

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA JOSÉ CAETANO DO AMARAL

AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE PUERICULTURA MARTAGÃO
GESTEIRA FRENTE ÀS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS.

RIO DE JANEIRO

2015

MARIA JOSÉ CAETANO DO AMARAL

AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE PUERICULTURA MARTAGÃO
GESTEIRA FRENTE ÀS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau em
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Rosana Morgado

RIO DE JANEIRO

2015

MARIA JOSÉ CAETANO DO AMARAL

AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE PUERICULTURA MARTAGÃO
GESTEIRA FRENTE ÀS DEMANDAS DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS.

Monografia apresentada à Banca da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof.^a. Rosana Morgado.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____.

Banca examinadora

Prof^a Rosana Morgado – Orientadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Joana Angélica Barbosa Garcia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Fátima da Silva Grave Ortiz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

2015

Dedico este trabalho a todos os familiares, amigos em geral, professores e colegas de turma que estiveram presentes em minha vida e que direta ou indiretamente contribuíram na minha formação profissional e na execução deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me consentido a vitória, que me guardou, iluminou e me protegeu;

A minha querida e amada mãe Nancy são poucas palavras para expressar meu amor incondicional, pois muito mais que mãe é minha amiga e meu escudo contra todas as coisas ruins, e quando olho para trás vejo quão importante foi sua presença ao transcender os obstáculos surgidos;

Ao meu esposo Mauricio por toda ajuda a mim dispensada, inclusive dedicando parte do seu tempo à orientação aos trabalhos de alguns colegas de graduação, além de me apoiar, compreender e ser cúmplice e companheiro em todas as horas;

A minha família, em especial a minha irmã e melhor amiga Nancyzinha, por sua amizade e por estar presente em minha vida nos momentos felizes e adversos;

Aos meus amigos de faculdade, Viviane Mel, Luciano e Patrícia, pelas trocas de experiência, das lágrimas, das risadas e dos momentos de nervosismo;

Aos meus colegas de trabalho no Curso de Engenharia de Produção da UFRJ, por estarem sempre ao meu lado;

*Em Especial a duas joias raras que são a **Fátima Gaio** pela humildade, carinho e compreensão, sempre me apoiando, incentivando e aconselhando-me, e **Munique Arlene** pelo grande exemplo profissional, ternura, generosidade e pelos momentos de troca e reflexão que me auxiliaram muito na execução do trabalho, além das diversas palavras de incentivo quando nada parecia fazer sentido;*

À equipe do Serviço Social do IPPMG, Fabiana, Sandra, Renatinha, Munique, Silvestre, Débora e Marcella, que foram parceiros e amigos, especialmente à Dilene por ter me dado a chance de acumular e colocar em prática a experiência desenvolvida em meu estágio profissional;

Aos professores de graduação do Curso de Serviço Social por fazerem do meu aprendizado não um trabalho, mas um contentamento, com destaque à minha orientadora Rosana Morgado pela contribuição, paciência e acima de tudo pela orientação ao longo desse processo de formação;

“É certo que irás encontrar situações tempestuosas novamente, mas haverá de ver sempre o lado bom da chuva que cai e não a faceta do raio que destrói”.

(Charles Chaplin)

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que os ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre”.

(Cecília Meireles)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as ações realizadas pelo Serviço Social no IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, visando garantir o acesso aos direitos sociais às Crianças e Adolescentes portadoras de doenças crônicas e suas famílias. O IPPMG pode ser definido como um hospital de referência pediátrica para o atendimento de condições complexas, compreendendo especialidades de programas, serviços e ações especiais na área da saúde. São subsídios para a discussão os seguintes pontos: a chamada “Questão Social” citando a forma de seu surgimento, seus conceitos e suas grandes transformações econômicas, sociais e políticas, além das tendências do projeto neoliberal com suas características, sua origem, privatizações, ou seja, seus pontos positivos e negativos. Complementando será relatada a implantação, assim como a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Seguridade Social com suas características, seus desmembramentos, os benefícios para sociedade no que se refere às Políticas Públicas de Saúde, destacando no caso da Seguridade Social a integração da saúde, assistência social e a previdência. É bom ressaltar que será abordado também o surgimento e a importância do Movimento pela Reforma Sanitária, destacando a VIII Conferência Nacional de Saúde. Abordaremos neste trabalho o histórico do Serviço Social, sua trajetória, bem como a discussão e diversas expressões da “Questão Social” entendidas como parte da evolução da profissão do Assistente Social, particularmente na área da saúde. Ainda sobre o Serviço Social será discutido sua regulamentação, seus desafios, sua superação de práticas conservadoras à profissão e para tal discorrerá sobre as 3 dimensões que se refere as competências: ético-política; teórico-metodológica e técnico-operativo, além disso, suas especificidades do trabalho do assistente social na área da saúde. Fundamentando o objetivo deste trabalho será explanado suas principais práticas, ações, atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do IPPMG às crianças e os adolescentes portadores de doenças crônicas e sua família, a importância da intersetorialidade dentro da área da saúde e, além disso, suas demandas sociais, seus desafios e enfrentamentos na defesa dos direitos sociais preconizados na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente às crianças e seus familiares.

Este trabalho teve por base teorias e discussões de artigos e os dispositivos e fundamentos preconizados na Constituição Federal, ECA e afins, além das observações sistemáticas no referido hospital.

Palavras-chave: direitos sociais; assistente social; IPPMG.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. AS TENDÊNCIAS DO PROJETO NEOLIBERAL	5
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SEGURIDADE SOCIAL.....	8
1.2 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	9
1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	14
2. SERVIÇO SOCIAL: BREVE INFORMAÇÃO HISTÓRICA	19
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL.....	21
2.2. ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE E SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	24
3. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL NO IPPMG.	37
3.1 O SERVIÇO SOCIAL DO IPPMG.....	37
3.2 INTERSETORIALIDADE.....	41
3.3 PRINCIPAIS PRÁTICAS E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO IPPMG.	44
3.4 ORGANOGRAMA DAS DEMANDAS SOCIAIS E DESAFIOS ENFRENTADOS PELO SERVIÇO SOCIAL DO IPPMG	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

Lista de Figuras

Figura 1 – POPULAÇÃO ALVO	36
Figura 2 – Direitos básicos	43
Figura 3 – Orientação aos Pacientes e Familiares.....	48
Figura 4 - Organograma das Demandas Sociais	50
Figura 5 - Eixos Estratégicos.....	54
Figura 6 - Sistema de Garantia e Direitos	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SGDCA	Sistema de Garantia e Direitos da Criança e do Adolescente
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as ações realizadas pelo Serviço Social do IPPMG, sobretudo, frente às demandas apresentadas pelas famílias de crianças e adolescentes com doenças crônicas.

O interesse pelo tema surgiu a partir da atuação no campo de estágio realizado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG, localizado na Cidade Universitária - Ilha do Fundão– Rio de Janeiro – RJ, onde observamos os desafios enfrentados pelo Serviço Social na busca constante por intervenções às demandas que lhes são apresentadas por estas famílias, num contexto marcado pelo sucateamento das políticas públicas e um cenário de desconstrução de direitos com um Estado mínimo para o social e máximo para o capital. Em outras palavras, ao Estado mínimo cabe garantir e concentrar seu papel executivo nos serviços mínimos, restringindo a atuação econômica direta e negligenciando assim as políticas sociais, na medida em que isto ocorre, o Estado configura-se como “máximo” para o capital. Temos com isso uma das expressões da questão social.

Originalmente, a chamada questão social constitui-se em torno das grandes transformações econômicas, sociais e políticas, ocorridas na Europa no século XIX desencadeadas pelo processo de Industrialização. Essa questão acentuou-se basicamente na tomada de consciência por parte crescente de parcelas da sociedade, tendo em vista o surgimento de novos problemas devido à urbanização, ou seja, aumento do pauperismo como fenômeno socialmente produzido, e em contrapartida a acumulação de riquezas das nações em formação.

O capitalismo já revelava seu caráter degradante, desigual e acima de tudo excludente à sociedade. No entanto, segundo autores, os trabalhadores vão adquirindo consciência política enquanto classe passando a lutar por melhorias das condições de vida e para expressar tal afirmação cita-se (IAMAMOTO e CARVALHO):

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (Iamamoto & Carvalho, 1983, p.77)

Com efeito, nota-se também que a burguesia explorava abusivamente a força de trabalho do operariado. Segundo o filósofo alemão Karl Marx, este fenômeno denominou-se de mais valia, ou seja, o pagamento de baixíssimos salários e a exploração intensa da mão de obra operária, o que gerava aumento dos lucros para poucos (classe dominante). Para ratificar este fato, Mandel (1998) apud Netto e Braz (2007, p.115) afirma:

Pode-se definir trabalho produtivo como todo trabalho que se troca por capital [...], ou seja, todo trabalho que enriquece a um ou vários capitalistas e que lhes permite apropriar-se de uma parte da massa global de mais-valia produzida pela massa global de trabalho assalariado que produz valor. [...] Todo trabalho assalariado contratado pela empresa capitalista – em contraste com o trabalho doméstico [...] – entra nesta categoria.

Neste cenário, a jornada de trabalho era intensa e aliada a nenhuma legislação que lhes assegurassem qualquer tipo de direitos, fossem empregos com salários melhores, moradia digna, educação, saúde e higiene, tão pouco oferta de políticas públicas primordiais para sua existência estando entregue a própria sorte. Devido a estas condições, tornou-se necessária uma organização do proletariado para melhores condições de vida e de trabalho em busca de uma cidadania social.

Por tudo isso, se constata que a questão social deixa de ser entendida apenas como uma fatalidade entre os favorecidos e os menos favorecidos: constitui-se de fato na contradição antagônica entre a burguesia e o proletariado.

De acordo com Marx e Engels (1998), somente a partir da luta dos trabalhadores em determinados momentos é que a classe burguesa sente seus valores serem ameaçados, tais como a moral, a religião e a ordem pública, ensejando desta forma a necessidade do controle social.

Por isso, o Estado por sua vez, combaterá a organização e reivindicação do proletariado de maneira coercitiva, através do aparato da repressão policial e desta forma o aumento da miséria da classe operária tem a mesma proporção da expansão da acumulação da riqueza da burguesia.

Quanto as Políticas Sociais assim como o Serviço Social na realidade Brasileira devemos reportar ao contexto das contradições da sociedade capitalista, ou seja, a produção coletiva de riqueza e apropriação privada, segundo Netto (2007; p.165 - §1º),

Eis a contradição fundamental do MPC: a produção torna-se socializada; mas: essa socialização é progressivamente aprofundada, envolvendo o conjunto das atividades econômicas em escala mundial; a apropriação, porém, permanece privada: o

conjunto dos produtores direitos (os trabalhadores) cria um enorme excedente que é apropriado pelos donos dos meios de produção (os capitalistas).

A argumentação de Netto é extremamente coerente visto que o resultado é a produção da pobreza, pelos baixos salários sejam no mercado de trabalho formal e informal de grande parcela da população e a dependência das demandas do capital.

Estas contradições estão na base da questão social e das políticas sociais e, de acordo com Yamamoto (2001), são “conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado”.

As lutas e mobilizações operárias do século XIX e as duas décadas do século XX trouxeram para cena política e econômica as suas reivindicações, exigindo a necessidade da intervenção do Estado no reconhecimento de direitos sociais e políticos, como: direito à organização e formação de sindicatos - 1903 e 1907; criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões – 1923; Constituição de 1988, que assegurava o direito a educação e a seguridade social, pública, universal, direitos de todos e dever do Estado, integrada pela saúde, assistência e previdência.

Com isso, devido à crise econômica, temos uma maior fragilização das formas de proteção social do Estado, mínimo para o social e máximo para o capital, além da restrição dos gastos, redução dos direitos sociais, configurando uma política social marcada pela fragmentação e centralização do poder, destinada a compensar carências e oferecer legitimidade a grupos de poder com a existência de governos autoritários, fortalecendo uma “política social sem direitos sociais”. Em seu artigo “As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo- Trajetória e Desafios”, Yamamoto diz:

O Serviço Social tem na “questão social” a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho. “Questão social” apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Com referência a Assistência Social no Brasil foi instituída como política pública, direito do cidadão e dever do Estado na Constituição de 1988, garantindo direitos à assistência social na vida dos trabalhadores, que segundo autores, é o início de um processo de mudança em seu ‘*status*’ legal e político.

As diretrizes básicas da Assistência Social são reguladas pela Lei nº 8.742 de 7/12/93- Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estabelecendo competências no âmbito Federal, Estadual e Municipal, a fim de garantir e viabilizar o chamado controle social. Contudo, a proposta não se efetivara já que grandes parcelas da população desconheciam seus direitos. De acordo com Souza (2006), “de um lado, porque o usuário não tem informação sobre seus direitos, de outro, porque o conhecimento desta lei é prerrogativa dos técnicos que com ela lidam em seu cotidiano, sendo, também, praticamente uma estranha para muitos gestores (secretários, prefeitos, governadores)”.

Posto isto, é necessário que de fato ocorra o que dita a LOAS, a descentralização e a municipalização conectadas com a reforma do Estado, proporcionando as organizações locais maiores controles e possibilidades de intervir nas decisões das várias instâncias do poder, pois é no município que o cidadão vive e reconstrói a sua história.

Contudo, a consolidação destes direitos ainda é um grande desafio, é um processo gradual com projetos estratégicos que possam ser garantidos com êxito, dadas às peculiaridades locais, as dificuldades e resistências do poder central (União e Estados), observado no III princípio fundamental do Código de Ética do Serviço Social (1993), que prega a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”.

O presente trabalho está dividido em três capítulos.

No capítulo 1, serão discutidas as tendências do projeto neoliberal, abordando as peculiaridades no que se refere à Seguridade Social no Brasil, assim como a Política de Saúde Brasileira, por entender que sua implantação foi um marco na vida de todos os cidadãos.

O capítulo 2 trará uma reflexão sobre a profissão do Serviço Social, sua origem, bem como seus conhecimentos e competências do assistente social, citando as dimensões (competências) teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativo, além de discorrer sobre seus desafios na área da saúde.

Por último, destacaremos as ações do profissional do Serviço Social neste espaço institucional (IPPMG), entendido como um local contraditório e complexo e com muitas dificuldades. Mostrando a importância da inserção deste serviço na área da saúde tanto para as crianças e adolescentes com doença crônica internada ou em tratamento como para sua

família, efetivando e viabilizando os direitos elencados na Constituição Federal – CF/88 e ECA em 1990.

1. AS TENDÊNCIAS DO PROJETO NEOLIBERAL

No ano de 1995, quando o então presidente Fernando Henrique Cardoso foi eleito, o projeto Neoliberal¹, que segundo Draibe (1993) tem como eixos a descentralização, a focalização e a privatização, foi implantado explicitamente em seu governo, cujas medidas foram o fortalecimento do processo de privatização, corte nos gastos públicos, sobretudo na área social.

