

POLÍTICAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

CONTRADIÇÕES, AMBIGUIDADES E POSSIBILIDADES

2a. Edição
revista e ampliada

Liduina Farias Almeida da Costa e
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro
(Organizadoras)



**POLÍTICAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
CONTRADIÇÕES, AMBIGUIDADES E POSSIBILIDADES**

© Todos os direitos desta edição são reservados aos autores/organizadores e à EDUFCG

**EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - EDUFCG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCC
editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. Vicemário Simões

Reitor

Prof. Dr. Camilo Allyson Simões de Farias

Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves

Diretor Administrativo da Editora da UFCC

Ronaldo de Castro Cruz

Editoração Eletrônica / Capa

CONSELHO EDITORIAL

Antônia Arisdélia Fonseca Matias Aguiar Feitosa (CFP)

Benedito Antônio Luciano (CEEI)

Consuelo Padilha Vilar (CCBS)

Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)

Janiro da Costa Rego (CTRN)

Marisa de Oliveira Apolinário (CES)

Marcelo Bezerra Grilo (CCT)

Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)

Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)

Rogério Humberto Zeferino (CH)

Valéria Andrade (CDSA)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmus Miessa Ruiz

Imprensa Universitária

José Maria Vieira da Silva

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes

Eduardo Diatáhy Bezerra de Menezes

Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso

Francisco Horácio da Silva Frota

Francisco José Camelo Parente

Gisafran Nazareno Mota Jucá

José Ferreira Nunes

Liduína Farias Almeida da Costa

Lucili Grangeiro Cortez

Luiz Cruz Lima

Manfredo Ramos

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Marcony Silva Cunha

Maria do Socorro Ferreira Osterne

Maria Salete Bessa Jorge

Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro | UFPE

Eliane P. Zamith Brito | FGV

Homero Santiago | USP

Ieda Maria Alves | USP

Manuel Domingos Neto | UFF

Maria do Socorro Silva Aragão | UFC

Maria Lírida Callou de Araújo e

Mendonça | UNIFOR

Pierre Salama | Universidade de Paris VIII

Romeu Gomes | FIOCRUZ

Túlio Batista Franco | UFF

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCC

P769 Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades [livro eletrônico] / organizadores, Liduína Farias Almeida da Costa e Herta Maria Castelo Branco Ribeiro. - Paraíba: EDUFCG / Fortaleza: EdUECE, 2017.
310p.: il;
ISBN: 978-85-7826-491-8

1. Políticas de saúde. 2. Serviço social. 3. SUS. I. Costa, Liduína Farias Almeida da.
II. Ribeiro, Herta Maria Castelo Branco. III. Título.

CDD: 362.10981

Sumário

Prefácio à primeira edição.....	11
Prefácio à segunda edição	15
Apresentação	19
O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social	33
Liduina Farias Almeida da Costa e Lucia Conde de Oliveira	
A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”	73
Lucia Conde de Oliveira e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia	
O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas	99
Ana Paula Girão Lessa	
Serviço social na atenção primária: construindo novas práticas e saberes.....	115
Ondina Maria Chagas Canuto	
Atuação do/a assistente social na Estratégia Saúde da Família em uma metrópole brasileira	135
Roberta Rocha da Costa e Lucia Conde de Oliveira	
O desafio da interdisciplinaridade na política de saúde mental e o serviço social: um enfoque no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz-Maranhão ...	163
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro e Naíres Raimunda Gomes Farias	

O serviço social numa Organização Social de Saúde de referência em atenção secundária do SUS: experiência no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.....203

Larissa Soares Cruz e Liduina Farias Almeida da Costa

Ressignificando práticas: o serviço social e a padronização de procedimentos em instituição hospitalar terciária do SUS .235

Liduina Farias Almeida da Costa, Ana Paula Girão Lessa, Ana Rosa Alves da Silva e Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

Planejamento Estratégico e serviço social em unidade terciária de saúde: experiência no Hospital Geral de Fortaleza 285

Liduina Farias Almeida da Costa, Maria Sônia Lima Nogueira e Ana Rosa Alves da Silva

As autoras

Lucia Conde de Oliveira – Assistente Social, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ) com Pós-Doutorado também em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Professora do Curso de Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Acadêmico em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa “Políticas de Seguridade Social, Movimentos Sociais e Trabalho do Serviço Social”. Tem experiência na área de Política de Saúde e Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas e práticas de saúde, participação, controle social e conselhos de saúde. E-mail: conde.lucia@gmail.com

Naíres Raimunda Gomes Farias – Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora Associada I do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão com acúmulo de docência no Serviço Social dos anos de 1992 aos recentes. Tem experiência profissional na área de Serviço Social, e na pesquisa realiza trabalhos na área das lutas sociais e sindicais, do projeto profissional do Serviço Social e da contemporaneidade da questão social. E-mail: nairesfarias@yahoo.com.br

Liduína Farias Almeida da Costa – Assistente Social, Doutora em Sociologia, com Pós - Doutorado também em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com inserção docente nos Cursos de Mestrado em Sociologia, Planejamento e Políticas Públicas e Serviço Social. Experiência nas áreas de Serviço Social, Saúde Coletiva e Sociologia. Atuação nos temas:

democracia participativa e políticas públicas; planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas; avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, assistência social, acesso à justiça, previdência social e desenvolvimento regional/territorial. Membro participante do Núcleo de Pesquisas Sociais (NUPES), Grupo de Pesquisa “Políticas Sociais, Trabalho e Cidadania” e do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOS), Grupo de Pesquisa “Políticas de Seguridade Social, Movimentos Sociais e Trabalho do Serviço Social”. E-mail: liduinafariasac@gmail.com

Ondina Maria Chagas Canuto – Assistente Social, Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (UFC), tendo cumprindo estágio doutoral na Universidade de Montreal-Canadá. Mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Internacional de Lisboa/Universidade Estadual Vale do Acaraú. É Especialista em Gerontologia Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Experiências profissionais na área da Gestão de Políticas Públicas de Urbanismo, Habitação, Saúde e Educação, nos municípios de Quixadá, Sobral e Fortaleza. Destaque-se seu trabalho junto ao Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral e Escola de Saúde Pública do Ceará, com participação na Rede de Escolas Técnicas de Formação Profissional em Saúde e Rede de Escolas de Saúde Pública do SUS. Servidora da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, integra a equipe de Serviço Social do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). E-mail: ondinaacanuto@yahoo.com.br

Maria Sônia Lima Nogueira – Assistente Social, Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Políticas Públicas e Sociedade também pela UECE. É docente do Curso de Serviço Social da Faculdade

Maurício de Nassau-Fortaleza e assistente social da Secretaria Municipal de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (SETRA). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde mental, família, serviço social e saúde, atenção básica e serviço social, sociologia da saúde, política de saúde e rede de atenção à saúde. Membro do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOS), Grupo de Pesquisa, “Políticas de Seguridade Social, Movimentos Sociais e Trabalho do Serviço Social”. E-mail: sonialiman@gmail.com

Herta Maria Castelo Branco Ribeiro – Assistente Social, Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC), Mestra em Saúde da Família (RENASF/ ENSP/FIOCRUZ), Coordenadora e Professora Adjunta do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Representante da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) na Região Norte (2009-2011). Coordenou o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz (2005 – 2009). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Gestão Estratégica de Recursos Humanos pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Direitos Sociais e Competências Profissionais pela Universidade de Brasília (UnB) e Metodologia da Educação Superior pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). É membro do Grupo de Pesquisa “Políticas Sociais, Trabalho e Cidadania”. E-mail: herta_ribeiro@hotmail.com

Ana Rosa Alves da Silva – Assistente Social, Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Especialista em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas na Área da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Graduada também em Letras pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) onde também exerce a Coordenação do Setor de Estágio. Assistente Social do Hospital Geral de Fortaleza e membro da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/CE- 3ª Região). É autora de vários artigos científicos, capítulos de livros e trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais da área de saúde. E-mail: anarosa14@oi.com.br

Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia – Assistente Social, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestra em Administração, foco em gestão de pessoas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Especialista em Saúde Mental Coletiva pela UECE e também Especialista em Gestão Universitária pela UFC. Tutora e Docente assistencial do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde Hospitalar dos Hospitais Universitários da UFC, onde desenvolve suas atividades profissionais. Área de estudo: controle e participação social, processo de trabalho na saúde, formação em saúde, política de saúde do trabalhador. E-mail: luciarochamaia@yahoo.com.br

Ana Paula Girão Lessa – Assistente Social e Especialista em Políticas Públicas, com experiência na área de gestão participativa do SUS. Ouvidora Geral da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, entre 2007 e 2016, onde coordenou a Rede de Ouvidorias da SESA/CE, o Fórum Cearense de Ouvidorias do SUS e o Grupo Técnico responsável pela implantação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS no Ceará – *ParticipaSUS*. Membro do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza no período de 1995 a 1998, assumiu sua presidência nos anos de 1997 e 1998. Integrou a equipe de serviço social

do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) onde realizou pesquisas de avaliação de serviços e padronização de procedimentos de trabalho. Atua como Assistente Social do Ambulatório de Especialidades e na Preceptoría do Programa de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). E-mail: anapaulalessa@uol.com.br

Larissa Soares Cruz – Assistente Social, Especialista em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, pela Universidade Nacional de Brasília (UnB) e em Acreditação Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Com várias experiências na área de saúde, coordenou o setor de Serviço Social do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA) no período de 2011 a 2013. Atualmente, gerencia o Núcleo de Atendimento ao Cidadão da Atenção Primária em Saúde de Fortaleza, vinculado ao Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), uma das primeiras Organizações Sociais de Saúde ligadas ao SUS. E-mail: laryscruz@gmail.com

Roberta Rocha da Costa – Assistente Social, Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Trabalha na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) /Farmácia Cidadã de Cariacica. Atuou na equipe de Supervisão do Programa Bolsa Família na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), do município de Fortaleza entre 2010 e 2012 e na Célula de Qualificação Profissional na Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (SETRA) de 2013 a 2014, e também no Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas Trabalho) em 2015. E-mail: robertarochac@yahoo.com.br

Prefácio à primeira edição

No Brasil, a construção de um sistema público de saúde de acesso universal, com cobertura integral e qualidade, faz parte dos sonhos e das conquistas de numerosos atores que acalentaram os valores da equidade e da democracia. Entre eles, os assistentes sociais que, no Ceará, jogaram e jogam importante papel no amplo movimento social, político e comunitário ao longo da história do SUS e da consolidação do ideário da reforma sanitária no Estado.

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que exige vasta e profunda reflexão sobre a necessidade permanente de superação do velho modelo biomédico, privatista, hospitalocêntrico e curativo, que teima em se rerepresentar com outras roupagens na construção cotidiana do novo modelo. A implantação do SUS tem sido marcada pela tensão constante de interesses diversos e, por vezes, antagônicos no tocante a sua consolidação como política pública pautada pela universalidade, pela equidade, pela integralidade e pela participação da comunidade nos rumos da coisa pública.

