, para que ele possa lutar pelo direito. Agora ter um Serviço Social que faz um paliativo fica complicado. Você vê? O hospital não tem um organograma, você não tem definido quais são os papéis de cada um, ou seja, você não tem algo que seria o básico. Você vê...Olha cada setor aqui tem a sua responsabilidade? Não! Não há clareza nos papeis, não tem nada muito definido. As pessoas que entram para a gestão acabam pactuando com isso, ou por não saber, ou por não querer, não sei! Deveria caminhar tudo junto, o PEP não existe aqui, alguns profissionais não seguem o PEP. Há uma prática paliativa na questão da garantia dos direitos do paciente. É difícil até de falar isso, eu me incluo nesse processo porque faço parte da equipe, tenho feito muitas capacitações e em todas vejo o que temos feito, o que não temos, né?” (Entrevistado 10)

Ainda tomando por base a autora citada acima, as novas exigências têm imposto ações cada vez mais multifacetadas, voltadas à eficiência técnica e ao imediatismo na resolução dos fenômenos sociais, limitando sua atuação em meros procedimentos burocráticos. Iamamoto (2015) salienta que neste sentido os profissionais ao cair no fatalismo, estes enxergam a superação desta realidade vigente como algo utópico. Simionatto em conformidade, descreve que o Serviço Social na atualidade se defronta com “duas grandes tendências teóricas”: o neoconservadorismo da prática, onde o profissional é restrito a atenção focalizada e restrita às demandas do mercado de trabalho e a outra que está relacionada a tradição marxista onde se compreende o exercício profissional a partir de uma perspectiva de totalidade.

“[...] Então é no dia-a-dia do fazer profissional, que se correlacionam esses documentos, na prática de construção, correlação, pois somos técnicos operacionais e não tem como ter essa prática profissional sem leitura, sem conhecimento, e eu preciso saber correlacionar tudo também no atual momento político que estamos vivendo. [...]” (Entrevistado 1)

Algo que gostaríamos também de salientar é acerca dos rebatimentos à formação profissional, Iamamoto (2015) salienta que com a contrarreforma do ensino superior, que estabeleceram a partir de um documento mundial, parâmetros que caracterizaram a ampla mercantilização do ensino e o estreitamento do vínculo universidade-mercado, frente ao aumento da inserção da classe trabalhadora no âmbito das universidades via cotas, com o crescimento das formas de graduação em EAD, estão postas também para a formação

profissional em Serviço Social na contemporaneidade a necessidade de construção de uma cultura democrática, onde a formação profissional possa viabilizar condições para a formação de novos profissionais comprometidos ao processo de criação de uma nova cidadania, com equidade e justiça social, buscando a ampliação dos espaços de trabalho, alargando as possibilidades de intervenção e consolidação dos direitos e a identificação, reflexão, conhecimento da realidade social, em sua totalidade para uma efetiva transformação, o desafio que está posto é formar profissionais capazes de atuar na realidade a partir de uma concepção crítica, do “concreto pensado” indo para além da aparência a fim de se construir estratégias efetivas e eficazes.

“Talvez sejamos os profissionais mais qualificados para estar implementando a PNH, porém nosso próprio Conselho não tem esse debate ativo. Estamos aí para representar aqueles que não tem voz, uma forma de fazer valer as leis que já existem, porém não há a efetivação disso, nós é que devíamos estar nesse espaço buscando a efetivação dessas leis. Nesse sentido o conselho deveria estar oferecendo capacitações gratuitas para os profissionais com relação a PNH. Sinto a ausência do Conselho.” (Entrevistado 5)

Para tanto gostaríamos de salientar acerca da importância da formação continuada, onde está, segundo o CRESS (2013) é vista como um desafio para os profissionais que muitas das vezes a compreendem no sentido de “como fazer” ou “executar” por meio de capacitações, cursos, tendo uma visão mecânica de técnicas para responder às demandas do mercado de trabalho.

Desse modo, é fundamental desmistificar esses processos e tomar a formação continuada como processo de aperfeiçoamento com vista a qualificar o Assistente Social para o trabalho profissional na direção do compromisso com a classe trabalhadora, na construção de uma sociedade sem classes. (CAMARGO et al, 2013, p. 8)

Uma estratégia importantíssima para materializar este processo está lotada na sistematização da prática profissional, como a reflexão do cotidiano, de sua documentação profissional, não só para a formação continuada, mas também como se fazendo imprescindível para o fortalecimento do projeto ético político da profissão, como elemento vital para apreender a realidade e construir estratégias de intervenção nos seus diversos espaços ocupacionais, como salienta Almeida (1995).