Segundo Behring (2003), as políticas sociais nos tempos neoliberais são fortemente tencionadas por algumas tendências em operação; extração de super lucros, supercapitalização com a privatização, e a burguesia gerando um ambiente ideológico. Em geral, traz a redução dos direitos, transformação das políticas sociais em ações pontuais e compensatórias resultante das ações do Estado neoliberal. Temos também, o quadro de retrocesso social da ‘nova’ pobreza.

Acompanhada de pauperização das políticas sociais, aumento da demanda vinculado ao Estado como uma resultante da redução/limitação/desintegração da seguridade na América Latina, desmistificando a idéia de direitos sociais coletivos e sim configurando como assistencialismo focalizado com o mercado livre.

Contradizendo, portanto, o disposto na Constituição de 1988, no que se refere à saúde, o neoliberalismo tem por objetivo acabar com a condição de direito das políticas sociais e assistenciais, com seu caráter universalista, com igualdade de acesso e a responsabilidade de financiamento e execução das mesmas pelo Estado.

¹ O projeto neoliberal implantado a partir do final dos anos 70 com o auxílio das organizações internacionais, como Banco Mundial e o FMI, tem como pilares o individualismo, a privatização das empresas públicas, o enxugamento do Estado em contraponto ao Estado de Bem-Estar-Social, a flexibilização das relações de trabalho. Um maior debate sobre o tema pode ser visto em DRAIBE, S.M.As políticas sociais e o neoliberalismo.

Neste contexto percebemos que a política de saúde brasileira sofre os impactos diretos da implantação do neoliberalismo, sendo possível afirmar, como aponta Bravo e Matos (2001), a existência de dois projetos de saúde com características diferentes. São eles:

- **O Projeto de Reforma Sanitária**, construído na década de 1980, que tem como uma de suas estratégias o SUS, onde uma de suas principais preocupações é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, sendo este responsável pelas políticas sociais, e, por conseguinte, pela saúde. Tem como princípios básicos um maior envolvimento do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública social com controle social².
- **O Projeto Privatista**, que está articulado ao mercado, tem como principais correntes, a contenção dos gastos, a desconcentração de atribuições com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização das ações sociais. O trabalho do Estado nesse projeto se resume em “garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado, o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO e MATOS, 2001:200).

Sem dúvida, o projeto de Reforma Sanitária foi de suma importância nas políticas sociais e assistenciais levando-se em consideração a relação do Estado com a sociedade na perspectiva de incentivar a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, por meio de mecanismos com os Conselhos e Conferências de Saúde que democratizam as informações e dão transparência ao uso dos recursos pelo governo, cujas concepções são pautadas na coletividade e na universalidade, contudo, não se pode negar o acirramento de um sistema neoliberal traduzindo na prática a permanência do Projeto Privatista, que segundo Bravo & Matos (2001:200), expressa um “caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através de pacotes básicos para saúde, ampliação da privatização, estímulo do

² Por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados. O debate em torno dos Conselhos ganha destaque, pois é considerado um dos ganhos trazidos pela Constituição Federal de 1988. Para uma análise sobre os Conselhos ver: GOHN, M.G. Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica. SP.

seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento”além deste projeto ter em suas proposições no individualismo e na fragmentação das políticas sociais.

Resumidamente, podemos observar que o Projeto Neoliberal confronta-se com o Movimento de Reforma Sanitária, que tanto lutou pela construção de uma ação na saúde onde o Estado participasse como executor e implementador de políticas justas, universais e não segregadoras e com participação popular.

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SEGURIDADE SOCIAL

Sabe-se que o Movimento pela Reforma Sanitária trouxe um novo olhar no tratamento da saúde, buscando entendê-la na totalidade das condições objetivas de vida das pessoas e sua inserção na sociedade que se revela nas várias formas da questão social. Exemplo das discussões sobre a configuração da política social foram as Conferências Nacionais de Saúde, dando destaque à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que viria a influir em dois processos que se iniciaram simultaneamente: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)³, que visava a descentralização dos serviços de saúde, enquanto uma estratégia de preparação para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ e a elaboração da nova Constituição Federal⁵.

O SUS foi instituído na Constituição Federal de 1988, marcando, inovadoramente, a política de saúde e atendendo grande parte dos objetivos do movimento sanitário. Segundo Mendes (1999), a saúde na Constituição é definida da seguinte forma:

Resultado de políticas sociais econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser

³ O SUDS foi implantado em 1987, como uma etapa anterior ao SUS e envolvia a descentralização de algumas ações de saúde. No entanto, o SUDS teve vida curta porque a consolidação do SUS, enquanto sistema complexo e dinâmico, era necessária a existência de mecanismos de regulação que dessem conta da descentralização na área da saúde como as NOBs que surgem em 1990.

⁴ O SUS – Sistema Único de Saúde – é um sistema formado por várias instituições públicas nos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e instituições privadas através de convênios e contratos, o setor privado tem que atender o usuário do SUS como se fosse um órgão público, ou seja, usar as mesmas normas do setor público. Conforme definido em sua criação, tem como características atender a todos, de acordo com as suas necessidades, independente se a pessoa contribua ou não para a Previdência Social. Ver em BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

⁵ Um dos avanços dessa Constituição, conhecida como a “Constituição Cidadã”, se deu no campo da concepção de Seguridade Social, englobando as Políticas de Saúde, Assistência e Previdência Social. O tripé da Seguridade Social representou uma considerável conquista social na trajetória da política social brasileira. Para maiores detalhes ver em: BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

promovidos por um sistema único de saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. (MENDES, 1999:62).

Mesmo com a sua instituição pela Constituição Federal de 1988, o SUS só foi regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que expõe sobre o processo de descentralização das competências das diferentes esferas do governo e da organização do sistema, e, pela Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade e os instrumentos de transferência de recursos financeiros às outras instâncias de gerência (NEGRI, 2002).

No entanto, apesar de a saúde ser definida como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (CF/88 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), na década de 90, a saúde brasileira defronta-se com o questionamento do Projeto de Reforma Sanitária e a consolidação do Projeto de Saúde articulado ao mercado.

Para Carvalho (2009), na década de 1990 surge para redemocratização um grande desafio: a ideologia e a implantação da política neoliberal no Brasil, que visa promover a privatização das políticas sociais, diga-se: um desmonte das políticas asseguradas pela Constituição Federal. Segundo Soares (2000), trata-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente, denominado de neoliberal, que tem por base a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma nova pobreza.

1.2 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A partir da aprovação da Constituição de 1988, um dos maiores avanços no que se refere à proteção social foi à integração da Saúde, Assistência Social e a Previdência Social que passaram a integrar a Seguridade Social onde parte de um conjunto de necessidades que são considerados como básicos em uma sociedade (SPOSATI, 1997).

Em seu artigo 6º, a Constituição Federal de 1988 diz: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

O conceito de Seguridade Social começou de fato a partir da Segunda Guerra Mundial e teve como paradigma as experiências dos países ricos, se materializando no chamado Estado de Bem Estar Social, que foi consolidado após a Segunda Guerra Mundial, baseado pela teoria Keynesiana de ação reguladora do Estado através de estratégias anticrise (SILVA, 2000- p.59).

Assim dispõe a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que trata da Seguridade Social e que possui grande relevância tanto para a sociedade civil quanto na operacionalização de alguns profissionais desta área, estabelece os seguintes princípios e diretrizes em seu artigo 1º, § único:

- a) Universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- c) Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- d) Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- e) Equidade na forma de participação no custeio;
- f) Diversidade da base de financiamento;
- g) Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Como uma Política Social relaciona-se historicamente a emergência da Questão Social e a função do Estado frente às várias manifestações, por isso se faz relevante e necessário destacar o seu surgimento. (SILVA, 2000).

As Políticas de Proteção Social realizam-se a partir do final do século XIX, quando se discute o papel do Estado frente à Questão Social, principalmente no que tange a mobilização dos trabalhadores. É bom ressaltar que antes disso a Questão Social era encarada como natural, e a forma de intervenção era efetuada pela Igreja basicamente como caridade.

No final deste período a sociedade capitalista enfrentava diversos dilemas, seja pelos socialistas lutando contra as injustiças da economia do mercado competitivo ou dos chamados reformistas que defendiam a eficiência produtiva capitalista e por último, os conservadores que partiam do pressuposto de que o Estado estimularia ao mercado e prestação de serviços apenas às pessoas incapacitadas para o trabalho (SILVA, 2000).

O artigo referente ao II Seminário – UNIOESTE (2005) nos diz: “o princípio do Estado de Bem-Estar Social é de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para os cidadãos, como direito social”.

A garantia dos mínimos sociais se materializará através das políticas sociais e para PEREIRA, a Política Social integra um complexo político institucional denominado de seguridade social (inaugurado na Inglaterra, na década de 1940), o qual, por sua vez constitui a base conceitual e política do Estado de Bem-Estar ou de *WelfareState* (PEREIRA, 1988, p.61).

Para (BEHRING, 2003) no Brasil o sistema de Proteção Social configurou-se de forma restrita e excludente, já que os benefícios não foram universais, ou seja, a prestação de serviços destinava-se apenas a trabalhadores de setores organizados, deixando de fora os trabalhadores informais e rurais.

Além do que só tinham direitos ao seguro os trabalhadores com carteira assinada que descontavam na folha de pagamento e os que não tinham vínculos empregatícios e não possuíam quaisquer condições de subsistência, passaram a receber um auxílio, seja em dinheiro ou em serviços gratuitos. (BEHRING 2003).

Pela consequência de um reformismo centralizador e burocrático ocorrido durante a Ditadura Militar, fez-se necessária, conforme Nogueira (2001), “a criação de um grande Sistema da Seguridade, que unia a baixa eficiência com a falta da participação popular na gestão. Ampliou-se a cobertura aproximando-se da universalização, mas também acelerou a privatização e a centralização das decisões”.

Vale lembrar de que a Seguridade Social é composta pelo tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social, no entanto, estas áreas têm objetivos distintos como:

A ***Saúde*** a partir da Carta Magna, na qual todos têm direitos à saúde com a garantia do Estado, conforme cita o artigo 196: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A ***Assistência Social*** visa garantir meios de subsistência às pessoas que não tenham condições de suprir o próprio sustento, dando especial atenção às crianças, idosos e deficientes, independentemente de contribuição à seguridade social. A Constituição Federal de 1988 prevê em seu art. 203 e define em seu art. 204, respectivamente, o seguinte:

“(…) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com bases nas seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência e social; participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”.

A Previdência Social – prevista na Constituição Federal/1988 no seu artigo 3º - “tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivos de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.” (CF, 1988).

No entanto, cabe ressaltar que o reconhecimento do direito não vem se constituindo atributo efetivo das políticas sociais e da Seguridade Social no país, pois são administradas como favores nas classes subalternas.

Behring,(2004) declara que no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos⁶ estão sendo mantidos. Essas direções econômicas sofrem impactos nas políticas sociais, que também Soares (2004) para o governo a solução está na focalização e não no aumento do gasto social. Priorizam-se as políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universal.

Como já destacado, a Seguridade Social tem sua base fundamentada na Constituição Federal de 1988 na garantia dos direitos relativos à saúde, previdência e assistência, mas com o novo reordenamento, que as políticas públicas vêm sofrendo desde a década de 90, a Seguridade vem perdendo seu caráter afirmativo desses direitos, dando lugar a privatizações e precarização dos serviços oferecidos à população.

⁶ Os parâmetros macroeconômicos conforme esclarece Behring (2010) são: Superávit primário; Desvinculação de Receitas da União (DRU, que desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento de dívida pública); Taxa de juros parametradas pela Selic; Apostas na política de exportação, com base no agronegócio; O inesgotável pagamento dos juros; Encargos e amortizações da dívida pública e o aumento da arrecadação da União.

Diante do repasse do Estado de suas obrigações para a sociedade, a noção de universalidade e gratuidade cede lugar às ações focalizadas e mercantilizadas no âmbito privado.

Para complementar esta linha de raciocínio considera-se o que IAMAMOTO (2007) retrata em seu artigo “As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo – p.3” onde relata a falência das políticas públicas na área da saúde, tendo como consequência a ruptura da universalidade dos direitos, a dissolução continuada de serviços essenciais e necessários para o bem do cidadão, reafirmado por Soares que diz:

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As micro-situações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuida do seu como puder. De preferência, um Estado forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social. (SOARES, 2003, p.12).

Assim, como é possível observar, a historicidade e transformações no modelo SUS, com a entrada do ideário neoliberal objetiva a implantação de medidas que precarizam a área social, e que tornam ínfima a intervenção do Estado nesta dimensão e o aumento no âmbito da economia, medidas materializadas através de privatizações de empresas e serviços públicos e, portanto, do sucateamento da saúde pública, com o crescimento de planos privados de saúde, entre outras medidas. Caracteriza-se, então, o Projeto Privatista, construído em oposição ao Projeto da Reforma Sanitária. É este projeto de regressão das conquistas alcançadas inscritas na Constituição, o Projeto Privatista, que continua ganhando força desde os anos anteriores até no Governo atual.

Algumas questões comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO, 2007, p.14).

1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A Política de Saúde que vemos hoje e já explicitado tem sido caracterizada historicamente por várias mudanças que estão relacionadas ao desenvolvimento da intervenção do Estado frente à Questão Social, que num dado momento veio a se manifestar em política social, assim como, todos os sistemas de proteção social são formas de enfrentamento às expressões da questão social que tem como origem a relação de exploração do capital sobre o trabalho. Para maior aprofundamento ver: BEHRING&BOSCHETTI, (2007). Estas mudanças correspondem às seguintes fases: O Modelo Sanitarismo Campanhista que vigorou no início do século XX, marcado por uma economia de modelo agroexportador. O que se exigia do Sistema de Saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Neste modelo ganham destaque às ações de campanhas sanitárias com a finalidade de combater as epidemias como a dengue e a febre amarela. Ver: MENDES, (1999), quanto ao Modelo Previdenciário de Saúde, ressalta-se que é hegemônico da metade dos anos 60 ao início dos anos 80 e é enfatizado à contribuição do trabalhador, caracterizado pelo privilegiamento do setor privado e por uma assistência médica de caráter curativo, individualizado, assistencialista e especializado, em detrimento de um conjunto de ações públicas relacionadas á saúde coletiva de caráter público da população. Para aprofundar sobre este assunto ver: BRAVO, (1998) além dos Movimento de Reforma Sanitária e Projeto Neoliberal de Saúde.