O grande Rei Midas da modernidade, que transforma em mercadoria tudo o que está ao alcance das mãos e dos corações, tem consolidado o projeto utilitarista e mercantil de saúde no Brasil. A noção de cidadania fundada no direito universal à saúde, legalmente assegurada na Carta Magna Brasileira, tem disputado, palmo a palmo, espaço com a privatização das instituições de saúde já arraigadas em instâncias estatais que, muitas vezes, sabotam a validade da universalidade do direito, fortalecendo em seu lugar o individualismo consumista no campo da saúde.

Como observado, as dificuldades em construir um novo modelo de atenção à saúde, cujos parâmetros sejam a

concepção ampliada de saúde preconizada pela Constituição Federal de 1988, expressam a tensão citada. Apesar dos avanços inegáveis do Sistema Único de Saúde nos últimos vinte e poucos anos, ainda permanecemos com a atenção à saúde fragmentada, reativa, episódica e com foco no risco individual para responder aos processos de saúde-doença próprios da vida moderna. Ações continuam voltadas, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Assim, qualificar a atenção primária para assumir a coordenação do cuidado, organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar a linha plena de articulação do cuidado integral com a atenção primária, garantindo aos usuários do SUS acesso com qualidade e de forma integral, ainda é um dos grandes desafios do sistema.

É nesse território denso de tensões e disputas que os profissionais de serviço social se movimentam. É na dinâmica interna do processo de trabalho no campo da saúde pública que os assistentes sociais vivenciam as múltiplas expressões dessas tensões.

Com o advento do SUS, a profissão de serviço social teve seu espaço sócio ocupacional ampliado e complexificado. Tal ampliação não decorreu apenas da diversificação dos serviços verificada com o processo de descentralização da política de saúde. Da mesma forma, tal ampliação não se deu apenas pela expansão das funções tradicionalmente desempenhadas pela profissão. Novas demandas emergiram para o serviço social, o qual ampliou suas funções dentro da dinâmica do processo de trabalho coletivo no campo da saúde pública.

A “identidade profissional” construída até os anos 1980 teve de ser revista e, então, os profissionais assumiram maior flexibilidade para incorporar novas demandas, já que aquele modelo de ação profissional adotado anteriormente não mais respondia às necessidades impostas pela realidade.

O princípio da integralidade, previsto no arcabouço jurídico e político do SUS, seja na dimensão da intersetorialidade ou da interdisciplinaridade, tem possibilitado novas formas de inserção do serviço social na área da saúde, superando o estatuto da profissão como função paramédica, evidenciada no emergir da profissão no campo da saúde pública.

Contudo, assim como a construção do Sistema Único de Saúde tem sido prenhe de tensões, os profissionais de serviço social também vivem conflitos entre novas e velhas posturas e práticas cotidianas. Muitas das tradicionais atividades do serviço social passaram a ter novas funções dentro do sistema, enquanto outras ações tradicionais permanecem reforçando elementos do modelo anterior ainda não superado.

As autoras dos textos aqui apresentados estiveram e ainda estão envolvidas no cotidiano do trabalho de construção e reconstrução do Sistema Único de Saúde no Ceará. Ocupam espaços diversos, mas sem perder de vista a reflexão sobre o aporte teórico-metodológico e técnico-operativo capaz de responder aos desafios do trabalho do assistente social no campo da saúde.

Nesse livro muitos são os olhares sobre a inserção do profissional de serviço social no SUS, da mesma forma que são muitos os lugares de onde se vê, se reflete e se fala sobre o tema. O fio que costura todos os textos, portanto, tem a dimensão das pupilas de suas autoras, as quais, ao incorporarem a imagem do real, o fazem de múltiplas formas e de diferentes ângulos. E, ao observarem a vida, teimam em refletir o brilho dos sonhos e das utopias.

Fortaleza, outubro de 2011

Ana Paula Girão Lessa – Ouvidora da SESA

Prefácio à segunda edição

A segunda edição desse livro acontece em um cenário social e político desafiador para todos os envolvidos em sua elaboração. O país enfrenta uma crise econômica e política que favorece propostas conservadoras e antidemocráticas, colocando em risco o Estado de Direito e os avanços políticos e sociais dos últimos anos.

Nas últimas décadas, a adoção de políticas públicas de redução das desigualdades sociais, os aumentos reais do salário mínimo e do poder de compra da população impactaram a qualidade de vida e os indicadores de saúde. Inegáveis foram os avanços no processo de estruturação do Sistema Único de Saúde, tanto nos campos da promoção e da proteção quanto no da recuperação da saúde dos brasileiros.

No transcorrer dos cinco anos desde a primeira edição, tivemos a ampliação da assistência médica na atenção básica, com o Programa “Mais Médicos”, que a despeito da sua limitada capacidade de reverter o modelo de atenção à saúde hegemônico estendeu o acesso à assistência médica nos municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O Decreto nº 7.508/11 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) no tocante à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Propiciou avanços no pacto interfederativo do Sistema Único de Saúde, sobretudo por reconhecer formalmente as comissões intergestoras no âmbito nacional, estadual e regional. Com a ampliação dos serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os serviços de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), a assistência de urgência e emergência ganhou volume.

No campo da atenção básica, foram inquestionáveis os avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população no interstício entre a primeira e a segunda edição desse livro. Acumularam-se conhecimentos e expertise em experiências com alto nível de integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, adequadas para cada realidade social, epidemiológica, cultural e regional, articulando novos conhecimentos, perfis profissionais, tecnologias e processos de trabalho em equipe. Contudo, foram experiências ainda pontuais, pois o velho modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo teima em manter-se hegemônico.

Como observado, a tensão de interesses diversos e, por vezes, antagônicos em relação à consolidação do SUS como política pública - pautada pela universalidade, pela equidade, pela integralidade e pela participação da comunidade nos rumos da coisa pública – ganhou cores cada dia mais fortes. O velho Rei Midas, citado na primeira edição, se mantém em cena, porém com seu dourado ainda mais cintilante. O projeto utilitarista e mercantil de saúde no Brasil obteve esplendor na atualidade. Hoje uma média de 25-30% da população é consumidora de planos privados de saúde, cujo acesso e qualidade dos serviços estão segmentados de acordo com os preços dos planos e poder aquisitivo das respectivas camadas sociais. Embora o sistema público inclua a todos, o faz de maneira segmentada, atentando permanentemente contra os princípios de equidade e da integralidade. A concomitância de serviços de saúde públicos e privados tem desenhado relações promíscuas entre ambos, com baixa regulamentação de interesse público. Vemos, então, crescer os poderes do velho Midas, que transforma em mercadoria tudo o que está ao alcance das mãos e dos corações.

As contradições da convivência de dois sistemas, público e privado, têm impactado num dos maiores desafios atuais

de sobrevivência do projeto SUS: o seu subfinanciamento. Segundo entrevista do ex-ministro Alexandre Padilha à Revista Carta Maior, em 6/1/2015, “o Brasil investe na saúde pública em média 3 vezes *per capita* menos do que parceiros sul-americanos como Chile, Argentina e Uruguai; cerca de 7 a 8 vezes do que sistemas nacionais europeus recentes como Portugal e Espanha, cerca de 11 vezes menos do que o tradicional Sistema Nacional Inglês”. Ao mesmo tempo, como mostra um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ao se comparar o gasto direto em saúde (Ministério da Saúde) com o gasto indireto (renúncia fiscal), nota-se que o Estado brasileiro deixou de arrecadar R\$ 18,3 bilhões em 2012. Isto representa 23% dos R\$ 80 bilhões aplicados pelo ministério.

A intrincada relação entre público e privado na área da saúde tem impactado também nos valores que influenciam a formação dos nossos futuros profissionais, de ambos os sistemas. Por um lado, um ideário liberal de exercício da profissão, que não aposta em um sistema público de qualidade e no respeito em relação aos seus usuários do SUS (pobres, mulheres, negros, homossexuais, etc.). Por outro, um mercado dinâmico e lucrativo de equipamentos, fármacos, publicações e congressos que financia uma visão ultraspecializante da formação e da atuação em saúde. Para agravar esse quadro, assistimos a um crescente processo de precarização das contratações de profissionais de saúde no setor público, em todas as esferas de governo. Tal realidade tem gerado a fragilização permanente dos laços de responsabilização dos profissionais com os usuários do SUS, além do aumento das situações de risco, do número de acidentes e do aparecimento de doenças, dos baixos níveis salariais, da ampliação da jornada de trabalho, do crescimento da rotatividade e do descumprimento de direitos trabalhistas.

Conforme evidencia um balanço dos últimos cinco anos, a situação de saúde da população brasileira melhorou. Contudo, os dilemas econômicos, sociais e políticos ainda não equacionados pelo SUS colocam em risco sua consolidação. Assim, o momento atual tem exigido de todos os assistentes sociais o compromisso efetivo com a defesa da democracia, da cidadania e do Sistema Único de Saúde, que tem se constituído em uma das principais conquistas sociais das últimas décadas, fruto da luta do povo brasileiro.

O novo cenário do sistema de saúde brasileiro e os desafios por ele imposto aos assistentes sociais denotam a atualidade dos trabalhos aqui selecionados. Eles expressam a diversidade de saberes e de práticas inerentes ao cotidiano da profissão e aos lugares de onde se reflete sobre a inserção do serviço social no SUS, contemplando a pluralidade e a heterogeneidade de olhares de suas autoras.

Esperamos que essa nova edição, ora apresentada, possa se constituir como uma fonte de pesquisa segura e consistente, para ancorar nossos sonhos de fortalecimento e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, num Estado mais igualitário e democrático, num mundo mais justo e humano.

Ana Paula Girão Lessa
Fortaleza, julho de 2016

Apresentação

O serviço social no Sistema Único de Saúde

Segundo consenso no meio acadêmico, as políticas públicas – entre elas a de saúde – fazem-se e refazem-se permanentemente, porquanto delas participam segmentos cujos interesses sociais são contrários sob os pontos de vista econômico, ideológico, cultural e político. Desse modo, seus rumos jamais seriam definidos *a priori*, muito embora elas prescindam de planejamento, que também é um ato político.

No caso brasileiro, esses interesses se chocam e se encontram alternadamente, sobretudo pela seguinte razão: a política de saúde garantida constitucionalmente faculta que suas ações se efetivem pelo Estado e por grupos privados. Não obstante a “Constituição cidadã”, foram reeditadas velhas práticas secularmente dominantes no Estado brasileiro, colocando enormes desafios na operacionalização do novo modelo de saúde proposto pelo movimento sanitário, como alternativa ao modelo que atuava especialmente na cura das doenças de determinadas camadas populacionais, num contexto em que a cidadania era regulada.

Entretanto, esse passado não morreu para dar lugar ao novo em total plenitude. Neste início do século XXI, as grandes mudanças socioeconômicas e culturais, as novas sociabilidades aí produzidas e as novas necessidades criadas complexificam a cada dia o formato das demandas por serviços de saúde, às quais o Estado brasileiro ainda não responde a contento.