“[...]através do compartilhamento de todo conhecimento que as legislações da profissão nos permite sendo um participante ativo, com competência para elaborar, propôr e executar políticas, projetos, pesquisas, programas que visem materializar a PNH na unidade.”(Entrevistado 8)

Simionatto (2009) vai dizer que se faz necessário o enfrentamento dessas questões a partir da apropriação das três dimensões que norteiam a nossa prática, atrelados a participação

continua nos espaços de controle social e nos espaços dos conselhos da profissão, para então traçar estratégias de transformação. Iamamoto (2015) descreve que o desafio é romper com as visões endógenas da profissão, buscando ser profissionais comprometidos com os instrumentos norteadores de sua identidade profissional, rompendo com o imediatismo, e tendo o objetivo de transformar a sociedade. No âmbito da formação a autora afirma que é indispensável uma formação qualificada no que tange aos conhecimentos e habilidades preconizadas na direção social da profissão que nos permite compreender, vislumbrar e antecipar as ações através da apreensão histórica, e uma análise de totalidade que nos possibilita chegar na essência do objeto, reafirmando assim nosso projeto ético político. Sendo assim, ao se apropriar de todo seu arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo o Serviço Social detém os meios pelos quais é possível traçar as estratégias necessárias para a adaptação e materialização da Política Nacional de Humanização, pois ocupa na unidade posições estratégicas que lhe permitem apreender todos os fenômenos apresentados na realidade do município de Duque de Caxias e consequentemente as múltiplas expressões da questão social que chegam cotidianamente à este espaço institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com as inquietações, reclamações, demandas dos usuários, no que tange a direitos violados, bem como a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a subjetividade e particularidade de cada sujeito, estando esses profissionais enredados pela burocratização e hierarquização na prestação e gestão dos serviços de saúde foi o que nos motivou a realizar esta pesquisa, com o foco em dar resposta a todos os usuários, familiares, trabalhadores e gestores que estão envolvidos neste processo buscamos apontar os limites e possibilidades para a materialização da Política Nacional de Humanização na unidade do Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.

Utilizamos algumas categorias teóricas para compreender o momento atual que a saúde se encontra, entre elas podemos destacar: a política de saúde no Brasil a partir do século XVIII o trabalho do Assistente Social e sua trajetória na atuando na política de saúde. Os espaços de controle social referentes a política de saúde com base na constituição de 1988, a ofensiva neoliberal frente à reforma sanitária, e também a política social juntamente com a Política Nacional de Humanização.

Com a análise dos dados, podemos compreender que muito temos no que avançar, para se galgar atendimentos dignos, de qualidade e que efetivem o que prima tal política e o SUS em sua totalidade. Reconhecemos, que é necessário romper com o modo tradicional de se coordenar, planejar, avaliar e supervisionar o fazer em saúde, contemplando a PNH não como senso comum de assistencialismo, de voluntarismo que rodeia a concepção de alguns profissionais a medida em que vinculam a política à ideia de se “tratar bem” o paciente, retirando dela o caráter de direito.

A PNH reitera a necessidade de transformar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários, modificando os modelos de atenção e gestão já existentes a fim de dar voz, responsabilidade, ampliar a participação dos usuários no processo, e promover um trabalho coletivo, onde todos buscam o mesmo objetivo, com uma atuação interdisciplinar na qual os profissionais apoiam-se uns aos outros em suas especialidades e experiências, formando equipes estratégicas de referência para a tomada de decisões. Para tanto, a mesma dispõe de método, diretrizes e dispositivos que direcionam a transformação dessas relações nas unidades de saúde, sendo assim ratificamos a necessidade do HMMRC implementá-la em seus serviços, sabendo que esta política para além da inclusão como um de seus principais objetivos, também prevê como resultados a redução de filas e do tempo de espera, um atendimento acolhedor e

resolutivo, a garantia dos direitos dos usuários e a valorização do trabalho em saúde, sendo desde 2003 obrigatória nos espaços institucionais de serviços de saúde.

No que tange ao Serviço Social, a pesquisa nos possibilitou identificar que para além de alguns profissionais estarem em precarizados vínculos institucionais, outros também sofrem com os principais reatamentos ao mundo do trabalho como salários atrasados, a equipe de Serviço Social deste espaço sócio institucional não possui projetos implementados, não se tem realizado debates coletivos para se pensar estratégias de enfrentamento às questões que perpassam seu cotidiano profissional, bem como aos limites existentes para a materialização da PNH na referida unidade. Ainda que estejam integrando, o Núcleo de Segurança do Paciente junto à gestão, as temáticas que são levantadas nas reuniões não são compartilhadas com a equipe, e até então nada com relação a PNH foi efetivamente implementado, ou modificado na unidade.