Vale lembrar, que com o término da Ditadura Militar, o Governo Militar do Brasil vigorou do ano de 1964 a 1985, sendo caracterizado como autocrático burguês, tendo significado um período de grande repressão e restrições quanto à liberdade individual e política, considerado um retrocesso na construção de relações democráticas na sociedade brasileira, chamando a atenção para a abertura do país ao capital externo e uma maior intensidade das desigualdades sociais. Para maior análise de este período ver: NETTO (1991), iniciado pelo movimento conhecido como Redemocratização da Sociedade, que significa um processo de restauração da democracia e do estado de direito em países ou regiões que passaram por um período de autoritarismo ou ditadura. Esta pode acontecer de maneira gradual, onde o poder restaura os direitos civis lentamente, ou abrupta, como é em geral o caso quando isso acontece por meio das revoluções, ver: HARBET (1996).

Com relação aos movimentos sociais que na década de 80 emergiram num momento de grande recessão, teve fundamental importância na luta pela democracia e reivindicação por direitos sociais. Uma análise mais profunda sobre o assunto ver PINTO (2005) que criticavam as políticas adotadas pelos governos militares e lutavam pela democratização da sociedade brasileira se empoderaram. Assim, os profissionais de saúde envolvidos no movimento sanitário se juntam aos movimentos sociais chamando a atenção para a necessidade de efetivação de uma política de saúde universal que respondesse a realidade da população.

Segundo Baptista (2007) o processo da Reforma Sanitária constituída por movimentos populares de saúde, usuários intelectuais, sindicalistas e militares, os mais diversos movimentos sociais que também se constituíram no mesmo período, passam a lutar pela cidadania, democracia e pelo fim da ditadura.

Ressalta-se também que na saúde tiveram grande repercussão o movimento feminista e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não governamentais e outras entidades da sociedade civil, insatisfeitos com o abandono da saúde pública, começa a reivindicar um plano de atenção à saúde e mais investimentos na área.

“A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de classe média, visando à melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; movimento político dos partidos opositoristas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas condições concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua organização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão”. (BRAVO, 2007, p.67)

Cavalcanti e Zucco ampliam o conceito de saúde relacionando-o as condições de vida quando relatam:

“Estabelecendo o conceito ampliado de Saúde, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a Serviços de Saúde, ou seja, que a Saúde é entendida como um processo resultante das condições de vida, e a Atenção à Saúde não se restringe à assistência médica e sim com ações de promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, a Saúde é apresentada como dimensão essencial da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também, dialeticamente, é fruto desse desenvolvimento”. (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006, p.70).

Complementando sobre as políticas públicas de saúde também podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público e mais, como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Estas políticas integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Tratando-se das prerrogativas o Código de Ética dos Assistentes Sociais, a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que promove condições de proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços de saúde diz o seguinte:

A noção da ausência de doença esteve presente tanto nas ações campanhistas implementadas pela saúde pública como assistência médica previdenciária prestada pelas Caixas de Aposentadoria e pensões (CAPs), criadas em 1923, e, posteriormente, pelos Institutos acentuada dicotomia existente entre saúde pública e saúde curativa, conformando sistemas de saúde marcados por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas.

Tal explicação do processo saúde-doença foi superada teoricamente pela concepção da Organização Mundial de saúde (OMS) em 1948, ao definir saúde como completo bem estar físico, mental e social. A compreensão do conceito de saúde a partir de uma leitura biopsicossocial significou um avanço no entendimento de que o indivíduo não se limitava apenas à dimensão biológica, tampouco que a medicina é uma única profissão voltada à recuperação e à garantia de saúde da população”.(CAVALCANTI, Ludmila et ZUCCO, Luciana, 2006, p.68)

É importante também pontuar e, sobretudo reforçar que durante a década de 1980 a história brasileira foi marcada pela redemocratização do País, e uma das demandas que se fez presente foi a melhoria das condições da saúde da população. Nesse período o movimento sanitário brasileiro alcançou visibilidade e representatividade através dos atores envolvidos pela defesa da garantia desses direitos, como: profissionais da área da saúde, usuários e lideranças populares, que vivenciaram uma realidade épica marcada pela exclusão da maior parte dos cidadãos, no que diz respeito ao direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Que era restrita aos trabalhadores que para ela contribuía, prevalecendo à lógica da cidadania regulada.

No ano de 1986, também já discutido, o grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral e na qual houve um consenso de que para o “setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária.” (PONTES, 2000) e mais, em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes, ou seja, a saúde passou a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida e das relações que os Homens estabelecem entre si e com a natureza pelo trabalho.

Relembrando a Carta de 1988 que enuncia as garantias das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva: a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Essas propostas foram fundamentais para a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde e segundo Sergio Arouca (1998) – considerado como um dos maiores sanitaristas e que participou dos debates para a Reforma Sanitária afirma o seguinte:

“Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”. (AROUCA, 1998)

Com estas garantias descritas na Constituição, o Movimento da Reforma Sanitária teve um grande desafio como fala Pontes (2000):

O grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, no que diz respeito à articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para outro sistema com comando único em cada esfera de governo, Aqui não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva.

Sabe-se que Reforma Sanitária tem sua base firmada nas instituições de pesquisa que definiram os objetivos do movimento, representadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva, onde surgiram questionamentos direcionados a prática médica fundamentados no modelo médico-assistencial privativa e a teoria preventiva, passando o indivíduo a ser visto pela saúde de forma coletiva. (PONTES, 2000)

Por isso vale ressaltar, que o relatório extraído da VIII Conferência foi de grande importância para a Reforma Sanitária e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), citado no artigo denominado “A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil” de acordo com Pontes:

“No início da década de 90, o que se observa é que todo o processo de regulamentação do SUS já passa a contar não apenas com os atores do então Movimento Sanitário, mas também com novos atores que entram em cena, como os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Foi dando continuidade a este movimento que se iniciou todo o processo de pactuação infraconstitucional, onde se publicou a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que é composta de duas Leis Complementares à Constituição (as Leis 8.080/90 e 8.142/90). A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua formação, proteção e funcionamento. A Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros”. (PONTES, 2000: 2)

Diante do que foi exposto e discutido tivemos uma visão de que as questões apresentadas foram permeadas de limites e avanços, já que o Estado se exime de suas funções básicas, responsabilizando o indivíduo a buscar respostas e soluções que deveriam ser tomadas pelo Governo, estimulando a filantropia, a criação de organizações sociais e o incentivo aos laços de solidariedade para ocuparem os espaços que não mais são atingidos pela ação estatal. Fica aí uma pergunta: será que um indivíduo que necessita de um tratamento, seja portador de HIV, diabetes, câncer ou outro procedimento complexo, ficará

dependente da solidariedade dos hospitais, médicos e laboratórios farmacêuticos para se manterem vivos?

2. SERVIÇO SOCIAL: BREVE INFORMAÇÃO HISTÓRICA

O serviço social teve suas origens influenciadas pelos preceitos da Igreja Católica, tendo como âmbito de formação da prática e o discurso de seus agentes dinamizar e mediar às classes subalternas da sociedade.

As primeiras escolas de Serviço Social surgiram no Brasil ao final da década de 1930 quando desencadeou no país o processo de industrialização e urbanização e, sobretudo, no âmbito histórico marcado pela dominação dos setores dominantes (Estado e empresariado) tendo como consequências da “questão social” através das políticas sociais.

Por isso ratificar que seu surgimento foi marcado pela consolidação do sistema capitalista, no momento de sua manifestação como monopólio marcado pelo afloramento da “questão social” Yamamoto destaca:

(...) conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende de venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, característica étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade cível e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2007, p.16-17).

A “questão social” tem uma relação com o Serviço Social desde sua gênese como profissão, ela sustenta sua base de intervenção. Todavia, não se coloca de imediato nesta relação, pois “as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entrecruzam com a questão social, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica” (NETTO, 2000).

É bom ressaltar que a “questão social” se apresenta em diferentes manifestações pela passagem do sistema capitalista, sejam pelo enfrentamento da sociedade e posteriormente pelo Estado, contudo sua gênese marcada pela a contradição de classes manteve-se no

decorrer da história, ou seja, na contradição entre quem paga e quem demanda seus serviços – capital x trabalho.

Esta contradição marca um processo de profissionalização e institucionalização do Serviço Social, já que o Estado a partir deste momento histórico passa a recrutar profissionais capazes de intermediar e intervir num conjunto de expressões advindos da sociedade capitalista moderna, por isso dizer que a profissão do Serviço Social não se dá de forma aleatória, passando a ser visto vinculado diretamente à classe burguesa, já que nasce articulada com uma proposta de sociedade que buscava hegemonia junto à classe trabalhadora e como à condição de assalariamento que este profissional assume, tornando-se neste momento fundamental para que posteriormente se compreenda enquanto membro da classe trabalhadora. E isto provoca um avanço na trajetória histórica da profissão.

À medida que se avança o processo de desenvolvimento das forças produtivas, houve um reconhecimento nas décadas de 40 e 50 da profissão, com sua regulamentação através da Lei nº 3.252/57, juntamente com o Decreto nº 994 de 15 de maio de 1962.

Acompanhando as transformações da sociedade brasileira, a profissão passou por mudanças, necessitando de uma nova regulamentação, alcançada pela Lei nº 8.662/93. Ainda em 1993, o Serviço Social instituiu um novo Código de Ética expressando o projeto profissional contemporâneo comprometido com a democracia e com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos.

É bom ressaltar, que a prática profissional do assistente social também é orientada pelos princípios e direitos firmados na Constituição de 1988 e na legislação complementar, referente às políticas sociais e aos direitos da população. Não cabe ao profissional que exerce a atividade de Assistente Social, qualquer tipo de discriminação no atendimento aos usuários e familiares que fazem uso do sistema.

Nesse sentido ressalta GRANEMANN, (2006):

“(…) A relação das políticas sociais e serviço social ascendeu quando, na implementação destas políticas, o Estado capitalista passou a requerer a presença de variadas profissões – dentre estas o Serviço Social – na elaboração, viabilização e execução da intervenção estatal sobre a questão social.

A demanda do trabalho dos assistentes sociais como mão-de-obra contratada pelo Estado capitalista decorreu da complexidade das relações sociais capitalistas que, também, no trato da questão social, passaram a exigir trabalhadores com uma dada qualificação sociotécnica exigida por uma divisão do trabalho em constante aprimoramento. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1982, p. 21)

Por isso, é de extrema importância sempre ressaltarmos que o Serviço Social tem na questão social um dos elementos fundantes da profissão, uma vez que seus profissionais historicamente trabalham na execução das Políticas Públicas que constituem respostas às diversas expressões da questão social produzidas pela sociedade capitalista.

Segundo Vasconcelos (1997, p.14) “os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social (...) cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista”.

Para Castro (2000, p.17), “o Serviço Social surge como uma resposta particular do capitalismo nos países da América Latina, a partir do desenvolvimento das forças produtivas e as lutas de classes pelo controle do poder”.

Em decorrência como diz VASCONCELOS (1997) as diversas expressões da questão social colocam estes limites e desafios à atuação do Assistente Social, particularmente, na área da saúde, onde as contradições e mazelas de uma sociedade com elevados níveis de desigualdade social emergem com força.

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ASSISTENTE SOCIAL.

O Serviço Social tem o grande desafio de superar as práticas conservadoras identificadas como assistencialistas à profissão, mesmo hoje após o movimento de reconceitualização, ocorrido na década de 1960 cujo objetivo foi o rompimento com as práticas profissionais tradicionais, ampliando seu leque de atuação, intervindo em espaços institucionais, político e, sobretudo nas políticas sociais.

A profissão do Assistente Social é regulamentada pela Lei nº 8.662 de Regulamentação da Profissão de 07/06/1993. Esta Lei tem o objetivo de reger os procedimentos e a natureza dos serviços profissionais, por meio dos quais se realizam os princípios fundamentais da assistência social; assim como da saúde, previdência social e demais atividades sociais, além de possibilitar à profissão romper com a operacionalização meramente executiva e conquistar novas funções e atribuições no mercado de trabalho, sobretudo, do ponto de vista do planejamento e administração das políticas sociais, cito o art. 4º, Inciso II do CFESS: “*São competências do Assistente Social; elaborar, coordenar,*

executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil”.

Evidencia-se, portanto, a importância do aprimoramento intelectual dos assistentes sociais e, sobretudo, sua competência.

Segundo Netto, (1996) entramos no período em que os autores contemporâneos da profissão chamam de “maturidade acadêmica e profissional do serviço Social” que procurou definir novos requisitos para o *status* de competência profissional que segundo, Yamamoto, (2004) após realizar uma análise dos desafios colocados ao Serviço Social nos dias atuais, apontou 03 dimensões que devem ser do domínio do Assistente Social.

Como acabamos de ver é de fundamental importância e relevância o assunto, pois entendemos que para alcançar o seu objetivo o profissional deve comprometer-se com o projeto ético-político e teórico-metodológico e, sobretudo saber definir como conhecer, como agir, como informar e como documentar, pois cada “caso” é um “caso” tem sua condição singular, porém a sua construção é baseada num projeto social, em suma, engloba vários aspectos como: influências familiares, condições sociais e culturais. Posto isto, seguem as competências:

- **Competência ético-política** – O Assistente Social não é um profissional ‘neutro’. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº 273/93), e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade;
- **Competência teórico-metodológica** – O profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando

apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

- **Competência técnico - operativa** –O profissional deve conhecer, se apropriar, e, sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, Empresas, Organizações Não governamentais, fundações, autarquias etc), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.

A definição de que compete ao Assistente Social realizar estudos socioeconômicos, legitima o reconhecimento social de uma competência construída historicamente pela profissão, particularmente, no âmbito das políticas sociais, que constitui o campo de trabalho privilegiado dos assistentes sociais.

Isso significa dizer que a realização de estudos socioeconômicos esteve presente no cotidiano do exercício profissional dos assistentes sociais ao longo da trajetória do serviço social, mas nem por isso manteve o mesmo significado e direção. A sua concepção e as questões implicadas na sua operacionalização se transformaram à medida que a profissão também se transformou, buscando responder aos desafios impostos pela realidade social', isso só confirma que as técnicas-operativas são utilizadas conforme as demandas apresentadas. A ação profissional não pode ser pré-definida, esta ação é reajustada/adaptada de acordo com as situações postas, ou seja, é uma ação conjunta com a realidade social.

Na perspectiva de se conhecer a realidade do indivíduo o assistente social aprimorou-se em seus instrumentos e técnicas, utilizando tais instrumentos; a entrevista, a observação, a visita domiciliar etc.

Apesar dos avanços as ações profissionais dos assistentes sociais os inserem em dilemas e desafios, porque esta ação se dá no campo das contradições inerentes ao sistema capitalista que são geradoras das múltiplas expressões da questão social e das contradições presentes no cotidiano do trabalho profissional, que são vinculadas ao embate de projetos societários antagônicos. Para agir no meio destas contradições é preciso tanto a competência teórico-metodológica como ético-político.