Mas as buscas com vistas a uma aproximação do padrão de serviços previstos por lei ainda parecem promissoras e nelas existem várias categorias profissionais empenhadas. Uma delas é a do serviço social que – em muitos estados

do país e particularmente no Ceará – vivenciou com grande paixão o movimento sanitário, responsável pela redefinição do conceito de saúde, entendendo-a como resultante das condições de vida, e com base nesse conceito propôs, lutou e luta cotidianamente pela institucionalização de um modelo de atendimento que a todos considere cidadãos de direito.

Importante assinalar que, na segunda metade do século passado, a dinâmica da sociedade brasileira, mormente a crise e a queda de um regime autoritário iniciado em 1964 e finalizado depois de duas décadas, devido a emergência de novos sujeitos empenhados na construção de nova institucionalidade política, na reinvenção da democracia, impeliu o serviço social a também se redefinir.

Nesse contexto, segundo José Paulo Netto, a profissão se empenha em tomar a si própria como objeto de estudo, a clarificar a natureza do seu objeto de intervenção mediante a adoção da Teoria Social Crítica como fundamento analítico e o materialismo histórico-dialético como método de análise do real; a enfrentar a leitura de obras clássicas da tradição marxista; a desvelar os significados sócio históricos e ideopolíticos da profissão; a construir novos diálogos teórico-empíricos a fim de reinterpretar sua própria história situada na teia de relações sociais capitalistas, bem como a desvendar os modos de vida e de trabalho das classes subalternas situadas no tempo e no espaço pela via da pesquisa científica.

É com este aporte teórico-metodológico e uma postura pluralista indutora de novas perspectivas de constituição de um aparato técnico-operativo que a categoria vem dando respostas também, em “boa medida”, no cotidiano do desafiante trabalho do campo da saúde.

Com tal compreensão do “social”, a profissão no campo da saúde toma, permanentemente, como baliza o seu Código de Ética em razão não só de novas demandas dos usuários, mas também de contradições e ambiguidades institucionais

que terminam por propiciar espaços de reflexões críticas e posturas pró-ativas e propositivas, como exemplificam os vários textos componentes desta coletânea. Originada de pesquisas e/ou intervenções, esta tem como **fiio condutor** uma conjugação de posicionamentos críticos acerca da política de saúde no Brasil e das variadas e criativas formas de intervenção profissional dos assistentes sociais, numa das maiores metrópoles do Brasil situadas na região Nordeste, a cidade de Fortaleza, e também na região Norte do país, em cidade de médio porte, Imperatriz, no estado do Maranhão.

A coletânea tem início com o capítulo de Liduina Farias Almeida da Costa e Lucia Conde de Oliveira, intitulado “O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social”.

Na visão das autoras, ampliar o debate acerca da confluência entre o público e o privado na realidade brasileira é condição essencial à compreensão de todas as políticas públicas do país, mas em particular da política de saúde e da intervenção profissional do serviço social neste campo, em face das particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo conjunto de leis deixa claro que o sistema conjuga interesses sociais contrários. Especialmente porque nesta confluência delineiam-se caminhos profícuos ao entendimento dos modelos, sujeitos e interesses de várias naturezas, em cujas bases se construíram, se reproduzem ou se recriam as políticas e programas de tal campo e, portanto, caminhos indispensáveis à concretização de propostas de intervenção social calcadas em princípios éticos.

O capítulo chama a atenção para o seguinte fato: mesmo com a universalização do atendimento pós 1988 os projetos de saúde constroem-se mediante verdadeiros confrontos e na sua efetivação tem vencido não o que é universal, o que trata todos os brasileiros como cidadãos de direitos, porém, geralmente, de acordo com as correlações de forças, aquele

mais afinado com os segmentos sociais, políticos e econômicos hegemônicos nos diversos contextos sociopolíticos. Após mapear uma trajetória de construção da política de saúde, segundo as autoras, ao longo da história brasileira apresenta-se, de um lado, uma determinação econômica estrutural e, de outro, a concepção de saúde hegemônica vigente em dada época. Entretanto, como chamam a atenção, após a promulgação da Constituição de 1988 que adota o conceito de saúde proposto pelo movimento sanitário e universaliza o atendimento, predomina novo modelo de atenção que conviverá com o preexistente.

Em síntese, o texto desenha de modo panorâmico a trajetória das ações estatais no campo da saúde desde quando o país se caracterizava como agroexportador até o presente. Para tanto, prioriza dois períodos: um deles, após o ano de 1996, considerando que a organização dos serviços no âmbito do SUS passou por redirecionamentos em cumprimento à lógica de “ajustes” propostos por organismos mundiais; o outro, após 2003, com vistas a situar permanências e mudanças nos processos de organização do SUS, sobretudo a dimensão territorial que se coloca no centro do planejamento governamental e se amplia para todas as políticas públicas, sendo também pactuada no contexto das ações de saúde.

No intuito de explicitar a política de saúde no contexto da proteção social, a coletânea traz o texto produzido por Lucia Conde de Oliveira e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, o qual tem por título “A seguridade social brasileira como sistema de proteção social ‘inacabado’.” Para as autoras, os sistemas de proteção social implantados na modernidade, tanto nos países centrais, de capitalismo avançado, como nos países periféricos, variam em decorrência de alguns elementos fundamentais, como a correlação de forças existentes e as condições econômicas gerais. Com amparo teórico em Francisco de Oliveira, admitem que a proteção social situa-

se no centro do conflito de classes, sendo a política social financiada pelos impostos arrecadados pelo Estado que vão compor o fundo público, disputado por capitalistas e trabalhadores para garantir tanto a acumulação do capital como a reprodução da força de trabalho. Porém, como advertem, quanto maior a força e a organização do grupo, maior será a “fatia do bolo por ele obtido”.

A constituição do Estado brasileiro seria uma das “chaves” à compreensão do sistema de proteção social, em virtude de sua tradição patrimonialista e da centralização político-administrativa herdada do Estado português, cujas características seriam: não separação entre o público e o privado; prestígios e favores como formas de garantir a lealdade, assim como a relação direta entre o governo e a população. Referido sistema de prestígios e favores contribuiu, segundo as autoras, para o desenvolvimento do fenômeno político do clientelismo. Para elas, em decorrência do modelo de desenvolvimento brasileiro – a subordinação econômica – o país mantém-se distante de um ampliado sistema de proteção social.

Todavia, lembram que os movimentos sociais brasileiros conseguiram incluir na Constituição de 1988 a garantia dos direitos sociais, demarcando a inauguração do conceito de seguridade social no Brasil, conforme definido no art. 194 da Constituição, no qual se lê: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Também, como acrescentam, ainda não se construiu na prática um sistema integrado, visto que a saúde é universal, a previdência social continua como seguro e a assistência social é para quem dela necessitar, independente de contribuição. Por isso, a seguridade social brasileira não se afirmou como um sistema de proteção social universal. Até mesmo a saúde,

considerada direito universal, ainda não resolveu o problema de acesso às ações e aos serviços, à integralidade, à qualidade e à resolutividade da atenção.

Ao concluírem suas reflexões, as autoras realçam aspectos desafiadores na construção de um sistema de proteção social, como a insuficiência de recursos; a grande centralização em nível federal; a não regulamentação plena de critérios de transferência de recursos; a fragilidade de instrumentos de gestão na reversão de distorções. Mas apontam também aspectos potencializadores como avanços jurídicos formais significativos, apesar de deficiências na gestão, financiamento e controle social.

Lucia Conde e Lúcia de Fátima finalizam seu capítulo focando a imprescindibilidade da mobilização da sociedade civil organizada com vistas à garantia dos direitos instituídos, em conformidade com a nossa Constituição, mas nem sempre respeitados.

Com o capítulo de Ana Paula Girão Lessa, cujo título é “O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas”, o leitor é convidado a entrar propriamente no debate inerente ao serviço social no campo da saúde. Trata-se de reflexão geral que, segundo a autora, visa colaborar com o processo reflexivo sobre a inserção do assistente social na dinâmica de trabalho coletivo no campo da saúde, o sentido da ação cotidiana dos profissionais e os desafios e perspectivas da profissão neste campo – temas tão inquietantes a quantos compõem as instituições de saúde.

O fundamento teórico do texto é o processo de cooperação no trabalho, o qual, também no caso específico dos serviços de saúde, requer um conjunto de habilidades, saberes e atividades especializadas que, ao se relacionarem, colocam os serviços, as tecnologias e os equipamentos em funcionamento, fazendo operar o sistema. Envolve uma complexidade de relações a se formar na própria dinâmica

da política pública de saúde, das demandas dos usuários, da indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

Como exposto, a forte inter-relação pessoal verificada entre o produtor e o consumidor dos serviços seria outra importante característica dos serviços de saúde, segundo a autora. Conforme explica, a este respeito, nas instituições de saúde, o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho, dos insumos ou dos medicamentos a que tem acesso. Ele participa (com maior ou menor intensidade) do processo de trabalho, ao repassar informações necessárias à definição do diagnóstico e ao colaborar na execução do plano terapêutico. A ação do profissional incide sobre o processo saúde-doença e não sobre coisas. Dessa forma, os resultados são de difícil previsão, pois o que se consome é o efeito presumido de determinada ação ou procedimento.

Para Ana Paula Girão, tal como o trabalho coletivo em saúde em geral, o do assistente social na área está intrinsecamente relacionado às condições históricas de desenvolvimento da política de saúde: à dinâmica do trabalho coletivo e ao “corpus teórico e prático da profissão”. Ela chama a atenção para o convívio cotidiano de novas e velhas posturas e práticas dos profissionais e para o grande desafio de buscar identificar e responder às demandas postas ou pressupostas, mediante a preocupação de estabelecer o nexo com as “necessidades sociais” subjacentes a essas demandas, buscando o seu verdadeiro sentido.

Ao finalizar, a autora ressalta a complexidade da lógica organizacional dos serviços de saúde e convida os profissionais da área à reflexão acerca das suas ações cotidianas quanto ao fortalecimento do SUS. Da mesma forma, quanto às subjetividades dos atores envolvidos em seu cotidiano, no intuito de aprofundar a compreensão do sentido do trabalho que realiza.

Adentrando pelos meandros deste campo profissional, Ondina Maria Chagas Canuto traz significativas reflexões

por meio do capítulo intitulado “Serviço social na atenção primária: construindo novas práticas e saberes”. A proposta da autora, como ela própria adianta, é construir um itinerário reflexivo que aponta o significado social da profissão de serviço social na política pública de saúde ao olhar para a atenção primária como campo privilegiado de proteção e promoção à saúde das comunidades e abraçar a Estratégia Saúde da Família como ação indispensável para a construção dos direitos de cidadania. Portanto, a autora afirma o propósito de compartilhar com os leitores conhecimentos e vivências na área da saúde na atenção primária à saúde, por meio da experiência na Estratégia Saúde da Família.