De acordo com a análise dos dados levantados neste estudo, poucos profissionais souberam efetivamente nos responder, de que forma buscam correlacionar a sua práxis, fundamentada com seu arcabouço de legislações, com a política em questão, o que nos levou a evidenciar tamanha fragmentação no que se refere ao conhecimento destes documentos que juntos compõem o projeto ético político do Serviço Social.

Desta forma compreendemos a importância de ressaltar a educação permanente para além do executar e como fazer, mas como estratégia de fortalecimento do projeto profissional por meio da sistematização da prática no cotidiano a fim de superar as concepções endógenas da profissão e a dicotomia entre teoria e prática.

[...] o Assistente Social é chamado a constituir-se no agente institucional de “linha de frente” nas relações entre a instituição e a população, entre os serviços prestados e a solicitação dos interesses por esses mesmos serviços. Dispõe de um poder, atribuído institucionalmente, de selecionar aqueles que têm ou não direito de participar dos programas propostos, discriminando, entre os elegíveis, os mais necessitados, devido à incapacidade da rede de equipamentos sociais existentes de atender todo o público que teoricamente, tem acesso a eles. [...] A estas atividades é acrescida outra característica da demanda: a ação de persuadir, mobilizando o mínimo de coerção explícita para o máximo de adesão[...] a esta se soma a ação “educativa” que incide sobre os valores, comportamentos e atitudes da população, segundo padrões sócio institucionais dominantes”. (IAMAMOTO, 1998, p. 113).

Nesta perspectiva a educação permanente é trabalhada na PNH como a articulação do ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento, desenvolvendo a capacidade pedagógica de problematizar e identificar os pontos de tensão, as principais demandas etc, a fim de traçar coletivamente manuais, protocolos, fluxos, projetos que visem

efetivamente produzir a humanização. Trazemos, como componente indispensável neste ponto também a valorização do trabalhador, algo que foi amplamente aclamado por todos os participantes da entrevista, com treinamentos e planos de qualificação para todos os profissionais pautados na PNH.

Atualmente não há como a profissão de Serviço Social ficar à margem da PNH no cotidiano de suas ações na política de saúde, pois o Assistente Social participa da equipe multiprofissional, este que é o modelo de trabalho em equipe vigente no HMMRC e que não encontra-se com as diretrizes e normativas que regem a PNH implementados, dispõe de aparatos privilegiados para debater e fomentar propostas de humanização nesses espaços. A partir de seu projeto profissional, cabe ao Assistente Social reiterar o compromisso da qualidade dos serviços prestados, a ampliação do acesso universal, a inclusão e participação dos usuários, bem como a consolidação de seus direitos estabelecidos.

Ressaltamos aqui, que este trabalho depende também da participação de outros profissionais como prevê a lógica de trabalho da PNH onde inverte-se o saber fragmentado para a construção de saberes coletivos que possam de forma crítica transformar as relações no processo de saúde, estimulando a transversalidade, propondo uma agenda de iniciativas humanizadoras e melhorando a comunicação e interação do equipamento com a comunidade em que está inserida.

Diante da conjuntura atual no país, o CFESS (2018) em análise publica o manifesto: “É preciso não ter medo, é preciso ser maior!” e afirma que o contexto político em que estamos põe em risco o estado democrático, as instituições brasileiras, a liberdade individual e coletiva, os direitos sociais, onde se radicaliza o neoliberalismo e aprofunda-se a submissão do país ao capital internacional, amplia -se o autoritarismo, a violência, o ódio e o moralismo, para favorecer seus próprios interesses, o preço à se pagar é a violação dos direitos humanos, da progressiva extinção da proteção social e do trabalho, como já vimos com o retrocesso da contra reforma trabalhista que se caracteriza como um ataque cruel à classe trabalhadora, onde a mesma prevê segundo o CFESS (2017) em manifesto contrário à esta medida aprovada, a ampliação da lucratividade dos empregadores, a atenção aos interesses da burguesia no Brasil e de outros países, permitindo a “predominância do Negociado sobre o Legislado em relação a vários direitos do trabalho já estabelecidos” esta que atrelada a ameaça da contra reforma da previdência poderá levar ao acirramento das desigualdades sociais já latentes e consequentemente ao aprofundamento das múltiplas expressões da questão social, cabe aos Assistentes Sociais estarem munidos com base na direção social de seu projeto coletivo a fim

de reafirmar seu compromisso com a classe trabalhadora, reconhecendo-se como parte integrante, na luta e resistência posicionando-se em defesa dos direitos humanos e buscando à construção de uma nova ordem societária, com equidade e justiça social.