Conforme Fávero o Serviço Social constitui-se pelas dimensões ético-política (poder), teórico-metodológico (saber) e técnico-operativo (fazer), as quais interagem enquanto

mediações da prática profissional, em diferentes espaços sócio-ocupacionais (Martinelli,2005). As três dimensões caracterizam e fundamentam a intervenção nesses espaços e a elas se somam os conhecimentos relativos às particularidades e às especificidades de cada área de intervenção.

De acordo com as afirmações de DAHMER (p.93 – 111), a seguir:

“A ação profissional dos assistentes sociais é reveladora com compromisso dos assistentes sociais com a matriz da teoria crítica”; “O estudo social tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e cultural”; “O redimensionamento dos estudos sociais exige um planejamento para que as informações possam ser copiladas e trabalhadas posteriormente e para que contribuam para a construção de respostas coletivas às demandas e às necessidades da população (...)”.

2.2. ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE E SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O trabalho do Assistente Social na área da saúde tem um caráter educativo e pedagógico, pois atua diretamente com usuários e familiares e como tal é atuar no e sobre seus problemas, dificuldades oriundas do cotidiano destas populações e é a partir disso que a prática profissional é pautada.

Vale ressaltar, no entanto, que apesar de cada individuo ter suas singularidades não se deve perder de vista a dimensão social da vida humana, ou seja, qual for o problema, este deve ser analisado nas dimensões singulares como na universalidade, daí a necessidades deste profissional Assistente Social ter conhecimento profundo do contexto histórico daquela sociedade, ou seja, sua organização, suas relações sociais, etc. para assim ter condições em planejar a sua ação com muito mais propriedade e conseqüentemente visar uma mudança para aquela realidade.

Além disso, este profissional no momento da sua ação poderá sistematizar viabilizar e construir suas metodologias de ação utilizando-se de instrumentos e técnicas de intervenção social. Contudo, para uma prática competente e qualificada o Assistente Social deve ter em mente primeiro o objetivo que se quer alcançar para depois definir que instrumentos e técnicas que serão utilizados. Por isso afirmar que é primordial o conhecimento da realidade

social sobre a qual a sua ação vai executar, porque senão sua prática se torna mecanicista, repetitiva e burocrática.

De acordo com Sousa (2008), “pensar a instrumentalidade do Serviço Social é pensar além da 'especificidade' da profissão: é pensar que são infinitas as possibilidades de intervenção profissional”, e que isso requer, nas palavras de Yamamoto (2004), “tomar um banho de realidade”.

É importante reconhecer certas fragilidades no que tange ao atendimento na área da saúde e isso é um reflexo do sucateamento dos hospitais públicos e o atual quadro das Políticas de Saúde, por isso, torna-se necessário que o Serviço Social busque novas perspectivas para uma prática profissional, que inclua o desenvolvimento de projetos que propicie um maior envolvimento entre o usuário e o profissional, não só do Serviço Social, como também de áreas afins.

Ainda que para a maioria dos usuários e profissionais de saúde, predomine o modelo médico-hegemônico⁷, as ações deveriam estar centradas nas reais necessidades dos usuários favorecendo a abertura de espaço ao Serviço Social que possibilitaria articular ações intersetoriais com as demais Políticas Sociais que se correlacionam com as condições de vida dos portadores de doenças crônicas e de sua família, como é o caso das condições de trabalho, da habitação, do saneamento básico, da educação, da assistência, da previdência e outros.

Conforme o nosso Código de Ética, temos como princípios a liberdade, a defesa intransigente dos direitos humanos, fundamental à noção de igualdade dos sujeitos sociais, bem como uma prática que rompa com o conservadorismo, clientelismos e formas de preconceito.

Dentre as estratégias de enfrentamento fala VASCONCELOS (1998,p.12):

“O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando

⁷ Citação no artigo de Telma Terezinha R. Silva (especialista em gestão de saúde): modelo médico hegemônico, tem sido reconhecido centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações (PAIM,1999).

condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática(...)”.

Por isso dizemos que a ampliação e consolidação da cidadania, é uma tarefa inseparável do exercício profissional cotidiano, posto que trabalhamos com direitos e políticas sociais que, hoje, encontram-se minimizados pela reforma do Estado de caráter neoliberal.

Desse modo, a apropriação do Código de Ética, tem como eixo orientar o profissional na possibilidade de desenvolvimento de ações, projetos e processos reflexivos no fazer profissional (vide alguns princípios explicitados a seguir neste trabalho), proporcionando uma atuação coerente com seu projeto ídeo-político, fazendo assim uma relação entre as demandas imediatas⁸, postas cotidianamente com sua dimensão coletiva, buscando a explicitação e efetivação dos direitos políticos e sociais dos usuários frente a elas.

Nesse sentido, o Código de Ética, torna clara a perspectiva de fazer valer os princípios fundamentais nele contidos:

“Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física”. (CRESS7ª R-RJ, 1993, p. 16)

⁸ Demanda imediata segundo SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica significa urgência, agravos à saúde que representam risco de vida e necessitam de assistência imediata para recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida e encaminhamento a outro ponto da rede. BRASILIA – DF, 2011.

Contudo, para atingir estes objetivos é preciso recorrer não somente ao Código, mas também ao reconhecimento e saber profissional, à construção de novas estratégias de poder que possibilitem o enfrentamento concreto das desigualdades sociais, entendendo-se que todas as condutas profissionais têm implicações práticas e podem concorrer para distintos projetos e soluções.

Além disso, também é bom frisar a importância da articulação das três dimensões: ético-política; teórico-metodológica e técnico-operativa, ou seja, a teoria e prática, intervenção, pesquisa e ação e técnica para que conjuntamente possa resultar num profissional qualificado bem como seguir os princípios éticos fundamentais.

Estas são algumas propostas que poderiam ser implementadas, com o objetivo de aproximar o profissional do usuário e sua família, o que permitiria que o Assistente Social pudesse conhecer mais profundamente a realidade em que estes estão inseridos. Com esta aproximação, poderá se criar um maior vínculo, e, novas possibilidades no enfrentamento da problemática que atinge este segmento, formulando projetos que viabilizem uma maior qualidade dos serviços prestados e possam propiciar uma maior autonomia dos usuários e família em seu processo de readaptação à vida social, em seu tratamento contínuo e no conhecimento de seus direitos civis, sociais e políticos.

O Assistente Social por meio de sua ação educativa e pedagógica possui um dos instrumentos de trabalho mais dinâmicos para realizar seu trabalho junto aos usuários e familiares que é: a linguagem.

Por meio desta é possível mobilizar os sujeitos sociais a uma adesão de participarem frente às suas próprias demandas e necessidades que surgem desde o tratamento, ao refletirem sobre sua importância como sujeito social.

Contudo, é preciso reconhecer que não depende somente do Assistente Social prestar um atendimento de qualidade para garantir o acesso desses sujeitos aos serviços oferecidos na área da saúde, pois, há fatores que impedem que estes usuários sejam atendidos de forma adequada por falta muitas das vezes de subsídios por parte do Estado a sua omissão na efetividade de suas ações e na provisão de oferecer condições adequadas aos cidadãos via serviços e políticas públicas de saúde em termos efetivos de direitos legais.

Nestes termos há limites estruturais ao esforço dos Assistentes Sociais no interior da instituição, pois o que dispõe na Lei nº 8.080/90, sobre a promoção, a proteção e recuperação

da saúde, voltado para a organização e o funcionamento dos serviços prestados pelas unidades de saúde ficam vulneráveis.

A partir do exposto torna-se necessário problematizar o papel do Assistente social nesta sociedade e as demandas a ele dirigidas, visto que, viabilizou-se alterações nas concepções adotadas de Homem/Sociedade e Estado, fundamentando um diferente código de ética para a profissão.

Dentro desta perspectiva, cita-se:

“A construção de tal referencial teórico-prático conta com produção no campo ético, que se objetivou marcadamente a partir da elaboração do código de Ética Profissional de 1986, no período de retomada da democracia política no País. Essa produção no campo ético foi refinada com a elaboração do Código de Ética atual, o qual é um dos representantes do atual Projeto ético-Político e é compartilhado por parcela de profissionais do serviço Social”. (Ética e Direitos: Ensaio Crítico, 2009, p.22).

Contribuindo também à reflexão citarei neste item documento produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008 com a finalidade de gerenciar e referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da Saúde intitulado de “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

Esse documento além de abordar o fato histórico da “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema único de Saúde e seus desafios” também discute a importância e o avanço da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social, as reivindicações da classe trabalhadora, a Seguridade Social composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, a consolidação do Estado democrático dos direitos, a universalização, a concepção de direito social e das políticas públicas e dever do Estado.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 196, a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Porém, apesar de todas as propostas e leis e não obstante algum avanço no SUS, ainda está longe de observarmos e reconhecermos a efetivação pelos cidadãos de todos os direitos preconizados pelas leis, pois se verifica hoje uma distância do direito legal e o direito real, já que a consolidação da universalidade e a qualidade dos serviços não se efetivaram, ou seja, em vez do Estado de defesa aos princípios da garantia dos direitos universais, volta-se para

um Estado de mercado ou privatista e hegemônico a partir da década de 1990, garantindo assim um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que tem acesso ao mercado: centralizado e focalizado.

Desse modo, discutir as ações e o exercício dos profissionais do Serviço Social no espaço da área da saúde torna-se urgente e necessário, na perspectiva de consolidar a política de saúde e de assistência social como direito e assim assegurar as condições técnicas e éticas proporcionando aos usuários um trabalho com qualidade, e mais, destacar a importância de aprimorar conceitos e exercícios profissionais que superem as práticas conservadoras.

O grande desafio à profissão no que tange aos princípios de integralidade, totalidade nos atendimentos sociais é na articulação com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de potencializar a participação destes sujeitos sociais possibilitando formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem realmente o direito à saúde, condicionando a uma macro/micro leitura da realidade social num propósito de democratização dos direitos da população neste país. E segundo o documento citado é através do código de ética da profissão que se apresenta ferramentas necessárias para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões.

Além disso, é bom destacar também a capacidade do assistente social de fazer uma leitura crítica das peculiaridades profissionais que incidem no momento de reflexão em equipe, na articulação a fim de se obter respostas e superação aos interesses individuais, em consonância com as diretrizes que a norteiam e lhe legitimam.

Em outras palavras, como já visto o Serviço social tem, na questão social, a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho e nessa expectativa, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que nos repercutem diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade.

Semelhantemente os atendimentos diretos ao usuário ganham materialidade a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada, seja Federal, Estadual ou Municipal.

Em verdade o assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria,

investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências).

Do mesmo modo o profissional, na saúde, desenvolve suas ações profissionais em diversas dimensões, que são complementares e indissociáveis: assistencial; trabalho em equipe; socioeducativa; mobilização; participação e controle social; investigação; planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Em linhas gerais por entendemos que o profissional do serviço social na área de saúde, em particular, intervém junto aos problemas sócio-culturais e econômicos dos usuários e que sua prática vai além da concepção saúde-doença, ou seja, não está centrada apenas sob o enfoque médico, quer dizer, vai, além disso, pois pauta-se, sobretudo no confronto entre o direito do usuário na prestação de serviços, seja ao nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde, concomitantemente com as normas institucionais que o profissional atua para o cumprimento destes por isso é inegável a importância das diretrizes e regulamentação que está prescrito no documento intitulado “parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” como finalidade de referência na intervenção no espaço de atuação para os profissionais na área da saúde comprometidos com a construção de práticas democráticas e coletivas.

Segundo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009, cap. 1 a 3) Cita-se alguns parâmetros indispensáveis na conduta do profissional do assistente social contidos no presente documento ver mais:<http://www.cfess.org.br/portaria> CFESS nº10 (2008). Acesso em Dezembro de 2015.

Na atuação e crítica do Serviço Social;

“Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;

- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e do trabalhadores da saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de participação dos sujeitos sociais, ampliando os canais de participação da

população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados;

➤ **Artigo 2º - Código de ética–Direitos das(os) assistentes sociais;**

- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste código;
- Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste código;
- Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigados a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;

➤ **Artigo 3º - Código de ética – Deveres profissionais;**

- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Identificação das demandas presentes da sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

Outra ação tão importante no campo da saúde é o trabalho em equipe multiprofissionais que, de acordo com Iamamoto, precisa ser desmistificado, pois ações coordenadas não diluem as particularidades de cada grupo pois “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Os Assistentes Sociais na área da Saúde

- Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da

população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;

- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

Algumas das principais atividades

- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesses dos mesmos.

Quanto às ações de Mobilização, Participação e Controle Social tem como foco a democratização da instituição através da criação de Conselhos, Gestores das Unidades e outros Órgãos do Colegiado, que visam à participação dos profissionais da área da saúde, a inserção dos usuários e familiares, ou seja, articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, segundo CFESS:

- Socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas.
- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

Outra ação tão importante no campo da saúde é o trabalho em equipe multiprofissionais que, de acordo com Iamamoto, precisa ser desmistificado, pois ações coordenadas não diluem as particularidades de cada grupo pois “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Os Assistentes Sociais na área da Saúde

- Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;

- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

Algumas das principais atividades

- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesses dos mesmos.
Quanto às ações de Mobilização, Participação e Controle Social tem como foco a democratização da instituição através da criação de Conselhos, Gestores das Unidades e outros Órgãos do Colegiado, que visam à participação dos profissionais da área da saúde, a inserção dos usuários e familiares, ou seja, articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, segundo CFESS:
- Socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas.”

Por isso é de fundamental importância que o Assistente Social da área de Saúde tenha pleno conhecimento das suas competências e atribuições, bem como um potencial e reflexão crítica das mesmas e conseqüentemente ter condições em superar as demandas apresentadas no dia-a-dia do seu trabalho e garantindo uma atuação de qualidade e mais, o documento deixa claro que não existem fórmulas prontas para a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde e quanto à defesa de um projeto democrático também não é nenhuma tarefa fácil exclusiva de apenas uma categoria profissional. É imprescindível que haja sempre um esforço, conforme mencionado, sobre a realidade que se põe diante de nós. O Serviço Social deve procurar atuar sempre em favor dos usuários e, mesmo conscientes dos limites institucionais e dos limites que a própria realidade impõe para a viabilização dos direitos dos usuários, é necessário que haja um comprometimento com o Código de Ética de 1993 e o Projeto Ético-Político da categoria, dentre eles:

Direitos: Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; Dispor de condições de trabalho condignas seja em entidades públicas ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional; Manter o sigilo profissional para proteger o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Deveres: Abster-se no exercício da profissão, de práticas que caracterizam a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes; Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais; Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação Dos usuários; Empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais; Denunciar no exercício da profissão às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da lei e dos direitos humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do cidadão; entre outros.