Com esse propósito, Ondina Canuto toma como referência marcante a ampliação do conceito de saúde e a expansão dos serviços nos diferentes níveis de atenção que, uma vez reorientados por um novo modelo de gestão e atenção, demandam cada vez mais a inserção de um conjunto de novos saberes profissionais complementares. E acrescenta Ondina: ao compreender a saúde em seu conceito positivo, não somente como ausência de doença, porém como qualidade de vida, resultante de um processo de produção social que pressupõe o acesso a bens e serviços econômicos e sociais, compreende também que sua materialização não é possibilitada apenas no âmbito do setor saúde, mas numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar e, especialmente, com o envolvimento da população como sujeito da construção da sua própria saúde.

No desenvolvimento de suas reflexões, a autora traz uma evolução da Estratégia Saúde da Família entre 1998 e 2010. Situa, então, o serviço social nessa estratégia e clarifica, sobretudo, o trabalho na comunidade. Assume a autora que o serviço social é uma das profissões que mais se identificam com a construção do novo modelo de atenção, ao antecipar a importância do enfoque familiar na sua intervenção.

Considerada como “porta de entrada prioritária” de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, a Estratégia Saúde da Família propiciaria, segundo a autora, um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS, especialmente com o envolvimento de novas categorias profissionais que qualificam os sistemas locais de saúde e, ao mesmo tempo, ampliam sua capacidade de intervir sobre os determinantes sociais, sob diferentes enfoques. Contudo, realça a persistência de desafios, entre os quais o financiamento público, a ampliação do quadro de profissionais e sua formação permanente. Caberia, portanto, à categoria dos assistentes sociais, conforme Ondina, o fortalecimento do seu papel profissional e militante em defesa do Sistema Único de Saúde. Na sua concepção, este é uma política em construção, tensionada por um modelo desigual, de privilégios, privatista e que continua ainda a produzir iniquidades. Ademais, chegou ao ano de 2011 sem conseguir alcançar a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1978: *Saúde para todos no ano 2000*.

O livro prossegue com o capítulo “Atuação do/da assistente social na Estratégia Saúde da Família em uma metrópole brasileira”, de autoria de Roberta Rocha da Costa e Lucia Conde de Oliveira, cuja finalidade é suscitar reflexões sobre a inserção e atuação do serviço social na Estratégia Saúde da Família e propiciar novos conhecimentos com vistas a contribuir no fortalecimento e reorientação do trabalho social nesse espaço. Analisam-se experiências sociais nessa estratégia, e defende-se que a intervenção dos assistentes sociais seja vinculada à dinâmica tanto das equipes quanto das peculiaridades das comunidades atendidas. Em seguida, analisam também a experiência do município de Fortaleza, realçando a inserção do serviço social e considerando, além dos princípios e diretrizes do SUS, a dimensão territorial

da mencionada estratégia – referência de acesso ao SUS – bem como a construção de vínculos entre equipes, usuários e comunidade na perspectiva da co-responsabilidade e construção de redes de cuidado e assistência à saúde.

As autoras evidenciam a relevância do SUS, sem desconhecer a perspectiva seletiva e focalista da estratégia, mas finalizam destacando sua legitimidade e necessidade como parte importante do espaço de trabalho do serviço social no campo da saúde. Independentes de postura corporativa, ratificam a contribuição da profissão na reversão do modelo de atenção à saúde e na efetivação dos princípios do SUS. No entanto, assumem haver a urgência de alargamento dos horizontes na efetivação de estratégias coletivas rumo à construção de um projeto de sociedade democrático.

Ainda na perspectiva de fortalecimento da atenção básica, encontram-se as reflexões de Herta Maria Castelo Branco Ribeiro e Naíres Raimunda Gomes Farias, no capítulo “O desafio da interdisciplinaridade na política de saúde mental e o serviço social: um enfoque no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz-Maranhão”

Consoante as autoras admitem, discutir as ações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde mental parece um desafio longe de ser esgotado, porquanto ainda não se rompeu definitivamente com a fragmentação da ciência, fruto da herança positivista, a qual visa descrever os fatos sociais e a demonstração da sua existência, assim como relacioná-los e encontrar a organicidade sem, todavia, analisar as perspectivas de transformação e interrelação entre tais fatos. Esta constatação teria lançado luzes no caminho percorrido pela pesquisa que possibilitou a compreensão de que a interdisciplinaridade no campo da saúde mental diz respeito a todos os atores sociais envolvidos no campo da saúde.

Mencionado capítulo, originário dessa pesquisa, discute questões emergentes no cotidiano da prática dos profissionais

da saúde mental no intuito de ampliar as possibilidades de existência de uma unidade de saber, que propicie “decifrar o todo”, respeitando a diversidade de profissionais com vistas à ampliação de perspectivas de entendimento; traz instigante discussão acerca do serviço social no contexto da reforma psiquiátrica; adentra pelos meandros da interdisciplinaridade na saúde mental e tece uma densa descrição acerca dos processos que culminaram com a implantação do primeiro CAPSij do estado do Maranhão: o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz.

Numa visão dialógica, de acordo com as autoras, a construção de uma política para crianças e adolescentes, nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, tem como condição *sine qua non* a atuação de equipes interdisciplinares. Assumem esta posição fundamentadas em documento do Ministério da Saúde intitulado *Caminhos para a Saúde Mental Infanto-Juvenil*, norteados pela *Política Nacional de Saúde Mental*, cujo princípio é o cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais, substituindo a atenção centrada na internação em hospitais psiquiátricos pela atenção em serviços comunitários de base territorial, atuantes em rede.

Herta Maria e Náres Raimunda apontam inúmeras possibilidades de reconstrução de ações profissionais que considerem os sujeitos como seres capazes de participação nos processos de atenção à saúde, mediante dispositivos coletivos e grupais, característicos de ações interdisciplinares. Entretanto, têm clareza da existência de muitos limites a serem vencidos mediante quebra de paradigmas fragmentadores da prática, como, por exemplo, a reflexão sistemática e fundamentada acerca da interdisciplinaridade. Muito além de uma postura pretensamente normatizadora, as autoras reconhecem que o espaço pesquisado possui ricas possibilidades, mas também ambiguidades, contradições e limites. Ademais, o maior interesse de suas reflexões é contribuir com quantos precisam

desta modalidade de atendimento e anseiam por atividades de promoção e respeito as suas vidas.

O livro continua com o capítulo “O serviço social numa Organização Social de Saúde de referência em atenção secundária do SUS: experiência no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara”, de autoria de Larissa Soares Cruz e Liduina Farias Almeida da Costa. Nele se recupera a experiência de trabalho do setor de serviço social, do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA), cujas especificidades se relacionam ao fato de se desenvolver em uma Organização Social de Saúde (OSS) criada como serviço de natureza complementar na dinamização do SUS. Situa a instituição no contexto de reformas do Estado na década de 1990, quando são propostas as Organizações Sociais em geral e as da área de saúde; discute a natureza, a política e aspectos gerenciais do hospital; relata o processo de criação e ampliação do setor de serviço social e, finalmente, reflete acerca do serviço social no campo da saúde e sobre sua atuação nesse hospital.

As autoras apontam as polêmicas de instâncias organizativas sociopolíticas geradas em torno de tais reformas no âmbito das instituições de saúde, cujos aspectos negativos evidenciados remeteriam ao desrespeito ao regime de direito público e cujos aspectos positivos seriam a desburocratização, a avaliação permanente do trabalho e a horizontalidade das ações, implicando maior responsabilidade dos profissionais da área.

Em relação ao trabalho do serviço social, conforme Larissa Soares e Liduina Farias identificam, em face das demandas e exigências institucionais os profissionais buscam o aperfeiçoamento teórico-metodológico e técnico-operacional, o aprendizado permanente da legislação social, o bom relacionamento com as redes de atenção à saúde e a socioassistencial. Ainda como ressaltam, muito embora

as reformas do Estado brasileiro do período estudado não tivessem o devido compromisso com as políticas sociais e a democracia nem tampouco visassem nova ordem societária, os profissionais forjaram espaços e projetos significativos com vistas à garantia de direitos de cidadania aos usuários do SUS. Para as autoras, independentemente do modelo de instituição de saúde adotado deve prevalecer a postura ética dos assistentes sociais.

Prossegue o livro com o capítulo “Ressignificando práticas: o serviço social e a padronização de procedimentos em instituição hospitalar terciária do SUS”, elaborado por Liduina Farias Almeida da Costa, Ana Paula Girão Lessa, Ana Rosa Alves da Silva e Herta Maria Castelo Branco Ribeiro.

As autoras expõem dois relatos de experiências sobre a produção de manuais de procedimentos de serviço social em resposta a solicitações de gestões hospitalares de nível terciário do sistema público de saúde do país, em diferentes contextos sociopolíticos. Refletem sobre consensos e dissensos da equipe de serviço social acerca da decisão e das possibilidades de resignificação do referido manual.

Conforme o objetivo central do capítulo, as respostas do serviço social às demandas institucionais por padronização de procedimentos podem ir muito além de “receituários prévios”, de quaisquer naturezas ou origens e, deste modo, é indispensável uma fundamentação teórica propiciadora de mais aproximação ao projeto profissional de serviço social.

Consoante admitem as autoras, essas experiências favorecem a compreensão de pelo menos alguns aspectos da atuação do serviço social no campo da saúde, porém não a esgotam. Principalmente em face das singularidades dessa atuação no amplo e complexo nível de atenção terciária situada da intrincada e incompleta rede de serviços do SUS, em mutação nos diferentes contextos sociopolíticos.

Finalmente, em resposta a demandas de profissionais da área de saúde e/ou afins, o livro deixa registrada uma experiência de planejamento do setor de serviço social do hospital ora referido, em capítulo intitulado “Planejamento Estratégico e serviço social em unidade terciária de saúde: experiência no Hospital Geral de Fortaleza”.

Da experiência participou toda a equipe de serviço social do HGF, porém a sistematização e o relato ficaram a cargo de Liduína Farias Almeida da Costa, Maria Sônia Lima Nogueira e Ana Rosa Alves da Silva. O contexto é de redefinição da missão do hospital, no ano de 2009, e o serviço social, mais uma vez, sem perder de vista suas especificidades, também redefine sua missão. Trata-se, agora, de intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que, no âmbito hospitalar, se expressam como doenças propriamente ditas e desigualdades econômicas, sociais, políticas, educacionais e culturais.

O texto, na verdade constituído por um relato acerca do processo de elaboração do projeto de trabalho da referida equipe, consta de justificativa, objetivos, operacionalização dos objetivos, atendimentos às demandas sociais de pacientes e/ou familiares, atendimentos às demandas institucionais contidas no Planejamento Estratégico, metas recursos e avaliação. Posteriormente apresenta uma proposta específica de serviço social para a Unidade de Emergência do HGF que, em cenário de mais uma reestruturação organizacional, tenciona adequar-se aos propósitos do hospital que é terciário e de alta complexidade.