Por fim, ressaltamos que não nos propomos com a realização desta pesquisa esgotar o debate acerca do tema em tela, mas sim ter motivado a sua exploração e continuidade. Acreditando ter contribuído para a elucidação das possibilidades e limites no que tange à materialização da PNH, esperamos que com o presente trabalho tenhamos colaborado para a reflexão sobre a necessidade e importância de adoção de melhorias e estratégias que possibilitem a implementação efetiva da Política Nacional de Humanização no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social: Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social ABEPSS, Rio de Janeiro, 1996.

_____. Diretrizes gerais para os Curso de Serviço Social. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em 15/10/2018.

ABRASCO. Teto de gastos trará grande retrocesso na Saúde, avalia especialista em Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaao/teto-de-gastos-trara-grande-retrocesso-na-saude-avalia-especialista-em-saude-coletiva/29742/> Acesso em 21/04/18.

ALMA(NAQUE) da Baixada / Alex Lamonica Magalhães...[et al.] – Rio de Janeiro: APPH-CLIO, 2013.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. Revista Em Pauta da Faculdade de Serviço Social da UERJ- nº 10,1997.

ALVES, Gláucia Lelis. Processos de trabalho, precarização e Serviço Social: uma relação necessária! Revista O Social em Questão - Ano XVIII - nº 34 – 2015.

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 6, n. 1, p. 35-52, maio 2015. ISSN 1676-6806. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634944/2829>>. Acesso em: 09 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.20396/sss.v6i1.8634944>.

AMMANN, Safira Bezerra. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil – 10ª ed – São Paulo: Cortez 2002

ANTUNES, Ricardo (1998) Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho (São Paulo: Cortez)

BARROCO, Maria Lucia Silva, Sylvia Helena Terra - Código de Ética do Assistente Social Comentado - Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, (organizador) - São Paulo: São Paulo - Cortez, 2012

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: fundamentos e história – 9ª. ed. –São Paulo: Cortez 2011 (Biblioteca básica de serviço social; v. 2)

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. 1 ed. Brasília: Distrito Federal, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

_____. BRASIL, Rede HumanizaSUS, Sobre a Política Nacional de Humanização, a Reforma Psiquiátrica e a construção de pontes. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/92571-sobre-a-politica-nacional-de-humanizacao-a-reforma-psi-quiatrica-e-a-construcao-de-pontes/> Acesso em: 14/11/18

_____. Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Saúde (11.: 2000: Brasília, DF). 11.ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 1. ed., 1.ª reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde : valorização dos trabalhadores da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde

/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde: A Humanização com Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS, 2004, p. 9-10 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004,.pdf Acesso em: 14/11/18

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Acesso em 20/04/18

_____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, Brasília, DF,set,1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Brasília, DF, dez, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 1)

BRAVO, Maria Inês Souza " Da distensão política à transição democrática: a questão da Saúde e o Serviço Social" In: Serviço social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais, São Paulo, Cortez, Ed. UFRJ, 1996.

_____. Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000, p. 103-116. Maria Inês Souza - Política de Saúde no Brasil. Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf/ Acesso em 16/04/18.

_____. Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

_____. Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio históricos 1º Ed. Editora Cortez, 2013.

_____. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais / Maria Inês Souza Bravo. – 4ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

_____. Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio históricos 1º Ed. Editora Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Saúde e Serviço Social. BRAVO, Maria Inês Souza et. al. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza.; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: ed. Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO, Maria Angelina Baía de Carvalho de Almeida; LOPES, Elaine Sardinha; OLIVEIRA, Aline de Jesus. CRESS- III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais: FORMAÇÃO CONTINUADA: ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO PROJETO ÉTICOPOLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL 2013. Disponível em: http://www.cress.mg.org.br/arquivos/simposio/FORMA%C3%87%C3%83O%20CONTINUADA_%20ESTRAT%C3%89GIA%20DE%20FORTALECIMENTO%20DO%20PROJETO%20%C3%89TICO Acesso em: 14/11/18

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol 13, nº. 1, Jan/Fev, 2005. p.105-11. ISSN 0104 – 1169. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 22/05/18

CASSIN, Marcia. Pereira da Silva - As políticas sociais nos governos do pt e a consolidação da hegemonia burguesa no Brasil. Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social do município de Pedra Dourada – MG e Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ: Anais do IV Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo

Horizonte, 2016. Disponível em: mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/51/514a6740-1dd0-41f4-816c-dab246355b89.pdf. Acesso em 18/05/18.