Por conseguinte é bom ressaltar que as intervenções do profissional de Serviço Social no campo da saúde no que tange aos direitos dos usuários é marcada pelo enfrentamento das expressões da questão social que se manifesta em diversas formas, sejam: pelo desemprego, a falta de saúde, trabalho polivalente, terceirizações, subemprego, falta de moradia, etc..e tudo isto é fruto da contradição capital x trabalho.Sob esta perspectiva o profissional deve fortalecer a compreensão das Políticas Sociais, além de ter uma ação de controle, crítico, ético e político e, sobretudo, um comprometimento seja com os usuários diretos ou com as organizações e instituições públicas ou privadas independente da instância a qual está vinculado federal, municipal ou federal, na defesa dos direitos.

Portanto, partindo destas premissas evidencia-se neste processo a importância constante do aprimoramento intelectual dos Assistentes Sociais e para tal CFESS – Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde dispõe do seguinte:

“(…) As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sociohistóricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

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

Art. 3º A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda... (Lei 8080/1990)”.

Outra ação importante para o aprimoramento do trabalho do profissional de Serviço Social são as ações socioeducativas e/ou educação em saúde.

Muitas vezes as ações dos serviços de saúde restringem-se às ações burocráticas e repetitivas, sem se levar em conta a vida das pessoas, sua disponibilidade, seus interesses e suas condições sócio-econômicas.

A importância da prática educativa, por remeter e valorizar tanto a experiência do(s) profissional (ais) como também do usuário, ou seja, deve haver uma reflexão e socialização de informações, principalmente, no que tange ao debate crítico sobre a saúde.

Por isso a importância desta troca de experiência seja através de abordagens individuais, grupais ou coletivas com usuários e/ou familiares, ora abordado no artigo intitulado como “Promoção da Saúde e Envelhecimento” considera-se que:

“As práticas educativas devem abrir espaços ao diálogo efetivo sobre a saúde no qual seja valorizada a forma como cada pessoa lida com a saúde-doença no cotidiano, as dificuldades que enfrenta e as alternativas as quais lançam mão diante das adversidades do atual contexto social. Espaços nos quais, despojando-se de seu status de “superioridade” (...) o saber técnico-científico possa ser socializado (...) num processo de construção compartilhada do conhecimento”. (UNATI, 2002: 17-§2).

Num estudo acerca da atuação do Assistente Social ressalta a importância da prática reflexiva. Tal prática tem por objetivo “realizar uma ação profissional de caráter crítico-educativo, reflexivo, criativo e politizante que aponte para a ruptura com o instituído, colocando permanentemente em questão a relação conteúdo-forma, numa ação que envolva imediatamente dois sujeitos: usuário e profissional”. VASCONCELOS (1994:3)

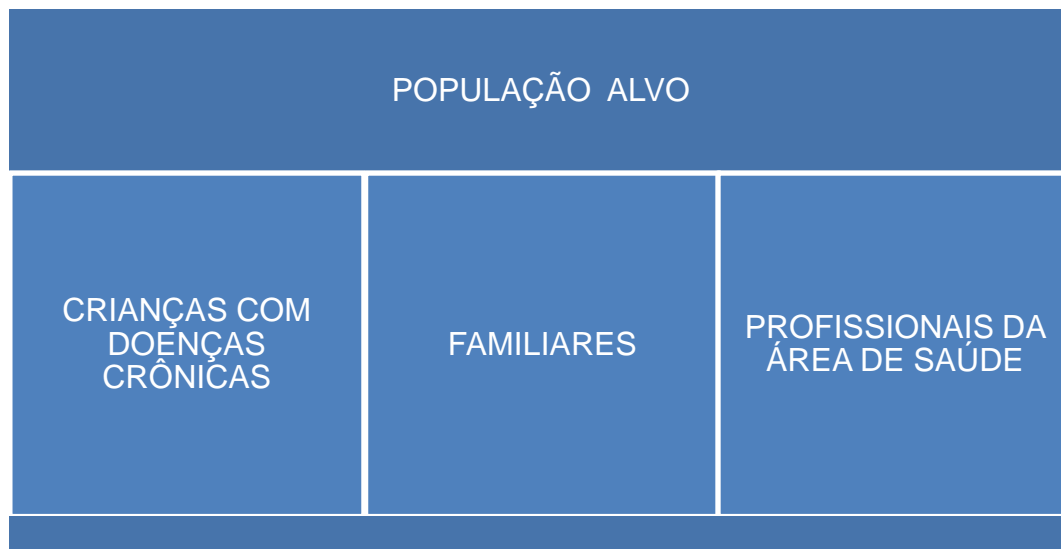


Figura 1 – POPULAÇÃO ALVO

MEDIDAS QUE IMPLEMENTEM

- *Garantia de Direitos;*
- *Qualidade de Vida;*
- *Dignidade Humana;*
- *Redução do Sofrimento.*

*FONTE:*portal.mec.gov.br/documentos/planonacional_direito_scriancas.pdf

3. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL NO IPPMG.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL DO IPPMG

O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) localizado na Cidade Universitária, Ilha do Fundão – Rio de Janeiro- RJ, desenvolve ações de Ensino, Pesquisa e Extensão na área da saúde da criança e do adolescente, que necessitam de atenção de média e alta complexidade e, por conseguinte, é fonte de entrada de pacientes oriundos de todo o Estado do Rio de Janeiro com uma enorme variedade de doenças crônicas ou não.

É um Hospital Universitário pediátrico e compreende especialidades de programas, serviços e ações especiais na área da saúde em prol aos usuários-cidadãos como serviços de emergência, atendimentos nas enfermarias (Unidade de Pacientes Internos) e em nível secundário desde Centro de Terapia Intensiva e atendimento ambulatorial onde abrange as especialidades, tais como: Alergia/Imunologia, Cardiologia, Cirurgia, Avaliação do Crescimento Normal e seus Desvios, Dermatologia, Endocrinologia, Diabetes, Doenças Infecciosas, SIDA, Neurologia, Nefrologia, dentre outros.

Por estas características o IPPMG pode ser definido como um hospital de referência para atendimento de condições clínicas complexas, sem, contudo, perder de vista a importância e a necessidade de desenvolver atividades assistenciais ligadas à atenção primária. (IPPMG. Disponível em <http://www.ippmg.gov.br>. Acesso em: 06/08/2014).

O IPPMG atende crianças e adolescentes de 0 a 12 anos (salvo os pacientes que necessitam de atenção e acompanhamento periódico dos profissionais da saúde, podendo chegar até na adolescência) do município do Rio de Janeiro, bem como oriundos dos diversos municípios do Estado, conforme “projeto do Serviço Social-Grupo de Orientação e Reflexão para acompanhantes da UPI, fevereiro, 2007”.

No campo de Ensino e Pesquisa, foi certificado em 2004, pelo Ministério da Saúde/Ministério da Educação, como Hospital de Ensino no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Além de possuir um quadro de pesquisadores que desenvolvem produções científicas, aproximando os interesses científicos dos pesquisadores às necessidades globais do Instituto, oriundas principalmente do ensino e do cuidado; desenvolve também atividades de Extensão como forma de aproximar e interagir a

universidade da comunidade. Outra ação de extensão que possibilita a troca e a aproximação da comunidade junto ao Instituto é a atividade do voluntariado.

Destacamos a importância da inserção do assistente social na área da saúde da criança e do adolescente com vistas à viabilização do acesso às demais políticas setoriais que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

O assistente social, em razão de sua formação deve ser pautado numa perspectiva emancipatória, assumindo assim um caráter sócio-educativo e segundo (ANJOS) destaca:

“(..) uma visão global das condições de vida dessa população, a discussão do processo de adoecimento, o resguardo e efetivação dos seus direitos em um sistema público e universalizado. Entretanto, este atendimento não se restringe aos limites da política de saúde,(..) é necessário que se acesse e articulemos outras políticas públicas e/ou sociais bem como instituições que envolvam direitos de cidadania, exigindo do assistente social uma prática baseada na razão crítica e na compreensão dos usuários como sujeitos de suas histórias de vida”.(ANJOS,2005,p. 2)

O Serviço Social desta instituição é composto por 03 (três) Assistentes Sociais, 04 (quatro) Residentes e 02 (duas) estagiárias.

Locais, objetivos e atividades desenvolvidas

- UPE – Unidade de Pacientes Externos que abrange o ambulatório geral, o setor de emergência, e Programa Integrado de Saúde Infantil (PISMIF) os atendimentos são realizados em alguns Ambulatórios tais como: DIP Imunologia, da Família, Onco Hematologia e Diabetes, e;

- UPI – Unidade de Pacientes Internos que é composta pelas enfermarias através de visitas diárias. Ressalto que tanto na UPE quanto na UPI os atendimentos também ocorrem na sala do Serviço Social.

Quanto ao objetivo - em caráter geral são: Identificar as necessidades sociais dos usuários e familiares que perpassam a situação de adoecimento/tratamento; intervir nas demandas apresentadas pelo paciente e sua família tendo em vista a melhoria das condições de vida e saúde, assim como a garantia de direitos dos mesmos; analisar a realidade social no qual os usuários estão inseridos e propor medidas e benefícios que venham ao encontro de

suas necessidades democratizando informações sobre os Programas Sociais disponíveis a fim de viabilizar o acesso aos mesmos;

Quanto às atividades desenvolvidas pelas Assistentes Sociais: A “Entrevista Social”⁹ – “(...)É uma ferramenta presente no cotidiano do assistente social que a utiliza para obter maior conhecimento sobre o sujeito, núcleo familiar e relações sócio comunitárias, possibilitando a tomada de consciência das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos. A entrevista individual ou grupal é uma técnica que possibilita aos(s) sujeito(s) expor em suas necessidades e desejos, podendo favorecer o estabelecimento de vínculo de confiança, quando o profissional deverá manter postura de escuta e acolhimento”– com familiares ou responsáveis; orientações concernentes aos direitos sociais, que vão desde aos previdenciários, benefícios, recursos institucionais e da comunidade; democratização de informações quanto a rotina hospitalar e direitos do paciente; os acompanhamentos dos casos, quando necessários encaminhamentos ao Conselho Tutelar e Órgãos de Proteção à criança e ao adolescente até orientações quanto ao TFD (Tratamento fora de domicílio).

Sob esta perspectiva destaca COSTA (2006):

“No atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. A objetivação dessa atividade se dá a partir do encaminhamento dos médicos de plantão, quando da autorização de um internamento. Note-se que não apenas do médico, mas os demais profissionais da equipe do pronto-socorro reiteram o encaminhamento da família e/ou responsável pelo paciente ao setor de Serviço Social”. (COSTA, 2006: 320)

Pela importância e relevância do assunto, antes de abordar sobre as demandas espontâneas ressaltamos a respeito dos plantões dentro dos hospitais. No âmbito hospitalar os plantões que são espaços onde o serviço social atua e desenvolve ações alternativas comprometidas com as populações usuárias dos serviços institucionais e assume como campo de intervenção das assistentes sociais e que as mesmas não só acompanha o usuário na sua condição saúde/doença, mas também nos seus papéis sociais e nas redes de sociabilidade, ou

⁹ Fonte: Documento de Base de Apoio Técnico do Serviço Social
(www.fundacaocasa.sp.gov.br/pdf/servico_social.pdf)

seja, as resoluções imediatas dos problemas e que de acordo com VASCONCELOS (2002) “no plantão, em resposta a estas demandas, os assistentes sociais realizam “encaminhamentos internos” (para Programas, Projetos e/ou Serviços da unidade), “encaminhamentos externos” (INSS, Defensoria Pública, outras Unidades de Saúde, Recursos Assistenciais, etc.) e/ou “orientações diversas” (Previdenciária, Documentação, Realização de exames, etc.).

Em linhas gerais é neste espaço que são postos ao Serviço Social as demandas explícitas e demandas implícitas cujas respostas dadas às mesmas dependerão da atitude ético-política do profissional, além do seu saber e do comprometimento com os usuários de suas ações.

A saber, sobre as demandas explícitas e implícitas apresentam-se sob variadas formas: as explícitas: pedidos de orientações diversas, acesso aos serviços da unidade, reclamações, encaminhamentos e cadastros nos programas, ou seja, são demandas comuns para o Serviço Social, enquanto as implícitas ocorrem na realização de um trabalho de qualidade que requer contínua capacitação teórica, política e cultural, em outras palavras “se já é difícil, numa realidade complexa, apreender, sinalizar e priorizar demandas explícitas – as que são aparentes – a necessidade de se abstrair da aparência da realidade trabalhada dificulta, ainda mais, a sinalização, apreensão e priorização das demandas implícitas – demandas ocultas que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas. (VASCONCELOS, 2002).

Quanto aos atendimentos assistenciais citam-se as **demandas espontâneas** quando a família recorre ao setor para orientação/informação ou num primeiro atendimento quando a criança ou adolescente encontra-se no setor de emergência e a assistente social é requisitada para uma entrevista, ou seja, a intervenção rápida do profissional em momento de vulnerabilidade e dependendo do estado clínico do paciente fica apenas neste atendimento necessitando apenas de encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s)doença(s) e seus direitos constituídos pelo SUS ou encaminhar família à setores/organizações não governamentais.

Contudo, vale ressaltar que a simples existência dos serviços ora oferecidos pelo IPPMG não garantem o total acesso dos usuários aos serviços explicitados, já que muitas vezes tal acesso torna-se dificultoso sejam: pela insuficiência da oferta de serviços, pela alta burocratização do acesso; pela própria estrutura da instituição; pela alta dependência de setores governamentais ou não, pela falta de recursos públicos e de uma política de saúde de

qualidade, entre outros entraves, pois o que se evidencia muitas vezes é a ineficácia dos direitos a estes usuários ao encontrarem dificuldades em acessar os direitos, em especial, vinculados ao segmento da saúde.

Destaca-se o que aponta VASCONCELOS (2001:6§4)

(...) Os assistentes sociais não realizam estudos sobre as demandas dos usuários nem as demandas institucionais, realizando ações a partir das demandas espontâneas ou selecionadas e dirigidas ao Serviço Social pelos demais profissionais de saúde/serviços.

3.2 INTERSETORIALIDADE

Com relação a problemas mais complexos e graves, torna-se necessário a intervenção em ações continuadas, no qual se faz necessário uma intervenção e/ou atendimento mais prolongado entre a criança/adolescente e sua família, juntamente com outros profissionais da instituição, como: médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, dentre outros, seja quando o paciente é internado ou mesmo no momento da alta, quando o paciente e sua família necessitam de acompanhamento, que neste caso configura-se como acompanhamento de casos.

Dentro destas prerrogativas o Serviço Social atua na perspectiva da democratização e socialização de informações sobre a promoção da saúde, onde conjuga ações interdisciplinares institucionais e políticas, que lhes garantam proteção social, juntamente com a equipe multiprofissional voltada para a prevenção de doenças, de riscos, danos e agravos para a criança e o adolescente.