Liduína Farias Almeida Costa
Herta Maria Ribeiro Castelo Branco

O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social¹

Liduina Farias Almeida da Costa
Lucia Conde de Oliveira

Introdução

O tema sugerido por este título remete ao entendimento da relação entre o público e o privado na sociabilidade brasileira, cujo aprofundamento alude às singularidades do Estado brasileiro, nascido antes de nos constituirmos como sociedade e cujas implicações ainda persistem na condução das políticas públicas, especialmente as sociais. De modo semelhante, destaca-se, de fundamental importância, a noção de esfera pública e suas particularidades no país.

Ampliar o debate a este respeito é condição essencial também ao campo do serviço social em saúde em razão das particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo conjunto de leis deixa claro que o sistema conjuga interesses contrários (BRASIL, 1988; 1990). De mais a mais, a relação entre público e privado na política de saúde constitui caminho entre os mais profícuos ao entendimento dos modelos, sujeitos e interesses de variadas naturezas, em cujas bases se construíram, se reproduzem ou se recriam as políticas e programas de tal campo.

Na impossibilidade de adentrar nas singularidades históricas do Estado brasileiro ou nos estudos sobre a esfera pública – no espaço delimitado para este capítulo – selecionam-se alguns dos principais aspectos da atuação do Estado sobre a saúde no Brasil, a partir de 1994.

¹ Capítulo atualizado com base em resultados da pesquisa “Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção”, em realização no Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOS) pelo Grupo de Pesquisa “Políticas Sociais, Trabalho e Cidadania”, coordenada pela segunda autora.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que a profissão de serviço social no Brasil superou, desde algumas décadas, a perspectiva de intervenção social mediante modelos idealizados *a priori*, fundamentados em passos e técnicas os quais, por razões ideológicas, políticas ou de outras naturezas, ousavam dar respostas imediatas a demandas tão complexas como as emergentes do seu objeto de trabalho: a questão social em suas múltiplas expressões².

Portanto, compreender quem são os sujeitos e estratégias presentes nos processos de construção desta ou de qualquer outra política pública é condição a anteceder qualquer proposta de intervenção no social cujo compromisso ético se volte para todos os cidadãos, superando reedições de fórmulas já banidas que, entretanto, não raras vezes teimam em retornar travestidas do “novo”, por não conseguirem (ou não pretenderem) apreender a complexidade da realidade social, os processos que a constroem e reconstroem permanente e especialmente os sujeitos implicados nesses processos.

Considera-se, tal como DaMatta (1997), que o social existe num plano próprio, além do estímulo material, mas igualmente aquém de uma resposta automática a todos esses elementos. Segundo o autor, trata-se de uma região intermediária na qual seria possível apropriar, medir, domesticar, perceber, negociar e assim reagir ao mundo pensado como natural³.

De modo panorâmico, este capítulo situa a trajetória das ações estatais no campo da saúde desde quando o país se

²A questão social é aqui entendida como fenômeno sócio- histórico vinculado originalmente à lógica do capital: modo de produção e reprodução material e espiritual (ideo-política) da vida no capitalismo. Corresponde à outra face da acumulação do capital, do “conjunto das expressões da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum, ou seja, funda-se na contradição fundamental do capitalismo: a produção cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a produção dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999, p. 27). Para esta autora, expressa desigualdades e discriminações econômicas, políticas, sociais e culturais de grupos e classes, mediatizadas por relações de gênero, étnico-raciais, geracionais e regionais, colocando em foco os vínculos entre amplos segmentos da sociedade civil e do Estado.

³Sobre a ascensão do social, Gilles Deleuze traz importantes considerações ao prefaciá-la obra de Jacques Donzelot intitulada *A Polícia das Famílias*, publicada em 1980 pela Editora Graal.

caracterizava como agroexportador até o presente. Entretanto, prioriza dois períodos, de 1996 a 2003, considerando que em 1996 a organização dos serviços no âmbito do SUS passou por redirecionamentos em sintonia com “ajustes” propostos por organismos mundiais; de 2003 a 2016. Situa permanências e mudanças nos processos de organização do SUS, sobretudo a dimensão territorial que se coloca no centro do planejamento governamental e se amplia para todas as políticas públicas, sendo pactuada também na área de saúde.

Sujeitos e interesses no campo da política da saúde: algumas anotações

Consoante se percebe ao refletir sobre a relação público e privado na política de saúde brasileira, não obstante os esforços de universalização do atendimento pós 1988, os projetos de saúde constroem-se mediante verdadeiros confrontos e no cotidiano da sua efetivação tem vencido não o que é universal, o que trata todos os brasileiros como cidadãos de direitos, mas, em geral, de acordo com as correlações de forças, aquele mais afinado com os segmentos sociais, políticos e econômicos hegemônicos nos diversos contextos sociopolíticos.

Compreender esse confronto de interesses na forma como as ações de saúde expressaram-se ao longo da história brasileira seria fundamental nas reflexões sobre essa relação. Entretanto, também por limitações do espaço destinado a este capítulo, seguir-se-á periodização costumeira nos estudos de saúde pública, especialmente o corte nas primeiras décadas do século XX.

Na verdade já se constituiu um consenso entre os estudiosos do assunto de que as ações voltadas à saúde no Brasil transitaram, desde as primeiras décadas daquele século, de uma fase nomeada como sanitarista-campanhista para o

modelo denominado como médico-assistencial-privatista. Este último nasce e se reproduz vinculado à Previdência Social, consolida-se em 1966, e configura, ao final dos anos 1980, o modelo que inclui o SUS ou subsistema público, conforme definido por Mendes (1993).

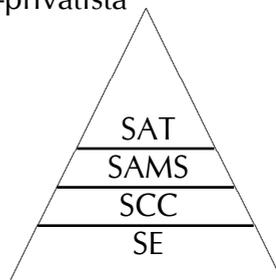
Segundo essa trajetória de construção da política de saúde, pelo menos ao longo do século passado, as concepções de saúde hegemônicas em distintos períodos relacionam-se, sem dúvida, mas não somente com os modelos socioeconômicos vigentes.

Por exemplo, como é sabido, quando o modelo econômico brasileiro era o agroexportador, efetivava-se no campo da saúde o *sanitarismo-campanhista*, cuja prioridade era o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças passíveis de prejudicar as atividades ligadas às exportações. Com o início do processo de industrialização, ao final da década de 1920, essa forma de atuação perde a centralidade e passa a concentrar-se, principalmente, sobre o corpo do trabalhador.

Após a promulgação da Constituição de 1988, que adota o conceito de saúde proposto pelo movimento sanitário e universaliza o atendimento, predomina novo modelo de atenção em superação ao preexistente, o modelo médico-assistencial-privatista, cujo esquema proposto por Mendes (1993) é assim representado.

Figura 1 – Modelo médico-assistencial-privatista

SAT: Subsistema de alta tecnologia
SAMS: Subsistema privado de atenção médica supletiva
SCC: Subsistema privado contratado e conveniado
SE: Subsistema estatal
Fonte: Mendes (1993).



Desde o começo dos anos 1980, o esgotamento desse modelo tornou-se uma realidade, e no contexto de transição democrática e queda da ditadura civil militar iniciada em 1964, emergem novos sujeitos políticos que lutam por uma sociedade mais igualitária, justa e fraterna. Dessa forma, o movimento sanitário tem a oportunidade de liderar a construção de propostas direcionadas a sua superação.

Como se destaca, ainda no final da década de 1970, as recomendações acerca da atuação primária em saúde, procedentes da emblemática Conferência de Alma Ata, cujo lema era *Saúde para todos no ano 2000*, reconhecendo a saúde como direito humano fundamental, influenciam importantes segmentos profissionais da área, comprometidos com as demandas das classes populares, os quais desenvolvem relevantes projetos pilotos de medicina comunitária.

Embora o Brasil não tenha participado dessa conferência, seus efeitos foram sentidos no país. Neste âmbito, é curioso o fato de ocorrer nesse período também o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) que se inicia na zona rural e em pequenas comunidades da região Nordeste – detentora dos maiores índices de pobreza – e depois se expande para outras regiões do país. O programa vinculava-se ao Ministério da Saúde, em razão do Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976, e sua justificativa relacionava-se à ampliação da cobertura assistencial,

Como interlocutores importantes dos segmentos defensores da ruptura com o modelo médico-assistencial-privatista, sobressai o movimento municipalista a se expandir ao final da ditadura, assim como pastorais ligadas à Igreja católica, especialmente a ala da Teologia da Libertação, partidos de esquerda que saíam da clandestinidade e outros que se constituíam mediante bandeiras mais adequadas ao contexto.

Por sua vez, a Previdência Social, responsável naquele momento pela efetivação da política de saúde, entra em crise não só financeira, mas também ideológica e político-institucional logo nos primeiros anos da década de 1980. Essa crise tem como um de seus desdobramentos a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), cujo objetivo era a proposição de projetos voltados principalmente à racionalização de recursos, chegando a consolidar a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. Ao final do regime autoritário, as AIS começam a adquirir desenho estratégico que remetem às ideias de co-gestão, desconcentração e universalização, ganhando adeptos da sociedade política e da civil.

Em 1986, a expressar uma coroação das mobilizações do movimento sanitário e a adesão da sociedade a este movimento, acontece uma conferência que ficará na história da política de saúde brasileira – a VIII Conferência Nacional de Saúde –, em razão de seus desdobramentos nas instâncias mais importantes do poder constituído: primeiramente no Executivo, onde influencia a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), antecessor do SUS; em segundo lugar, no Congresso Nacional, onde influi decisivamente na elaboração da atual legislação da saúde, a qual, na Constituição Federal de 1988, encontra-se contemplada pelos artigos 196 a 200.

Nesses artigos da Constituição encontra-se a base legal da organização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, como a universalização do atendimento, a relevância pública da política de saúde, a participação social da população e a organização dos serviços em rede, a evidenciar inovações ao modelo de saúde até então vigente.

Enfatiza-se, entretanto: a assistência à saúde permaneceu “livre à iniciativa privada” (Art. 199/CF). Segundo este artigo, as instituições privadas poderiam participar como forma

complementar do Sistema Único de Saúde, em conformidade com as diretrizes deste sistema e mediante contratos de direito público ou convênio, preferencialmente as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Posteriormente, também em virtude de reivindicações e movimentos sintonizados com as lutas dos trabalhadores, é promulgada a Lei Orgânica da saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), a qual logo em suas disposições preliminares (Art. 1º), deixa claro que as ações e serviços de saúde podem ser executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Em outras palavras, comporta interesses sociais contrários que permanecem em disputa por projetos de saúde também contrários.

Este exemplo da política de saúde nos impele a questionar a banalização do rótulo “Constituição cidadã” não apenas no campo político-partidário, mas também em análises acadêmicas que ignoram as tensões sociais e acordos políticos no processo de elaboração de uma Constituição que deveria responder a anseios totalmente contraditórios e que, sem uma solução para tanto naquele contexto, deixou nas disposições transitórias a responsabilidade de uma revisão, após cinco anos da promulgação.