CEBES. A questão democrática na área da saúde, 2015 Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/> Acesso em: 18/04/18.

CFESS Manifesta: 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2015-CfessManifesta-15ConfSaude-Site.pdf>. Acesso em: 27/10/2018.

_____. Assistentes Sociais no Brasil – Elementos para o estudo do perfil profissional/Organizado Conselho Federal de Serviço Social: colaboradores Rosa Prêdes [et al]. Brasília - CFESS - 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf Acesso em: 17/05/18.

_____. Manifesta - Análise: “É preciso não ter medo, é preciso ser maior”! Brasília (DF), 22 de outubro de 2018 Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018-CfessManifesta-Conjuntura-EprecisoNaoterMedo.pdf> Acesso em: 08/11/18

_____. Compromisso ético, político e profissional. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/folder_cofisite.pdf . Acesso em: 15/10/2018

_____. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

_____. Manifesta - Edição Especial: A contrarreforma trabalhista Brasília (DF), 12 de julho de 2017 Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-ContrarreformaTrabalhista.pdf> Acesso em: 12/11/18.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA, Danielle Lima. A Política Nacional de Saúde: O Assistente Social e os Desafios de uma Ação Interdisciplinar. Conteúdo Jurídico, unopar, 2017

_____. A Política Nacional de Saúde: O Assistente Social e os Desafios de uma Ação Interdisciplinar. Conteúdo Jurídico, unopar, 2017

_____. A Política Nacional de Saúde: O Assistente Social e os Desafios de uma Ação Interdisciplinar. Conteúdo Jurídico, unopar, 2017

DUQUE DE CAXIAS. Câmara Municipal de Duque de Caxias. Disponível em: <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Leis/Leis%20Municipais/leis%20dc/2001/12%20DEZ/1608%20-%20Cria%20novas%20Vagas%20no%20Quadro%20Permanente.pdf>. Acesso em: 21/09/18.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Saber profissional e poder institucional. São Paulo: Cortez, 2011.

FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Atenção à saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 23/10/18

FIOCRUZ. Carlos Chagas - Instituto Oswaldo Cruz - Ciência e Saúde desde 1900. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=151&sid=76>. Acesso em: 12/11/18

GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf / acesso em 11/06/18.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social - 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERRA, Yolanda, A Instrumentalidade do Serviço Social. Ed. São Paulo, Cortez. 2014.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional, <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf> , acesso em 27/10/2018.

HARVEY, D. Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara Sobral; Maria Stella Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1992.

_____. O Novo Imperialismo. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26. Ed. São Paulo, Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela, Raul de Carvalho. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico- metodológica. São Paulo, Cortez, 2005

JUNIOR, Reginaldo Pereira França; LARA, Ricardo. Trabalho e Ser Social: reflexões sobre a ontologia lukacsiana e sua incidência no Projeto Ético-Político Profissional Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 20 - 31, jan./jun. 2015

JUSBASIL. Aspectos bioéticos da quarentena humana. Disponível em: <https://professoragiseleite.jusbrasil.com.br/artigos/454088789/aspectos-bioeticos-da-quarentena-humana>. Acesso em: 27/10/2018.

MAGALHÃES, Selma Marques – Avaliação e Linguagem: relatórios, laudos e pareceres – 3ª ed. – São Paulo, 2011

MARTINELLI, Maria Lucia. O exercício profissional do assistente social na saúde: algumas reflexões éticas. Revista Serviço Social & Saúde, ano VI, n. 6.

Métodos e técnicas de pesquisa social. Disponível em: ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisasocial.pdf / acesso em 11/06/18.