Nesse sentido, ressaltamos a importância na interlocução com a equipe de saúde (multiprofissional), visando ampliar o olhar para a criança, o adolescente e seu grupo familiar e, sobretudo, como socializar e partilhar decisões e ações.

Para explicitar tal importância cita-se o exposto no artigo de (SILVA) do núcleo Reviver:

“A composição de uma Equipe Multiprofissional é feita por profissionais de diversas áreas, ou seja, com formações acadêmicas diferentes e que trabalham em prol de um único objetivo. No trabalho em equipe multiprofissional há a necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais que devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada (...) Nesse processo de reabilitação e/ou terapêutico, a família compõe, e ocupa um lugar fundamental. Podemos incluir nessa equipe os pais, familiares e/ou cuidadores, pois eles são a extensão do tratamento, ou

seja, realizam em casa, com o paciente, as orientações dadas pelos profissionais envolvidos objetivando uma melhoria mais rápida e eficaz”

Além disso, entendemos a questão da intersetorialidade que é de suma importância na saúde do cidadão, entretanto, não existe uma única verdade, pois este assunto é passivo de discussão em fóruns e conferências. Mas apesar destes desafios e limites, observa-se através de uma breve pesquisa bibliográfica sobre o assunto:

Quanto à interdisciplinaridade segundo CFESS, 2007, p.39 diz:

“A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação”.

Já a intersetorialidade é definida, pela Organização Mundial da Saúde, como uma estratégia para atingir Saúde para todos no ano 2000. Nas últimas décadas o debate sobre a promoção da saúde enfatiza as propostas de “cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial”.

No Brasil, esses temas são absorvidos e difundidos no contexto do processo de reforma sanitária e de implementação de mudanças de políticas de saúde e reorganização da gestão e dos serviços de saúde, que segundo Teixeira&Paim (...) seu alcance intersetorial efetivo são compreendidos como motores de formulação de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida” (Teixeira & Paim,2002 – acesso artigo Ciência&Saúde Coletiva).

Diante disso afirma-se a relevância e importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial na área da saúde e na busca dos direitos dos cidadãos, para enfatizar tal afirmação segundo RAICHELIS (2009):

“O trabalho interdisciplinar e intersetorial se torna fundamental e estratégico, bem como a ampliação do arco de alianças em torno de pautas e projetos comuns, tanto no âmbito governamental como na relação com os diferentes sujeitos e organizações da sociedade civil, em especial com os usuários dos serviços públicos e suas organizações coletivas”

Promover acesso das famílias aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social

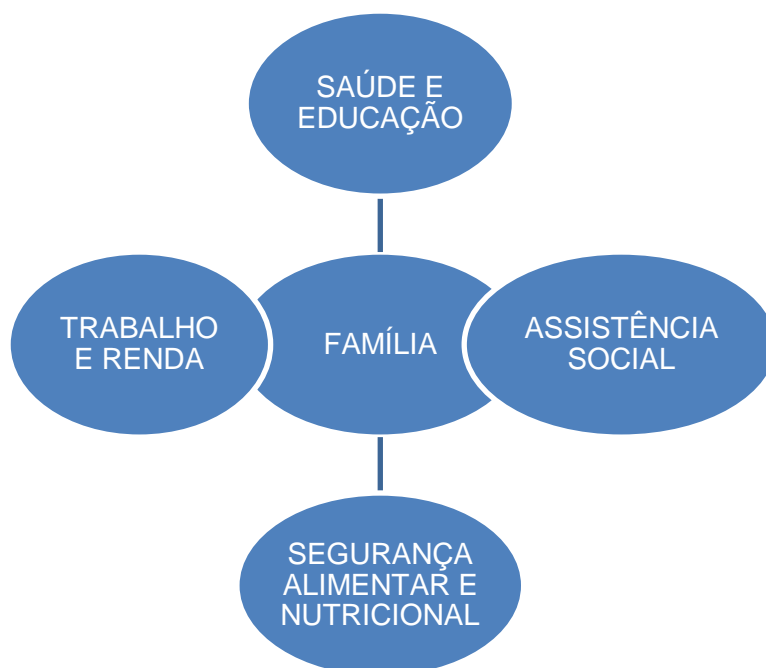


Figura 2–Direitos básicos

No entanto, o grande desafio posto aos profissionais do Serviço Social do IPPMG é aprender a lidar com as dramáticas situações que as famílias de pacientes crônicos apresentam e assim estabelecer processos de atenção a elas e às crianças.

Portanto, o Serviço Social deve instrumentalizar para auxiliar e orientar às famílias a enfrentarem os seus dilemas e problemas, principalmente no que se refere à continuidade do tratamento do paciente, garantindo seus direitos como cidadãos.

Complementando segue o que diz (FREIRE, 2011);

“(…)A doença crônica representa um cruel obstáculo não só para o desenvolvimento da criança como também para o seu relacionamento familiar. É na família que a criança busca apoio, orientação, proteção, suporte para algum sofrimento, carinho, atenção. A criança podendo contar com a assistência de algum familiar, poderá suportar com mais vigor os sofrimentos e ansiedades surgidos durante a doença e o processo de hospitalização. Faz-se necessário um olhar biopsicossocial da equipe multiprofissional perante o doente e sua família, tentando vê-los como um todo e não somente a doença (...) e identificar o papel da equipe multiprofissional como facilitadora do cuidado e fortalecedora do vínculo mãe-filho, na percepção da família (...) faz-se necessário que todos os profissionais busquem meios para ajudar a criança e a mãe a enfrentarem a realidade da doença crônica, devem estimulá-los a aderência ao tratamento, à assiduidade e aos controles medicamentosos realizados nos hospitais, passar informações necessárias sobre a doença da criança, e orientar no cuidada a ser realizado”.

Por isso, entende-se ser um grande desafio à profissão implementar princípios de integralidade, totalidade nos atendimentos sociais, sendo portanto imprescindível a articulação com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de potencializar a participação destes sujeitos sociais, possibilitando formular estratégias que buscam reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem de fato a garantia de direito à saúde aos usuários, preconizados pelo Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente (SGD) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Dentre outras coisas, quer dizer ter uma ligação permanente com os órgãos de garantia de direitos da criança e do adolescente, como: Conselho Tutelar, Juizado da Infância e do Adolescente, Defensoria e Promotoria, etc.

3.3 PRINCIPAIS PRÁTICAS E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO IPPMG.

É importante ressaltar que o presente material foi coletado no período do estágio, realizado de 2011/1 a 2012/2, como fruto da observação sistemática e objeto de debate nas reuniões de supervisão e de equipe, sobre os atendimentos e intervenções diários junto às crianças e adolescentes com doença crônica e sua família.

Inicialmente será apresentada a descrição dos principais atendimentos, ações e demandas realizadas pelo Serviço Social. Salienta-se que o objetivo é identificar a prática desenvolvida por estas profissionais de acordo com o que está proposto pelos “Parâmetros para atuação de serviço social na área da saúde” construído pelo conjunto da categoria, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social–CFESS, (2008 e 2010)

Descrição dos principais atendimentos:

- Levantamento e sistematização das condições sócio-econômicas através da entrevista social – apreensão da realidade social das famílias, valorizando sua inserção cultural, expressões e decisões;
- Orientações trabalhistas e previdenciárias, de legislações específicas e da rotina institucional com vistas à garantia de direitos;

- Mapeamento e encaminhamento às redes de apoio sócio-assistenciais disponíveis, através de manuais de encaminhamento;
- Interface com gestores das Redes de Saúde, com Órgãos de Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente, com Conselhos Tutelares e Órgãos do Poder Judiciário – O Processo de Judicialização que é um recurso necessário para obtenção da guarda de um paciente, para tal encaminha-se relatório à Vara da Infância e Adolescência;
 - Elaboração de Relatórios Sociais, Laudos Sociais;
 - Orientação sobre direitos aos pacientes e seus familiares, e neste caso por ser mais solicitado o que não quer dizer ser o mais importante, seguem detalhados abaixo:
- **Orientação aos pacientes e familiares:**

<p>Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada.</p>	<p>Regulamentada pela Portaria SAS-MS nº 502 de 28/12/2009 – benefício a pessoas com deficiência física, mental, auditiva ou visual, comprovadamente carentes, aquele com renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo (acesso: www.transportes.gov.br)</p>
<p>Vale Social intermunicipal</p>	<p>Regulamentada pela Lei nº 451 de 17/05/2005 – benefícios a portadores de doenças crônicas que estejam em tratamento e deficiências física, mental e visual, auditiva entre outras (acesso: www.valesocial.rj.gov.br/publica)</p>
<p>Benefício de Prestação Continuada – BPC da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS</p>	<p>O BPC é garantido por Lei/Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742 de 7 de setembro de 1993. O benefício consiste em pagamento mensal de um salário mínimo a idosos com mais de 65 anos de idade e às pessoas portadoras de deficiência de qualquer idade, que comprovem ter renda</p>

	per capita inferior a ¼ do salário mínimo. (acesso: www.guiadedireitos.org)
Cobertura previdenciária mediante licença médica; entre outros.	Neste caso o Serviço Social orienta, encaminha ou quando necessário disponibiliza ao responsável tipo de declaração, documentos comprobatórios da internação da criança ou do adolescente. No entanto quanto à licença médica diz a Legislação: (...)o atestado médico, para abono de faltas ao trabalho, tem limitações, regulamentadas p/Lei o decreto 27.048/49 que aprova o regulamento da Lei nº 605/49, no art. 12 & 1º e 2º, que dispõe sobre as formas de abono de faltas, mediante atestado médico (...)
Regras e Normas do Hospital	Neste tópico a assistente social no ato da entrevista, seja no setor de emergência, na demanda espontânea (quando a pessoa recorre ao setor) ou durante a visita diária nas enfermarias, ambulatórios ou CTI, orienta e encaminha quanto: procedimentos na internação e durante a mesma – quem pode ficar com o paciente, refeições, horário concedido à saída e entrada do acompanhante, horários para a visita e o número de pessoas para a mesma, no caso de criança sem certidão de nascimento, casos de violência na enfermaria, formulários específicos, etc..
Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	Regulado pela Portaria da Secretaria de Saúde nº 55, de 24/02/1999, o tratamento fora do domicílio (TFD) tem por finalidade garantir aos pacientes o acesso de ter o tratamento combatível a sua doença em centros de maiores recursos ou devido as regiões metropolitanas em que se situam não terem os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes atendidos na rede pública ou conveniados ao SUS de um município poderão gozar de serviços assistenciais de outro município quando estiverem esgotadas todas as formas de tratamento naquele em que o

<p>Tratamento Fora do Domicílio (TFD)</p>	<p>paciente reside. Da mesma forma, pacientes que residem em locais em que não possuem atendimento prestado pelo SUS poderão deslocar-se a regiões cobertas por esse serviço. Isso caracteriza o tratamento fora do domicílio, possuindo algumas despesas cobertas como explica os artigos 4º, 7º e 9º da Portaria: despesas relativas a transporte aéreo; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante; despesas relativas ao deslocamento de pacientes com acompanhantes quando houver indicação médica para isso, (...) a solicitação para o tratamento deverá ser feita pelo médico do paciente (...) acesso: www.tratamentoforadomicilio/secretariadasaude.</p>
<p>Acompanhamento de Casos</p>	<p>Neste atendimento se inclui a continuidade das orientações necessárias para a viabilização do exercício dos direitos; o acompanhamento do andamento das demandas sociais apresentadas, entre outras. Durante o estágio observou-se com bastante frequência a solicitação feita pelas famílias de informações como, por exemplo: vale/cartão de transportes, cesta básica, contato com Conselhos, Vara da Infância, CRAS, CAS, dentre outros.</p>
<p>Busca Ativa de Pacientes e/ou Familiares</p>	<p>De acordo com o disposto no CFESS, 2007, p.42 sobre Estudo Social - Processo metodológico de especificidade do assistente social, "...que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional" o serviço social através de entrevista toma ciência do contexto socioeconômico do paciente e da família e sua vulnerabilidade e tudo será registrado em um prontuário, onde não só é acompanhado quando necessário pelo serviço social como também por outros profissionais da área da saúde do IPPMG.. Este registro é de mera importância já que propicia melhores condições no que tange a Busca Ativa de Pacientes e/ou</p>

<p style="text-align: center;">Busca Ativa de Pacientes e/ou Familiares</p>	<p>Familiares, pois acontece quando pacientes não comparecem ao serviço para dar continuidade (motivos diversos). E se faz necessária para garantir a continuidade da proposta terapêutica, já que sua interrupção inadequada oferece risco à criança e/ou adolescente. Quando isso acontece, o serviço social é informado pelos profissionais da saúde que acompanham o estado clínico do paciente, ou seja, da sua ausência no acompanhamento ambulatorial, consulta periódica, no tratamento da doença, que geralmente ocorrem durante três vezes ao mês. Assistente social com o prontuário verifica endereço e telefone para localizar responsável da criança e toma todas as providências necessárias para o retorno do paciente e a partir daí não só a assistente social como também outros profissionais têm condições em saber da intenções da família, ou seja, se é negligência ou alguma fatalidade.</p>
---	---

Figura 3 – Orientação aos Pacientes e Familiares

Entende-se que o instrumento de trabalho primordial e relevante para os profissionais do Serviço Social, destacando no caso as assistentes sociais do IPPMG é a entrevista, pois é a partir desta que possibilita a tomada de consciência e de decisão entre os profissionais e os usuários, ou seja, estabelecem contatos e interações das realidades dos sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos, nas suas diferentes atribuições. Segundo “Documento de Base de Apoio Técnico do Serviço Social” – Entrevistar é mais do que apenas “conversar”: requer um conhecimento teórico-metodológico, a fim de possibilitar um planejamento da entrevista, a partir de um roteiro pré-definido, bem como a busca para alcançar os objetivos estabelecidos para sua realização.

Pois é a partir das informações colhidas que estes profissionais terão subsídios para a identificação e a seleção das necessidades e demandas apresentadas pelas famílias, ou seja, na entrevista há um favorecimento à reflexão e o despertar para uma consciência crítica entre os sujeitos e sua realidade. Sobre a entrevista, LEWGOY&SILVEIRA (2007) afirmam:

“(..) os Assistentes Sociais utilizam um conjunto de técnicas que serão selecionadas de acordo com o momento ou a finalidade, mas nenhuma técnica é empregada excluindo as demais: o que modifica é a intensidade e a frequência, de acordo com a etapa do desenvolvimento da entrevista. Algumas técnicas utilizadas durante esse processo foram: o acolhimento, o questionamento, a clarificação, a reflexão e a síntese integrativa”.