É necessário destacar, entre os atores sociais defensores das conquistas por direito universal à saúde, o conhecido movimento sanitário que permaneceu desempenhando papel expressivo em vários outros momentos da história da saúde. Entre outras iniciativas, realçam-se os esforços desse movimento na construção social do SUS, no fortalecimento e/ou na sua defesa, em contextos nos quais pairam ameaças sobre esse sistema.

Considera-se indispensável ressaltar a questão da relevância pública das ações e serviços de saúde como garantia constitucional, traduzida também na concepção segundo a qual a política e as ações de saúde importam a toda a sociedade e

não só a especialistas ou categorias profissionais específicas envolvidas de modo direto e formalmente com a saúde.

A compreensão de que as ações de saúde interessam a toda a sociedade é facilitada pelas reflexões de Martins (2003, p. 27). Para este autor, “doença e saúde não são meramente problemas de ordem orgânica ou fisiológica, mas que dependem largamente do meio social e de nossas inserções em diversas instituições, como a família e o trabalho”. Além disso, as reflexões do autor possibilitam também compreender-se quão importante é o campo dos direitos sociais como respaldo às condições de saúde.

Relacionado a este entendimento, como é possível afirmar-se, não obstante as negociações em torno da aprovação do projeto do SUS, na assembleia nacional constituinte, daquele período, abrangendo interesses públicos e privados, a concepção de que a saúde importa a toda a sociedade foi, em certa medida, assimilada pelos propositores do SUS.

Várias passagens das leis de regulamentação do referido sistema são exemplares neste sentido: a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 explicita todo o funcionamento do SUS, a contemplar seus objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão; competências e atribuições da União, Estados e Municípios; serviços privados de assistência à saúde; recursos humanos; gestão financeira; planejamento e orçamento. Especialmente o parágrafo constante das Disposições Gerais dessa lei abre-se com a concepção ampliada de saúde, quando afirma ter a saúde como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. E também a afirmativa de expressarem os níveis de saúde da população a organização social e econômica do país e ainda dizerem respeito à saúde as ações destinadas a

garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

De modo semelhante, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, inerente à participação da comunidade na gestão do SUS, propiciou o fortalecimento da ideia de controle social pela população, por meio da sua participação em conselhos e conferências de saúde, consideradas instâncias privilegiadas como possibilidade de alargamento da esfera pública e, portanto, da democracia.

Entretanto, ao analisar a efetivação das formas de organização da política de saúde brasileira ao final da década de 1990, Mendes (1999) chega a afirmar que, com base nas referidas leis, são dadas novas responsabilidades a um “Estado alquebrado”. Certamente o autor fazia referência ao conceito de “crise fiscal do Estado”, a qual fundamentava as justificações de segmentos sociais e políticos de determinada vertente ideológica e política favorável à desresponsabilização do Estado quanto ao bem-estar social dos segmentos mais pobres do país.

O suposto “quadro de crise” ou “crise fiscal do Estado”, conforme Mendes, teria determinado um tipo específico de abrangência do atendimento, considerado como “universalização excludente”, concepção tomada de empréstimo de Favaret Filho e Oliveira (1989) para analisar o acesso aos serviços de saúde pelas camadas sociais médias e segmentos do operariado melhor qualificado após a consolidação legal do SUS. Para estes autores, essas camadas sociais teriam aderido quase compulsoriamente aos planos e seguros de saúde, em face também das dificuldades de acesso criadas em virtude da universalização e do despreparo das instituições no processo de transição entre o modelo médico-assistencial-privatista e o do SUS.

Segundo se admite, essa análise é apenas parcialmente adequada à interpretação da política de saúde daquele

contexto e, de fato, as causas dessa forma de “universalização excludente” não se vinculavam apenas à chamada “crise fiscal”, mas, especialmente, a imposições de países hegemônicos e organismos mundiais sobre o Brasil, na passagem da “década perdida” (1980) para a “década desperdiçada” (1990), cuja lógica fundante é a mercantilização dos serviços sociais, entre eles também os de saúde.

Ao final dos anos 1980, consoante Mendes (1999), firmar-se-ia um sistema plural de saúde, constituído agora de três subsistemas: a) o público (SUS), que inclui serviços privados e estatais; b) a atenção médica supletiva (planos e congêneres), destinada a 35 milhões de brasileiros; c) o desembolso direto, do qual participam 34% dos brasileiros. Trata-se de uma mudança de rumo nas análises do autor, em comparação ao sistema de saúde representado por ele, como mostram a figura já exposta e obras anteriores do mesmo autor.

Concorda-se com Mendes (1999) quanto a ser o SUS um processo em marcha, legal, legítimo e inacabado. Entretanto, ao se situar em favor da necessidade de reformas do Estado, o autor segue linha semelhante à do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), ou seja, apenas o fortalecimento da capacidade de regulação e condução da política em discussão. Mesmo assim, segundo Mendes, no âmbito da saúde o Estado brasileiro teria realizado as reformas mais consequentes.

E, mais uma vez, concorda-se, apenas parcialmente, com o autor, embora se considere sua reflexão bastante promissora ao pensar o SUS como processo em marcha, em razão de requerer este sistema bastante esforço para se afirmar como política pública. Mas, como esta política poderia avançar diante de tais propósitos do Estado?

Neste ponto julga-se conveniente refletir sobre a definição de política pública e fazer algumas indagações. Para Lemieux (1994), respaldado em pesquisa sobre o sistema de saúde canadense, as políticas públicas são tentativas

de regular situações – expressas em coletividades, entre coletividades, estados nacionais, regiões ou municípios de um mesmo país – que apresentam problemas públicos. Entretanto, como acrescenta, problema público é aquele que interfere na repartição dos meios entre os atores sociais e a regulação não é, obrigatoriamente, igualitária. Assim sendo, questiona-se a perspectiva de ter o Estado brasileiro naquele período efetuado as reformas mais consequentes no âmbito da saúde. Elas seriam consequentes para quem? Quais foram e quais têm sido suas repercussões até o presente?

Observações ocorridas no cotidiano do trabalho em hospital terciário do SUS, além de várias pesquisas realizadas ou orientadas no campo da saúde autorizam tais questionamentos, assim como direcionam a outras linhas analíticas não interessadas em justificar as reformas estatais daquele contexto segundo ajustes impostos por organismos internacionais ou países credores do Brasil.

Por serem mais amplas e não comprometidas com a referida reforma, tais linhas possibilitam diálogos consistentes no tocante às alterações na política de saúde. Relativamente àquele contexto, destacam-se as análises originárias de avaliações sobre diversas políticas públicas do governo FHC, desenvolvidas por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), concentrando-se no processo de reorganização do SUS, assim como as da Rede Brasil, ONG de dimensão nacional que monitora políticas públicas financiadas com apoio de organismos multilaterais.

Entre os muitos aspectos considerados na avaliação da USP sobressaem como essenciais, em face da vinculação com a reorganização dos serviços de saúde durante o governo FHC: a) O significado da Norma Operacional Básica de 1996 que substituiu a de 1993 por se tratar de inflexão na reforma da saúde. Esta norma retoma o fortalecimento dos papéis das Unidades Federadas expressando mudanças quanto à

ênfase municipalista e ressalta a reorganização do sistema, priorizando a atenção básica e os programas seletivos; b) A lógica dos planos de saúde e os papéis da agência reguladora da área.

O processo de reorganização do SUS, segundo essa análise, tende a fortalecer a focalização – uma das peculiaridades da ideologia neoliberal – preconizada pelos organismos financeiros internacionais, minimizando, deste modo, a importância do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, enfraqueceria o SUS, pois sem integralidade não há como concretizar-se a ideia de sistema nem muito menos a de rede em qualquer política social, nem na política de saúde.

A Norma Operacional Básica de 1996 e a “reorganização” do modelo

Inicialmente, é necessário lembrar que durante o governo Fernando Henrique Cardoso os recursos destinados à saúde eram indeterminados e embora se originassem de várias fontes, inclusive da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) – que durante esse governo era a maior parcela de recurso da área e, mediante mobilização da oposição ao governo Lula no Senado, foi extinta em 2007 – sua utilização tinha perspectiva não somente racionalizadora de recursos, mas sobretudo política⁴.

A ordem era abranger o maior número de pessoas, não importando a qualidade dos serviços, embora paradoxalmente em quase todas as instituições de saúde existisse o Programa da Qualidade. O grande interesse era possibilitar “maior retorno”, ou seja, o principal parâmetro de avaliação

⁴ Ver, a respeito, ABU-EL-HAJ, Jawdat. Entre a governança administrativa e a governabilidade política: uma perspectiva histórica das reformas administrativas no Brasil. *Revista Gestão e Controle*, ano1, n.1(jan./jun. 2013).

era a relação custo-benefício. O quadro ora apresentado exemplifica as fontes de recurso do período e a pujança dos recursos da CPMF.

Quadro 1- Recursos alocados em saúde, por fonte de receita – Brasil 1994 a 1998

Fonte de Receita	Recursos alocados – em milhões de reais ¹									
	1994		1995		1996		1997		1998 ²	
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%
Total	12.730	100	18.271	100	15.885	100	19.036	100	19.501	100
CSLL ³	1.639	13	3.684	20	3.290	21	3.675	19	1.808	9
COFINS ⁴							4.929	26	4.885	25
CPMF ⁵	4.362	34	8.968	49	6.746	43	5.290	28	6.615	34
FSE ⁶	4.691	37	2.180	12	2.800	18	3.706	19	2.349	12
Outras	2.036	16	3.439	19	3.020	19	1.436	8	3.844	20

Fonte: Augusto e Costa (2000).

Neste ponto é indispensável se demarcar também que no período havia enorme distância entre os gastos em saúde nos países com economia de mercado consolidada e os latino-americanos. Ademais é importante lembrar as recomendações de organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) que, no contexto dos chamados ajustes estruturais, na década de 1990, prescrevia regras aos países periféricos, entre as

Notas: (1) Valores inflacionados mês a mês para dezembro de 1997; (2) Previsão; (3) Contribuição sobre Lucro Líquido; (4); Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; (5) Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira; (6) Fundo Social de Emergência.

quais o aumento da eficiência do setor público de modo geral e mudanças na articulação entre o público e o privado nos sistemas nacionais de saúde.

Na verdade, a articulação entre público e privado no período traduzia-se como processo de transfiguração dos serviços sociais, entre eles os de saúde, em mercadorias (com aval e apoio do Estado), cuja meta era tornar sua implementação cada vez mais atrativa a investidores da iniciativa privada.

Essa transfiguração, ou seja, a privatização de serviços dessa natureza, segue lógica que comporta três condições básicas, conforme Laurell (1996). A primeira condição é a mercantilização do serviço; a segunda é a garantia de demanda (poder de compra da população de fundos e planos de saúde); a terceira é o estabelecimento de critérios claros de segregação, isto é, a separação entre o serviço rentável e o não rentável.

O esquema proposto por Laurell possibilita compreender os motivos pelos quais, no período em apreciação, o Banco Mundial sugere que o Estado deve se responsabilizar pela universalização da atenção básica a ser prestada por serviços próprios ou em parceria com organizações não governamentais e que a atenção especializada, dependente de incorporação tecnológica, deveria ser ofertada pelo setor privado por meio de seguro privado na modalidade de pré-pagamento (ELIAS, 2001).