MATSUKI, Edgar. Surto, epidemia, pandemia e endemia: entenda qual é a diferença entre eles por: Edgard Matsuki Do UOL, em Brasília 03/03/2015 <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/surto-epidemia-pandemia-e-endemia-entenda-qual-e-a-diferenca-entre-eles.htm> acesso em 25/10/18

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade - 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de saúde: o Brasil falando como quer ser tratado. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. Acesso em 05/05/18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário PNH. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/glossario-pnh>. Acesso em: 23/10/18

MONTAÑO, CARLOS A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução, Cortez 2007

MOTA, Ana Elizabete et. al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. et al. Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Ed. Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIOTO, Célia Tamasso Serviço Social & Saúde - Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a Discussão das ações no campo da saúde. Unicamp Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

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

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. Disponível em:
http://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf.
 Acesso em 15/10/18

NOGUEIRA, Vera. Maria Ribeiro.; MIOTO, Regina. Celia. Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e o CEBES / Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: CEBES, 2012

VIEIRA, Julia. Combate Racismo Ambiental. Plano de desmonte oficial do SUS foi formalmente apresentado em Brasília. Disponível em:
<https://racismoambiental.net.br/2018/04/11/plano-de-desmonte-oficial-do-sus-foi-formalmente-apresentado-em-brasilia/>. Acesso em 01/05/18.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Décadas de espanto e uma apologia a democracia Disponível em: <https://isolturmaj.files.wordpress.com/2015/10/wanderley.pdf>

SIMIONATTO, Ivete. Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social: elementos para o debate, Monografia para o Concurso de Professor Adjunto do Departamento de Serviço Social, Florianópolis, 2005.

SILVA, Maria Liduína de Oliveira (Org.). Serviço Social no Brasil. História de Resistências e de Ruptura com o Conservadorismo. Ed. São Paulo, Cortez, 2016

SOUSA, Taniolo Charles. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4025382.pdf/> Acesso em: 15 de Out. de 2018.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: In: CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS; ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, A. M. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.P. 42

VIANA, Rejane Vieira. A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura. Brasília:2004

ANEXO A – MODELO TCLE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Quais as possibilidades e limites para a atuação da equipe de Serviço Social que atua no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no município de Duque de Caxias, no que tange a materialização da Política Nacional de Humanização? Você foi selecionado por ser Assistente Social do Hospital Municipal Dr Moacyr Rodrigues do Carmo desde o ano de 2013, período em que a Política Nacional de Humanização completa 10 (dez) anos de publicação e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são conhecer a compreensão acerca da Política Nacional de Humanização na concepção da equipe de Serviço Social; Identificar quais as possibilidades e limites para a materialização da Política Nacional de Humanização na concepção da equipe de Serviço Social; Correlacionar a Política Nacional de Humanização com as legislações profissionais na concepção da equipe de Serviço Social e apreender as estratégias adotadas pela equipe de Serviço Social para superar os limites apresentados para a materialização da Política Nacional de Humanização na referida unidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista previamente elaborada acerca da temática deste estudo.

Os riscos relacionados com sua participação são, dentre outros, a falta de motivação para responder as perguntas que lhe serão feitas, ou a inadequada compreensão do significado das mesmas.

Os benefícios relacionados com a sua participação neste estudo se dão na perspectiva da crescente e atual necessidade de refletir acerca da temática na unidade, e na sociedade como um todo, bem como para a realização desta pesquisa tendo em vista o escasso nível de produção acadêmica sobre esta política.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação pois a identidade nominal será substituída por letras ou números.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis:

Orientador: Diego A. Rivas dos Santos- tel: 96974-6356

email: diego.santos@unigranrio.edu.br

Pesquisadoras:

Amanda Oliveira Gomes da Rocha - tel: 99759-1456

ou no email: amandarocha@unigranrio.br

Michele Domingos Coelho - tel: 98960-0678

email: michele.coelho@unigranrio.br

Natalia Martiliano Rodrigues – tel: 97637-5393

email: nmartiliano@unigranrio.br

Sandra Helena Rodrigues Vieira - tel: 99262-4057

email: svieira@unigranrio.br

Diego A. Rivas dos Santos - Orientador

Amanda Oliveira Gomes da Rocha

Michele Domingos Coelho

Natalia Martiliano Rodrigues

Sandra Helena Rodrigues Vieira

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 2018.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por Política Nacional de Humanização?
2. Qual a importância da Política Nacional de Humanização na Saúde?
3. Para você quais são as possibilidades de materialização da Política Nacional de Humanização neste espaço em que está inserida?
4. Em sua concepção, quais os limites para a materialização da Política Nacional de Humanização apresentados na unidade?
5. Quais estratégias adotadas pela equipe de Serviço Social para superar os limites postos para materialização da PNH no Hospital Municipal Drº Moacyr Rodrigues do Carmo?
6. De que forma você correlaciona o código de ética profissional, a Lei de regulamentação da profissão, o Projeto ético político e as Diretrizes curriculares da ABEPSS com a PNH?