Diante do exposto, não devemos negar ser um grande desafio às assistentes sociais, tendo em vista as particularidades e as singularidades de cada família. O agir profissional é direcionado, de acordo com cada situação e deve ser destituído de qualquer prejulgamento, embasando sua prática no código de ética e no projeto ético-político do serviço social.

Neste sentido, para uma intervenção qualificada torna-se necessário um conjunto de habilidades através da ação, dimensão técnico-operativa e teórico-metodológica e ético-político, pois só assim o profissional terá condições em responder as demandas colocadas pelos usuários quanto pela Instituição.

Pois segundo VASCONCELOS (1997) a respeito dos usuários diz:

“As “histórias” dos usuários, além de se expressarem seus sofrimentos e suas tristezas, explicitam principalmente a complexidade das questões que permeiam estas histórias. (...) São a quantidade e a complexidade das questões que permeiam o cotidiano da população e que chegam aos profissionais através de desabaços, choros, risos, que exigem competência para serem desvendados nas suas inter-relações”.

3.4 ORGANOGRAMA DAS DEMANDAS SOCIAIS E DESAFIOS ENFRENTADOS PELO SERVIÇO SOCIAL DO IPPMG

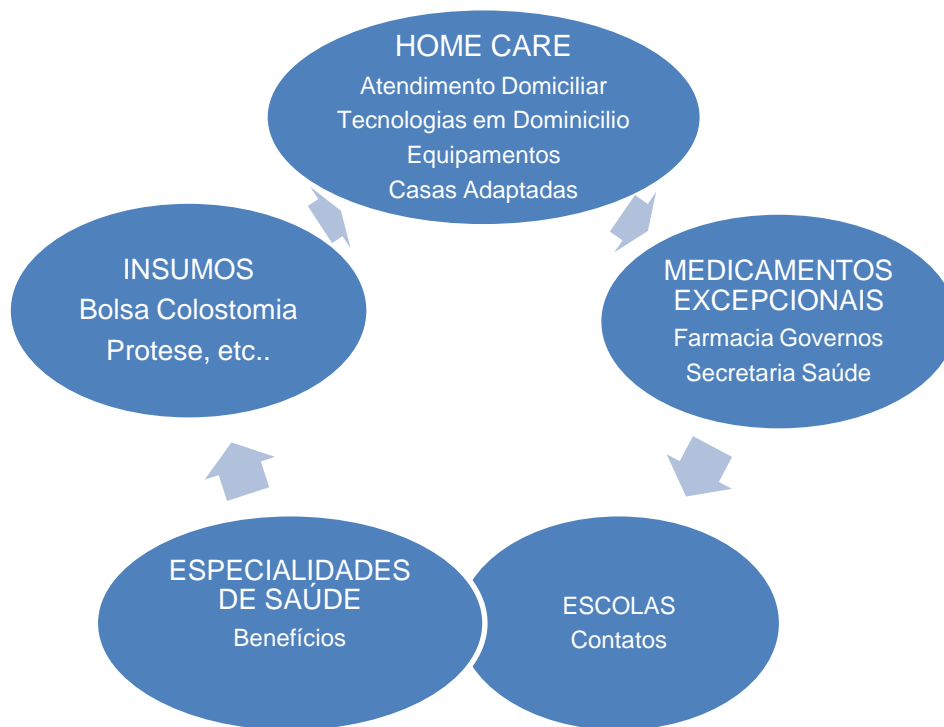


Figura 4 - Organograma das Demandas SociaisFonte: Dados coletados no Estágio realizado no período 2011-2012, no IPPMG.

Quanto as Demandas Sociais e os enfrentamentos, citamos:

- **Insuficiência de Políticas Públicas:** As atuações do Serviço Social requer um comprometimento incondicional para a realização das demandas apresentadas pelas famílias, já que as assistentes sociais deverão articular-se com outros órgãos e redes pela escassez ou a insuficiência de políticas, programas e serviços voltados para as necessidades particulares deste segmento, RAICHELIS (2009) afirma que:

“O trabalho interdisciplinar e intersetorial se torna fundamental e estratégico, bem como a ampliação do arco de alianças em torno de pautas e projetos comuns, tanto no âmbito governamental como na relação com os diferentes sujeitos e organizações da sociedade civil, em especial com os usuários dos serviços públicos e suas organizações coletivas”.

- **Avanço Tecnológico:** Cita-se o chamado homecare ou Assistência Domiciliar que é uma modalidade continuada de prestação de serviços na área da saúde que visa à comunidade do tratamento hospitalar no domicílio, realizado pela equipe multiprofissional com a mesma qualidade, tecnologia e conhecimento. O atendimento domiciliar evita a permanência prolongada no hospital, a interrupção do cuidado ao paciente e o distanciamento dos profissionais envolvidos no tratamento, a diminuição dos riscos de infecção em ambientes hospitalares, etc. Regulamentada pela ANVISA por meio da Resolução nº 11 em 30/11/2006 .

Porém, isso requer também um esforço tanto para o Serviço Social quanto para outros profissionais de saúde, já que para a concretização deste serviço envolve um leque de tomadas e decisões, como: se a família tem condições estruturais, sociais e econômicas para receber a empresa, casa adaptada, boa localidade, fácil acesso, etc.. E quanto a instituição é referente ao lado financeiro, é feito pesquisa de orçamento e geralmente demora mais do que o necessário, segundo(EMILLY MARQUES) “Para prolongarem o tempo sem internação, muitas crianças e adolescentes necessitam de equipamentos e de tecnologias em domicilio e políticas específicas voltadas para o consumo de energia quando estas são adquiridas; casas adaptadas e ambientes acessíveis; (...) acesso a insumos e medicamentos especiais e excepcionais sem morosidade no processo, dentre outras questões”.

- ***Dificuldades das famílias em garantir a própria sobrevivência:*** é mais um grande desafio para as assistentes sociais do IPPMG, pois muitas vezes é marcada pelo enfrentamento das expressões da questão social, que se manifestam de diversas formas, sejam: no desemprego, moradia precária ou a falta da mesma, empregos informais, terceirização, etc. e o que se percebe é que enquanto determinado paciente encontra-se hospitalizado o tratamento do mesmo torna-se eficaz, no momento da alta isso não ocorre, sejam por vários fatores como, falta de remédio, situação financeira precária e às vezes até por negligência familiar, etc.. e diante disso, a

situação de recorrência hospitalar e longas internação do paciente muitas vezes é comum e necessária para a manutenção da saúde da criança ou do adolescente.

Diante destes fatos é relevante que o profissional busque também realizar ações interdisciplinares, pela superação da doença e pela manutenção dos meios de sobrevivência. Para melhor entendimento dos problemas enfrentados pelas famílias de crianças e adolescentes com doenças crônicas, cita-se trecho de uma pesquisa da Escola Anna Nery 16, nº 4 – Rio de Janeiro nos meses de novembro (2008) e janeiro (2009) internados num hospital público do Município de João Pessoa/Paraíba.

“Os dados revelam que a doença crônica na infância, ocasionou profundas transformações na dinâmica e na vida familiar, devido às necessidades intrínsecas desencadeadas pela doença na família, levando a um processo de desestruturação e de modificação dos papéis desempenhados por cada membro, resultando em momentos conflituosos e na interferência no cotidiano”

Outra demanda que se apresenta ao Serviço Social diz respeito às *crianças e adolescentes sem acompanhamento de familiares*, nessa situação há uma interlocução e interface com gestores das redes de saúde e também com órgãos de garantia de direitos a criança e do adolescente, como: Conselhos Tutelares, Juizado da Infância e Juventude, Defensoria Pública e Promotoria, para assim amenizar e dar condições a essas crianças e/ou adolescentes de uma superação ou até uma qualidade de vida melhor. Normalmente, a identificação dessa situação ocorre durante a visita nas enfermarias, ou quando o serviço social é conduzido por outro profissional da saúde que acompanha o paciente, ou até mesmo quando a criança é internada na emergência por alguém que não faz parte da família ou mesmo pelo pai ou mãe sem ao menos a criança ser registrada.

Quanto ao fato das *crianças sem documento de identificação civil* esta demanda também é identificada no instante da internação, quando a criança é registrada como “filha de fulano”, e logo o serviço social orienta e encaminha o cuidador/responsável pela criança para o(s) órgãos competentes para providenciar a documentação. Existem casos inclusive, de encaminhamento a cartório para não só requisitar a Certidão de Nascimento, como também a Certidão de óbito.

No que se refere à *vítima de negligência ou abandono* pode ser detectada pelas assistentes sociais no momento da entrevista social, mas é mais recorrente quando a criança é

examinada pelos médicos (anamnese), conforme explicito no manual da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP:

A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge geralmente, no momento em que se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico do paciente. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, como também de sintomas sugestivos de que a criança possa estar sendo vitimizada. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por equipe multiprofissional, na qual estejam incluídos, além do médico, psicólogo e assistente social.

(3ª Ed- RJ, 2005).

Diante do que foi exposto é nítido observar os diversos conflitos seja para as crianças e/ou responsáveis, por isso há necessidade de um comprometimento entre os profissionais da saúde e, sobretudo a importância em apreender sobre os aspectos da intervenção no que tange as condições das doenças crônicas das crianças quanto a um possível desequilíbrio familiar, por isso dizer do total comprometimento aqui no caso das assistentes sociais, ou seja, que tenham pleno conhecimento nas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-político que devem balizar suas intervenções.

Para complementar as ações do serviço social frente às demandas apresentadas pelas famílias e os pacientes no IPPMG, com o objetivo de se chegar num consenso satisfatório e eficaz, ocorre o chamado “*round*” quando os profissionais da área de saúde/equipe multiprofissional: médicos, psicólogos, nutricionistas, assistente sociais, dentre outros, se reúnem para discutir a situação dos pacientes e seus familiares, a evolução do tratamento, a relação entre o responsável com a criança, a necessidade de encaminhamento a órgãos de defesa ou redes de saúde, etc.,ou seja, há uma interlocução com a equipe de saúde no sentido de ampliar o olhar para a criança, o adolescente e seu grupo familiar, bem como socializar e partilhar decisões e ações, trabalho este em grupo com orientações mais gerais acerca dos direitos sociais e na perspectiva do controle social.

Para melhor entendimento segue trecho do artigo de (CARDOSO, & HENNINGTON, 2011) que fala:

“Dentre os principais cenários do trabalho em equipe estão as reuniões multiprofissionais nos serviços, foco deste artigo. Segundo Abuhab e colaboradores (2005), reuniões técnicas fazem parte do processo de trabalho em saúde e permitem a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes. A forma de organizar e a dinâmica da reunião permitem entender se o serviço tende a ser transformador e prioriza a

troca e a decisão da equipe em relação às intervenções, ou se é tradicional e submetido ao modelo médico hegemônico.”

Porém, apesar de todos os direitos preconizados na Constituição Federal/ 1988 – no seu art. 1º; no ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente e no SGDA – Sistema de Garantia de Direitos junto ao adoecimento crônico de crianças e adolescentes, bem como em diferentes programas sociais, e apesar de reconhecermos avanços, ainda está longe de identificarmos a efetivação de todos estes direitos, ou seja, há uma distância entre o direito legal e o direito real, já que a universalidade e a qualidade dos serviços não se efetivam como descritos nas normativas.

O Sistema Garantia do Direito a Criança e Adolescente - SGD na sua Resolução nº 113 – Conselho Nacional aos direitos da criança e ao adolescente (CONANDA), fruto de uma mobilização anterior marcada pela Constituição Federal de 1988 e pela promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) promove:

FIGURA 5:

EIXOS ESTRATÉGICOS		
Defesa dos Direitos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção dos Direitos Humanos; • Serviços e Programas das Políticas Públicas; • Satisfação de necessidades básicas da criança e do adolescente pelas políticas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle da efetivação dos Direitos Humanos; • Controla as ações Públicas de Promoção e defesa dos Direitos Humanos • Conselhos dos Direitos da criança e do Adolescente e Conselhos Setoriais

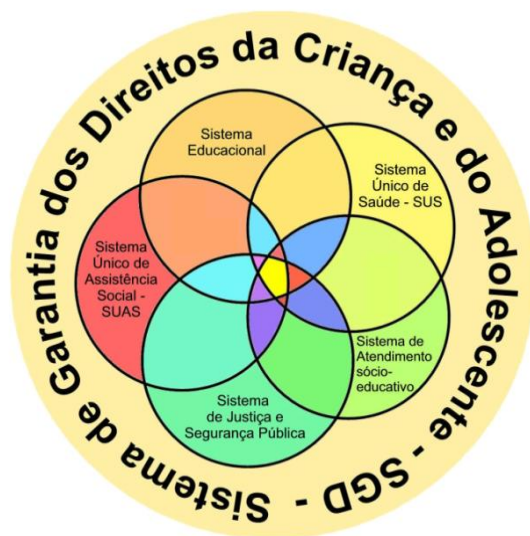


Figura 5 - Sistema de Garantia da Criança e do Adolescente Fonte: Fig. 5 e Fig. 6: Disponível em http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/Res_113_CONANDA.pdf - Acesso em 14/09/2014.

No entanto, observa-se que, em vez de um Estado de defesa aos princípios de garantia dos direitos universais, identificamos Estado de mercado e privatista, garantindo assim uma atenção mínima aos que não podem pagar por serviços privados, ou seja, há uma falta de Políticas Públicas, principalmente no que tange a proteção integral à criança e ao adolescente com doença crônica e sua família, necessitando com isso o que chamamos de Judicialização da vida social de direitos, um Processo Político de Mobilização, isto é recorrer a Ministério Público, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, etc... Para suprir a ausência efetiva do Estado.

Há de se notar mediante desta problematização que há um grande enfrentamento dos profissionais na garantia dos direitos preconizados pela Constituição e ECA, deixando vulnerável a população, neste caso as crianças e adolescentes e dentro deste contexto cita-se:

“Reconhecemos que os anos de 1980 marcaram o processo de democratização e a entrada de novos atores políticos, colocando os direitos sociais e a melhoria das condições de vida em pauta. A proteção à infância e à adolescência foi uma das bandeiras de luta em prol dos direitos humanos, presentes na Constituinte. (MARQUES, 2011, p.155)”.

Com a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1993, surgiu um novo paradigma em que é adotada a “doutrina da proteção integral” na qual a criança é considerada sujeito de direitos em desenvolvimento e com prioridade de atenção integral.

Na política de saúde também obtivemos algumas conquistas na ampliação da concepção de assistência que deveria ser prestada às crianças e aos adolescentes. Porém, apesar de constar como diretriz do SUS e ser a proposta de programas já estabelecidos, como por exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984 e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, o conceito de atenção integral ou a integralidade é difuso.