De modo geral, as condições básicas de privatização dos serviços estavam implícitas (muitas vezes, explícitas) nos relatórios do BM, conforme análises feitas pela ONG Rede Brasil (BARROS, 2000).

Ao trazer o entendimento de tal lógica para a realidade brasileira daquele período e ao retornar ao modelo de atenção proposto pelo SUS e ao incentivo à atenção básica nos moldes sugeridos pelo BM, juntam-se elementos instigadores da

necessidade de superação das avaliações e análises meramente quantitativas que comparam as metas de cobertura assistencial estipuladas e as alcançadas. Neste prisma, coloca-se em primeiro plano a relação custo-benefício, correspondendo ideologicamente ao modo de pensar hegemônico naquela quadra.

Destaque-se que, com base na NOB/96, o Ministério da Saúde passou a priorizar duas formas de experiências em atenção primária coordenada por ele mesmo. Trata-se do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). A NOB/96, ora referida, previa acréscimos de 30% a 80% nas transferências de recursos do governo federal para a atenção básica em saúde, expressando assim a prioridade neste nível de atenção, porém segundo a lógica “custo-benefício” à qual importava em primeiro lugar uma cobertura quantitativa, mediante ações simplificadas.

O PACS iniciou-se em 1991 no Nordeste – região do país ainda com os piores índices de pobreza, as maiores taxas de mortalidade infantil, o menor índice de esperança de vida ao nascer, as maiores taxas de analfabetismo e inúmeras outras situações de carências. O programa inspirou-se em experiência do Estado do Ceará, que durante seca ocorrida em 1987 – coincidente com o início do chamado “ciclo das mudanças”, o qual resvalou para a experimentação da lógica neoliberal no país – começa a realizar ações de promoção à saúde em áreas atingidas pelas calamidades do fenômeno. Ressaltem-se, porém, experiências semelhantes, desenvolvidas anteriormente a esse período, pelas Pastorais da Saúde e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) vinculadas à Igreja católica da linha da Teologia da Libertação e organizações não governamentais.

Consoante definido pelo Ministério da Saúde, a finalidade do programa em referência seria contribuir para a

construção de um modelo assistencial cuja ênfase se encontra nas ações preventivas e de promoção da saúde.

Seu objetivo geral, segundo o ministério ora referido, seria:

Melhorar a capacidade da população no cuidado da saúde, mediante informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde, tomadas as famílias como foco de sua ação e contando com a atuação preventiva dos agentes comunitários para a organização da demanda. Ao final do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, o programa estava presente em todas as Unidades da Federação, e atingiu, em maio de 1998, 49,6% de 5.507 municípios brasileiros (*home page do MINISTÉRIO DA SAÚDE*, apud AUGUSTO; COSTA, 2000).

Entre as avaliações do programa realizadas por pesquisadores no período, no âmbito do Núcleo de Pós-Graduação do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará (UECE), destacam-se não apenas aspectos positivos, mas também negativos. De positivo evidencia-se o decréscimo das taxas de mortalidade infantil, porém apontam-se as dificuldades e fragilidades a serem enfrentadas pelo programa, tais como: a impossibilidade de os municípios ofertarem respostas às demandas criadas em virtude do trabalho dos agentes de saúde; o desestímulo desses agentes em razão do seu não reconhecimento, por parte das equipes de saúde e da população em geral, como sujeitos dos sistemas locais de saúde; a precariedade dos processos de capacitação e acompanhamento; a importância dos agentes de saúde diante das condições de miséria das famílias; a carência de saneamento básico; a proibição de execução de determinados procedimentos (aplicação de injeção ou curativos); a precariedade da rede geral de atendimento de saúde; expectativas difusas da população em face da indefinição de atribuições dos agentes de saúde; condições

adversas em que estes trabalham, incluindo a indefinição também da relação contratual de trabalho (MESQUITA, 1996; BRANCO, 1997).

Quanto ao PSF, inicia-se em 1994 quando já havia experiência similar em Niterói, como resposta à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Conforme Sá Filha (2000), as experiências do PACS e a municipalização dos serviços no Ceará favoreceram a inspiração e surgimento da primeira proposta do PSF, a qual, em 1993, foi discutida em reunião do Ministério da Saúde com representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS). Consoante enfatizado pela autora, a ideia surgiu no município de Quixadá (Gestão do Partido dos Trabalhadores) com vistas à implementação da experiência no contexto de implantação do Sistema Local de Saúde.

Oficializado como programa prioritário de âmbito nacional, o PSF reuniu inicialmente, em sua equipe, agentes comunitários, enfermeiros e médicos generalistas (e posteriormente, odontólogos e, em alguns municípios, assistentes sociais). Destaque-se ainda o Programa de Residência em Sobral-Ceará tendo como objetivo a reorganização das Unidades Básicas de Saúde segundo os preceitos da vigilância epidemiológica e atendimento integral à saúde da família. De acordo com Augusto e Costa (2000, p.209):

Seu objetivo maior é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças. Assim, o PSF deve enfatizar práticas não convencionais de assistência, recorrendo à prevenção como forma de antecipar-se à demanda por serviços de saúde. A implantação do programa requer:

cadastro das famílias; implantação do Sistema de Informações de Atenção Básica (SLAB); realização do diagnóstico da comunidade; programação e planejamento do trabalho com base no diagnóstico; desenvolvimento do trabalho com ações voltadas aos indivíduos, aos grupos familiares, nos espaços do domicílio, da comunidade, da unidade de saúde ou no acompanhamento aos serviços de referência.

Conforme Fonseca Neto e Vilar (2000), apoiados em Starfield (1992), a SESA, fundamentada nos princípios da atenção primária, considera o PSF como “porta de entrada do usuário no sistema de saúde”. Para tanto julga necessária a disponibilidade da equipe de saúde durante a maior parte do seu tempo na comunidade. Quanto às famílias sob a responsabilidade de determinada equipe, devem perceber que têm acesso à atenção adequada.

As estratégias organizativas do programa no período, consoante os autores, seriam: a) longitudinalidade da atenção inerente à estabilidade e permanência dos profissionais numa mesma localidade, para que se estabeleça uma relação de conhecimento mútuo entre as famílias e os membros da equipe; b) integralidade do cuidado, no tocante à atenção aos indivíduos inseridos na comunidade e na família em suas dimensões de seres humanos inteiros, como corpo, mente e consciência; c) coordenação das ações e serviços com vistas à fluidez, à continuidade e à equidade do sistema de saúde; d) focalização na família considerando sua realidade de vida, no intuito do fortalecimento de vínculos de integração entre esta e a equipe; e) orientação comunitária, referindo-se ao conhecimento do entorno onde vivem as famílias, objetivando o reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto econômico social e cultural (FONSECA NETO; VILAR, 2002).

Uma das primeiras avaliações acerca do PSF e do PACS – efetuada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da

UNICAMP, em 1999, com financiamento da Casa Civil da Previdência da República e recursos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – enfatiza como obstáculo à implementação destes programas “o fato de a população procurar, de forma crescente, os serviços de maior complexidade tecnológica, dificilmente encontráveis nas Unidades Básicas de Saúde” (AUGUSTO; COSTA, 2000, p. 210).

Em virtude disso, como acrescentam os autores, “um número cada vez maior de usuários potenciais do SUS passa a procurar atendimento em hospitais e prontos-socorros” (IDEM). Tal constatação deveria merecer várias reflexões e outras indagações, como, por exemplo: por quais motivos a população valoriza tanto as tecnologias médicas e o modelo hospitalocêntrico centrado na cura?

Como sinalizam várias pesquisas realizadas com objetivo semelhante, especialmente a de Martins (2003), que analisa os diversos sistemas de cura, entre eles os do Brasil, assim como as “inflexões” percebidas na trajetória da política de saúde do país, a população não pode ser responsabilizada pelos insucessos do SUS, nem dos programas que, supostamente, o reabilitariam naquele período de exacerbação da ideologia neoliberal e, em consequência, o aprofundamento da pobreza de grandes segmentos populacionais.

Outro aspecto salientado com base nessa pesquisa da UNICAMP relacionava-se à possibilidade de transformação do PSF em simples postos de atendimento ou de revelarem uma de suas características mais indesejáveis, a de se consistir como um “SUS para pobres”, nos municípios onde a infraestrutura de atendimento hospitalar era mantida pela iniciativa privada.

No Ceará, também foram feitas avaliações do PSF. Ressalte-se a de Sá Filha (2000), no âmbito do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade

Estadual do Ceará. Trata-se de estudo de caso desenvolvido na Região Metropolitana de Fortaleza, sobre o qual é possível afirmar que, embora não possibilite generalização, constitui um “caso particular do possível”.

Entre as inúmeras conclusões da avaliação em referência, sobressai como aspecto positivo a melhoria quanto à comunicação médico-paciente (até certo ponto). Há, entretanto, vários pontos negativos mencionados pela autora, tais como: a não observação do princípio da dedicação integral a comprometer envolvimento profissional com as comunidades; o desenvolvimento das mesmas atividades executadas pelos agentes de saúde incorporados pelo programa; a insipiência das atividades de promoção e prevenção, com prioridade nas atividades voltadas para a cura; a implementação de ações para grupos específicos da população mais carente, persistindo a lógica de segmentação dos programas verticais do Ministério da Saúde; a expansão de forma focalizada, em desacordo com os princípios do SUS (a autora em discussão destaca o princípio da universalidade); o não planejamento das atividades juntamente com a comunidade e a não execução do prontuário da família (SÁ FILHA, 2000).

No período citado, a focalização do atendimento no nível de atenção primária, de maneira segmentada e centrada na quantidade em detrimento da qualidade e do princípio da integralidade do sistema de saúde, se expressava negativamente no cotidiano dos serviços de urgência e emergência dos hospitais de referência, terciários, assim como no grave problema da superlotação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em Fortaleza, como mostravam, diariamente, os meios de comunicação.

Ao priorizar apenas um nível de atendimento em detrimento dos demais níveis e princípios do SUS e visar apenas a relação custo-benefício, os gestores desprezavam a

noção de sistema, traduzida pelas concepções de integralidade da assistência, universalização e hierarquização. Desse modo, verifica-se o desdobramento de efeitos visíveis e drásticos para a população mais pobre, a que mais dependia do SUS.

É indiscutível a importância da atenção básica no sentido da sustentação do SUS. Entretanto, nos moldes como foi efetivada naquele contexto, a possibilidade de reversão da política de saúde, justificada em documentos oficiais de instâncias governamentais responsáveis pela sua efetivação – ou até mesmo por analistas reconhecidos como críticos do governo – era somente uma abstração, pois perdia de vista até o fato de que um programa em si (o PSF) não poderia superar uma política pública como a de saúde.