Diante do exposto, nota-se uma intensa complexidade a respeito do cotidiano do serviço social seja pelo fato desse profissional depender de vários atores sociais para uma intervenção satisfatória e conseqüentemente uma atuação de qualidade, seja pelos direitos preconizados pelo ECA, SGDCA, dentre outros...e todas estas diversidades se passam num espaço que alguns autores o chamam de Plantão Social, e para expressar melhor citaremos de acordo com Sousa:

“Os plantões sociais foram instrumentos utilizados pelos assistentes sociais pioneiros, implantados pelas entidades norte-americanas, quando perceberam a necessidade de sistematizar os atendimentos assistenciais, que foram divididos em casos imediatos eram aqueles e casos continuados. Casos imediatos eram aqueles em que as intervenções ocorriam em momentos de vulnerabilidade, sendo essas rápidas, enquanto os casos continuados se caracterizam por problemas mais graves, junto aos quais era necessário um contato prolongado entre o assistente social e o usuário”. (SOUSA, 2004, p.48).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora em muitos casos a intervenção do Serviço Social do IPPMG na viabilização dos direitos às famílias dos pacientes com doenças crônicas sejam constantemente tensionadas e calcadas no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, ou seja, dos direitos sociais, a realidade demonstra que os caminhos para tal concretização requer um esforço incomensurável.

Dentro deste contexto é inegável que as Assistentes Sociais tenham que repensar a cada dia sua prática profissional para atender e dar respostas condizentes aos usuários, segundo Lewgoy e Silveira (2007, p. 240) relatam que: “após ouvir há que se interpretar, avaliar, analisar e ter uma atitude ativa”. Por isso destacamos a importância do total comprometimento das profissionais para a realização de alguma necessidade do paciente e sua família e conseqüentemente para oferecer-lhe uma qualidade de vida melhor e pensando nisso, reportamos, por exemplo, na importância de recursos impetrados por estas profissionais quando algum pedido de benefício era negado.

Devido a alta complexidade e as demandas apresentadas a estas profissionais pelas famílias dos pacientes, principalmente no que tange às classes mais vulneráveis, busca-se o questionamento de como fazer para garantir estes direitos nos atendimentos de saúde, devido a precarização, a individualização das condições das políticas pública de saúde, sendo necessário e indispensável às articulações dos setores da intersetorialidade e das redes de apoio governamentais e não governamentais e por isso dizer que é um grande desafio postos as assistentes sociais desta instituição.

Ressalta-se que o enfrentamento das adversidades oriundas no percurso da doença crônica, quando trabalhados de modo apropriado desde a instituição até a equipe da área de saúde, influencia positivamente na adaptação e, conseqüentemente, na resposta da família e da criança ao tratamento, resultando em melhor “qualidade de vida”.

No entanto, foi possível observar durante período de estágio que algumas dessas famílias, orientadas e encaminhadas pelos profissionais que devido à situação da enfermidade da criança e/ou adolescente e por outro lado pela fragilidade da família deveriam ser agraciadas por certos benefícios, mas, pela alta condicionalidade dos direitos através dos requisitos indispensáveis para a liberação daquele benefício não eram aceitos.

A partir desse pressuposto o Serviço Social juntamente com outros profissionais da saúde, através de laudo, parecer médico e encaminhamento enviava recursos à defensoria pública, solicitando com isso a revisão de tal benefício outrora indeferido, o que ratifica as dificuldades e limites imposta pelo sistema, além de admitir que os direitos tanto no ECA, como pela Constituição ou pelo SGDCA, dentre outros dependem de quem os julga e muitas vezes desconhece a situação social daquela família ou porque o sistema de garantia de direitos é fragilizado não cabendo estes direitos a todos.

Diante do exposto vale ressaltar o que dispõe no Estatuto da Criança e do Adolescente ECA mais precisamente no seu art. 141 “É garantido o acesso de toda criança ou adolescente à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, por qualquer de seus órgãos” complementado pelo § 1º. A assistência judiciária gratuita será prestada aos que dela necessitarem, através do defensor público ou advogado nomeado.

Por iguais razões segue o que (OLIVEIRA& ALVES) relatam: “pelo fato de terem urgências e serem atendidas nas suas necessidades, seus representantes tem que ingressar com pedido junto ao Ministério Público ou a Defensoria Pública, para que um destes dirija-se ao Judiciário e busque a efetivação do direito que está na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente” e mais “Os juízes, de modo geral, contemplam as necessidades, e isso não é nenhuma vantagem destinada a uma faixa da sociedade, mas simplesmente para corrigir os erros da administração Municipal, Estadual e até da União, que não prevêm em seus orçamentos recursos necessários para cobrir as despesas com estas necessidades, seja de crianças e adolescentes, ou de até de adultos e idosos em geral que tem esses direitos seja na constituição, no Estatuto da Criança e do Adolescente, e também no Estatuto do Idoso”.

É bom ressaltar que as ações e/ou intervenções dos profissionais da área da saúde, incluindo aqui das assistentes sociais requer uma tarefa árdua, pois a aprendizagem é contínua, sem linearidade, tendo em vista que no cotidiano acrescentam-se novos elementos, novos saberes, novas reflexões, no entanto, por outro lado, tornam-se positivo e importante para a formação e competência profissional do Assistente Social, especificamente as do IPPMG, já que é a partir dos impasses, ou seja, da sensação do sentimento de incompletude, que se busca alternativas consistentes para debates e discussões dentro da equipe do Serviço Social e, sobretudo com profissionais sejam da área da saúde do próprio IPPMG como também de outras instituições, inclusive, a família.

Nesse sentido vale lembrar a grande importância na interlocução e interface permanente com os órgãos de garantia de direitos à criança e adolescente, os familiares e, sobretudo, com a equipe de saúde para assim poder socializar e partilhar decisões e ações.

É fato, portanto, exprimir a importância da interlocução e interface na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes assim como de seus familiares e para tal citamos o entendimento de (TORRES;SOUZA e MORGADO) que diz:

“É importante ressaltar que esse profissional não se encontra sozinho na instituição – ele integra uma equipe. A realização de reuniões sistemáticas deve ter objetivo a discussão de estratégias para o melhor atendimento às demandas apresentadas, bem como permitir a identificação de demandas ainda não explicitadas. Nesse sentido, a interlocução com profissionais de diferentes áreas de diferentes instituições mostra-se como o caminho adequado para subsidiar a intervenção profissional dirigida à garantia dos direitos da infância e juventude”.

Nesta perspectiva o trabalho em equipe visa proporcionar um serviço de qualidade e, sobretudo no que diz respeito às ações, intervenções às famílias e às crianças e adolescentes com doenças crônicas do IPPMG na luta pela efetivação aos acessos dos seus direitos elencados na Constituição Federal, assim como no ECA.

Diante do exposto, ressaltamos que a experiência deste trabalho demonstrou a intensidade do desafio dos profissionais da área de saúde, em especial no que se refere às ações do Serviço Social no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira frente às demandas das famílias de crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas, na aplicação dos seus direitos e de uma política de saúde de qualidade. Do mesmo modo, a importância da articulação intersetorial seja com redes governamentais e não governamentais e demais políticas públicas para que suas ações sejam realizadas e seus objetivos sejam alcançados, ou seja, ir além dos limites da instituição.

No entanto, vale lembrar a necessidade dos profissionais do Serviço Social o conhecimento técnico, formação ético-político e teórico-metodológico para que no seu dia-a-dia possam formular ações sejam com a equipe multiprofissional, às famílias e com a própria criança e adolescente no enfrentamento das situações assegurando os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- _____. *As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológico no Serviço Social Contemporâneo*. Disponível em www.funorte.com.br/files/servico-social/04.pdf. Acessado em 20/10/2015.
- _____. *Ações e Serviços de Saúde*. Lei Federal 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.
- _____. *A Seguridade Social*. In: ROCHA, Denise; Bernardo, Maristela (org). A Era FHC e o Governo Lula: Transição. Disponível em; [HTTP://inesc.org.br/conteúdo/publicações](http://inesc.org.br/conteúdo/publicações).
- _____. *Assistente Social: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções*. 5ª Ed. Revista e atualizada até junho/2008. Rio de Janeiro.
- _____. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. 2ª Ed., São Paulo, Cortez, 1992 / 2007;
- _____. *Economia Política: uma introdução crítica*. 3.ed. – São Paulo: Cortez, 2007. – (Biblioteca básica de serviço social; v.1)
- _____. *Escola Anna Nery*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452012000400020>. Acessado em 25/10/2015.
- _____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal.
- _____. *Guia de Atuação frente a maus-tratos na Infância e na Adolescência*. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicações/maustratos-sbp>. Acessado em 30/10/2015.
- _____. *HomeCare Hospital Albert Einstein*. Disponível em www.einstein.br/hospital/home-care/o-que-e-home-care/paginas/o-que-e-home-care.aspx
- _____. *O Serviço Social em Hospitais: Orientações básicas*. Comissão de saúde. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.55.
- _____. *Políticas sociais no Governo Lula: uma nova reflexão* In: Revista Inscrita nº. 9, Brasília: (CFESS, 2004).
- _____. *Presidência da República – Casa Civil*. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212.cons.htm.
- _____. *Promoção da Saúde e Envelhecimento*. Disponível em www.crde.unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao-da-saude.pdf.

_____. *Revista Núcleo Reviver*. Disponível em www.nucleoreviver.com/artigos/fonoaudiologia/a-importancia-do-trabalho-multidisciplinar. Acessado em 30/10/2015.

_____. *Rev. Panam Salud Publica – vol. 8 n.1-2 – Washington Jul/Aug. 2000.A Descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892000000700026>. Acessado em 30/10/2015.

_____. *Serviço Social na contemporaneidade: desafios para a construção de uma esfera democrática*. Em Pauta. Rio de Janeiro, n.15,p.29-42, jul-dez,1999.

_____. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*. (2001) Disponível em www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf. Acessado em 25/10/2015.

_____. *Serviço Social e saúde: exigências e desafios para ação*. Disponível em www.ucpel.tche.br/mps/diposul/dosc/trabalhos/19.pdf. Acessado em 25/10/2015

BAPTISTA, T.W.F. *História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Ed.:Fiocruz, RJ, 2007.

BEHRING, E. R. *Fundamentos da política social*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Trabalho publicado em 2002 para o Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Disponível em http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf. Acessado em 30/10/2015.

BEHRING, E.R.e BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

BRAVO,M.I. *O Serviço Social na Saúde na década de 90. Superando desafios*. Caderno do Serviço Social HUPE/UERJ. Rio de Janeiro, n.3, ano 3, 1998.

CARDOSO,Cintia e HENMIGTON,Élida. *Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança” – Trabalho, Educação e Saúde, vol.9, supl.I-RJ, 2011).*

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília: CFESS, 1993

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Assistente Social: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções*. 5. ed. Revista e atualizada até junho/2008. Rio de Janeiro: [S. n.], 2009

- COELHO, V. S. P. *Interesses e Instituições na Política de Saúde*. Revista Brasileira de Ciências Sociais. SP, 1998.
- COSTA, M.D.H. *O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.62, p.35-72, 2000.
- DAHMER, T. *O Serviço Social e o Sistema Sócio Jurídico*. CRESS – 7ª Região.
- DRAIBE, S.M. *As políticas sociais e o neoliberalismo*. Revista USP, nº 17. São Paulo: ed. Da USP, 1993.
- FÁVERO, E. *Instruções Sociais de processos, sentenças e decisões*. Inc.: Serviço Social; direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- FLEURY, S. “*Proteção Social em um Mundo Globalizado*” – Ver. Saúde em Debate – v. 29 – nº 71, p. 305/314 – 2006;
- GOHN, M.G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001.
- HABERT, Nadine. *A década de 70: apogeu e crise da ditadura militar brasileira*. 3ª ed. São Paulo, SP: Ática, 1996.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. *As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo*. Disponível em <http://www.funorte.com.br/files/servico-social/04.pdf>. Acessado em 27/10/2015.
- IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de má interpretação histórica-metodológica*. 22. Ed. São Paulo: Cortez, 1983. Disponível em www.uel.br/revistas/ssrevista/c_vzn1_quest.htm. Acessado em 27/10/2015
- KARL, M. *O Capital*, Volume I, parte III, Cap. VII – *Processo de Trabalho e Processo de Produção de mais valia*;
- LEWGOY, A.M.B; SIQUEIRA, E. M.C: *Revista textos & Contextos*. Porto Alegre – v.6 nº 2 – p. 233 -251. Julho/dezembro 2007.
- MARQUES, P.E. *Reflexões sobre a (des)proteção social das crianças e dos adolescentes cronicamente adoecidos*. Disponível em: osocialemquestao.ser.puc-rio.br
- MARTINELLI, M. L. *Serviço Social: identidade e alienação* – 7ª Ed. São Paulo, Cortez, 2001;
- MENDES, E. V. *Uma Agenda Para a Saúde*, São Paulo, Ed. HUCITEC, 2ª Ed., 1999.
- NETTO, J.P. *Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo, 1991.
- NOBRE, C.C.L. *Ciência & Saúde Coletiva* – vol. 8 - número 4 - São Paulo, 2003

OLIVEIRA, Tiago; ALVES, Rogério. *A Criança e direito à saúde*– Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=9821&n_link=revista-artigo-leitura. Acesso em 20 de dezembro 2015.

PAIM, J.S. *Modelos Assistenciais: Reformulando o Pensamento e Incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde*. Disponível em <http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acessado em 25/10/2015.

PINTO, M. B. *Os movimentos sociais e a construção da cidadania*. Niterói, 2005:201 p. Tese de Doutorado em História. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2005.

PONTES, A.L.M (orgs). *Políticas de Saúde: organização e operacionalizaçãodo Sistema Único de Saúde*– Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007;

PONTES, R. J. S. *Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal do Ceará*, Brasil, 2000.

RAICHELIS, R. *O trabalho do assistente social na esfera estatal*. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p.238-391.

REZENDE, I. et CAVALCANTI, L. F. *Serviço Social e Políticas Sociais* -2ª Edição – Rio de Janeiro; Editora UFRJ, 2008. (Série Didáticos).

ROSEN, G. *Uma história da saúde*, 2008. Publica. Editora UNESP, 2ª edição –São Paulo, 1994;

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. *Plano Diretor de Regionalização*. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/informes-ao-gestor/planejamento/pas/10749-plano-diretor-de-regionalizacao-2001-2004/file.html>. Acessado em 25/10/2015.

SOARES, L. T. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) – FIOCRUZ – Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça – 3ª Ed. – Rio de Janeiro – junho 2005.

SOUZA, C. T. *A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional*: 120 – 131 2008;

SPOSATTI, A.et alli.*Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras*. 3.ed. São Paulo: Cortez;

VASCONCELOS, A.M..*Serviço Social e Prática Reflexiva*.Revista Em pauta. Rio de Janeiro: FSS/UERJ, n.10, julho, 1997.

VASCONCELOS, A.M.. *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*, 2002.