Cabe mencionar também a regulamentação dos planos e seguros de saúde durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Esta regulamentação beneficiava principalmente os serviços privados de saúde, pois somente uma parcela da população podia adquiri-los e mantê-los, não raras vezes, mediante subtração do suprimento de necessidades básicas, até mesmo como a alimentação. Tratava-se, na verdade, de respaldar a transfiguração dos serviços sociais, entre esses os de assistência à saúde em mercadoria.

A cidadania, neste caso, não seria mais do tipo “regulada”, como ressaltava Wanderley Guilherme dos Santos ao se referir, em passado recente, aos trabalhadores cujos direitos sociais eram condicionados ao contrato formal de trabalho. Trata-se, agora, de uma cidadania que cinde o próprio sujeito, porquanto seus direitos condicionam-se sobretudo ao fato de ser consumidor e não ao fato de ser cidadão.

No entanto, a capacidade de ressignificação do discurso oficial era tão poderosa, naquele período, que interpretava os papéis de tal regulamentação apenas como forma de proteção dos cidadãos. Dessa maneira, deixava de lado, evidentemente, o entendimento do papel do Estado no

processo de mercantilização dos serviços de saúde, segundo raciocínio de Laurell (1996), autora anteriormente referida. Assim sendo, admite-se a necessidade de demarcar equívocos de análises que, repetindo posições neoliberais, afirmam serem as agências reguladoras de saúde meras guardiãs da cidadania.

Alguns segmentos profissionais e analistas do período não identificados com a ideologia neoliberal destacaram a situação paradoxal a que chegaram os serviços públicos de saúde: os esforços do governo no mero sentido da eficiência e do fortalecimento político teriam convertido a saúde em simples mercadoria, enquanto a luta cotidiana pela efetivação dos direitos ter-se-ia reduzido, quase somente, a meros atos de consumo.

Considera-se, porém, serem tais conclusões extremamente pessimistas e com elas se comungaria apenas em parte. Ratificam-se seus posicionamentos segundo os quais o Estado, naquele período, deixou os cidadãos praticamente à mercê da luta individual pela garantia do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecer uma cisão entre ser trabalhador e ser consumidor, antes referida.

Contudo, havia outra linha de raciocínio da qual se partilhava. Consoante esta linha, existiam dois projetos de saúde em confronto (um de natureza privatizante e outro segundo o qual saúde é direito de todos e dever do Estado), mas vislumbrando a possibilidade de mudanças nas correlações de forças, no país, capazes de alterar as relações entre público e privado, com repercussões no campo da saúde, como no das demais políticas sociais.

Continuidades e mudanças

Após 2003, quando no Brasil é eleito um governo de coalizão liderado pelo Partido dos Trabalhadores que adotou

como lema *Brasil, um país de todos*, configurou-se um contexto sociopolítico minimamente favorável à retomada de algumas “bandeiras” identificadas com a cidadania e a democracia, com vislumbres ao campo da saúde.

É possível afirmar que nesse campo, apesar da continuidade da reforma do Estado, importantes iniciativas foram tomadas para fortalecer o SUS e propiciar melhor organização dos serviços. Essas medidas não se restringiam à política em referência. Mais que isso, elas eram condições indispensáveis para essa melhoria. Foi proposta uma reorientação dos papéis do Estado, o qual passaria a conduzir o desenvolvimento social e regional e apenas induzir o crescimento econômico. Em consequência, o planejamento nacional priorizou metas de cunho social, essenciais para a elevação das condições de saúde da população, se levarmos em conta a concepção ampliada de saúde⁵.

Especificamente no tocante à saúde, o Plano Plurianual 2004-2007, após traçar as principais linhas da realidade epidemiológica do país, explicitava a garantia de continuidade das ações relacionadas ao controle das doenças transmissíveis antigas (malária, dengue, tuberculose e hanseníase) ou emergentes (Aids, principalmente), assim como a ampliação da resolutividade da atenção básica, ao prever como meta a elevação do número de equipes do PSF.

De acordo com a perspectiva adotada, era preciso evitar mortes por doenças infecciosas, diarreicas agudas, dentre outras, que afligiriam as crianças, particularmente, as residentes no Norte e Nordeste.

A concretização dessas previsões desdobrou-se em inúmeras iniciativas e motivou a busca de um pacto pela

⁵ Metas prioritárias: Emprego, PIB e Exportação; Educação; Saúde (30 mil equipes /Saúde da Família); Saneamento; Habitação; Assistência Social – Transferência de Renda; Reforma Agrária; Ciência e Tecnologia; Tecnologia da Informação e Inclusão Digital; Agricultura e Pecuária; Micro e Pequenas Empresas; Meio Ambiente; Energia Elétrica; Petróleo e Gás; Transporte; Recursos Hídricos (BRASIL, 2003).

saúde que, conforme descrito, estava muito mal cuidada. Os documentos *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão* e *Pactos pela vida e gestão* expressam as perspectivas de atuação no sentido do fortalecimento do sistema público de saúde do país.

Participaram das discussões a este respeito integrantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros. Apesar de considerarem o tempo de institucionalização do SUS e a evolução na sua implementação, especialmente a descentralização e a municipalização das ações e serviços, posicionavam-se favoráveis a que diante das novas realidades nacional e regional do país havia necessidade de “superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” (BRASIL, 2006, p.7).

Contudo, a ideia de organizar os serviços de saúde por meio de rede não constituía uma inovação brasileira, pois em outros países isso já era uma realidade. Também não constituía uma mudança, pois já constava na Constituição de 1988, embora adotando uma linha hierarquizante. Entretanto, essa rede [se é que se pode falar assim] estava muito enfraquecida, conforme já discutido neste capítulo.

Mesmo assim, o posicionamento central sobre o novo pacto em construção era de respeito aos anteriores, mas em conformidade com a reorientação dos papéis do Estado. Desse modo, visaria à unidade de princípios e à diversidade operativa, ou seja:

[...] uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social,

qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006, p.7).

Com base, então, nos pactos – *pela vida, em defesa do SUS e de gestão* –, foram definidas as seguintes prioridades. Relativamente ao primeiro, são destacados seis blocos de ações: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

Destaca-se a atenção básica, para fins da presente apreciação, não só em face da “relevância a ela atribuída” desde a NOB/96 – embora no contexto de edição dessa NOB a finalidade primordial fosse a redução de gastos públicos com o social –, mas também no sentido de verificar os redimensionamentos propostos quanto aos objetivos desse nível de atenção, em comparação aos dos governos anteriores, e ainda com o fito de perceber os propósitos direcionados à Estratégia Saúde da Família.

Esta estratégia, segundo os pactos, continuaria prioritária para o fortalecimento do referido nível de atenção e na sua efetivação deveriam ser respeitadas as diferenças loco-regionais. Percebe-se, neste sentido do respeito às diferenças, uma sintonia com um dos grandes desafios elencados pelo PPA vigente, o de 2004-2007, pertinente à valorização da “diversidade das expressões culturais nacionais e regionais”.

Em outras palavras, o pacto pelo SUS previa o apoio aos modos de organização e fortalecimento da atenção básica

que considerassem os princípios da ESF, porém respeitando as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2006).

Assim sendo, os objetivos do pacto concentravam-se nos seguintes aspectos: consolidação e qualificação da ESF nos pequenos e médios municípios, sua ampliação e qualificação nos grandes centros urbanos; garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo a dotação de recursos materiais, equipamentos e insumos; garantia de financiamento como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; aprimoramento da inserção dos profissionais nas redes locais de saúde, de modo a favorecer seu provimento e fixação; implantação do processo de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada (IDEM).

Entre as várias diretrizes destacam-se o comprometimento com a consolidação do processo da reforma sanitária brasileira, a qualificação do SUS e garantias direcionadas a assegurá-lo como política pública.

Concernente ao pacto de gestão, a parte mais extensa do documento pesquisado, as prioridades seriam: a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada e integrada (PPI), a regulação, a participação e controle social, a gestão do trabalho e educação na saúde.

Na impossibilidade de analisar todos esses aspectos, ressalta-se a perspectiva de regionalização proposta e sua relação com o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Uma das recomendações dizia respeito à inclusão do território – já iniciada, de modo bastante pontual, em algumas experiências de atenção básica em saúde –, e encontrava eco no debate do planejamento nacional sobre a dimensão territorial no planejamento de todas as políticas públicas, em 2006, com vistas a sua adoção pelo PPA 2008-2011. Sobre o assunto, lê-se em documento do Ministério do Planejamento, que

discute os desafios da regionalização e da territorialidade no país e a exigência de combinações de critérios pelas políticas setoriais, naquele contexto:

[...] a territorialidade de populações tradicionais articuladas às suas bases de recursos naturais demanda seu reconhecimento e tratamento adequado ao mesmo tempo em que essas populações buscam sua integração aos processos econômicos capitalistas dominantes, muitas vezes distantes do seu território; a territorialidade dos grupos sociais excluídos e/ou marginalizados do centro da economia capitalista demanda políticas específicas, não apenas no interior das áreas urbanas e metropolitanas, mas também nas suas extensões regionais, como na fronteira agrícola ou em áreas deprimidas; a territorialidade de processos culturais e socioeconômicos particulares, marcados pela justaposição de atividades e grupos sociais distintos e muitas vezes competitivos na apropriação dos recursos e do próprio território, também pode implicar heterogeneidades e polarizações várias no espaço social, dificultando delimitações regionais que informem políticas e ações de planejamento, por sua vez também distintas. Em suma, a complexidade crescente do espaço social e sua flexibilidade dificultam definições regionais rígidas e exigem a combinação de critérios variados que dialoguem com as múltiplas espacialidades e territorialidades implícitas e/ou explícitas nas políticas setoriais e nos recortes temáticos (2006, p. 13).

Nessa sintonia, a definição de região de saúde, segundo os pactos em referência, inclui uma concepção de território, da qual pode-se presumir a adoção de uma linha relacional.

As regiões de saúde são recortes territoriais, inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual(ais) a partir de identidades culturais, econômicas e sociais; de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006, p. 19).

Ao admitir a existência de múltiplas identidades também na constituição de regiões de saúde, percebe-se uma preocupação com a possibilidade de ir além dos critérios de eficiência e eficácia, sem descuidar-se da resolutividade nem, certamente (supõe-se), da relação custo-benefício.

Nesse caso, conforme o documento ora citado, o corte no nível assistencial, para delimitação de uma região de saúde, deve estabelecer critérios propiciadores de certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Quanto à garantia de atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões deveriam pactuar entre si arranjos interregionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião (IDEM).

Quanto às formas de regionalização, encontra-se ainda nessa mesma fonte documental a seguinte proposta de classificação: a) regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; b) regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; c) regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; d) regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos⁶.

Percebe-se também nessa proposta não apenas uma sintonia com a concepção de *dimensão territorial* em discussão no planejamento nacional, mas também a importância a ela atribuída com vistas à organização da rede de saúde, consoante o documento em referência, no qual se lê:

[...] no processo de construção da regionalização a definição do desenho da região de saúde corresponderia

⁶ As regiões fronteiriças passaram a ser objeto de discussão também da política de desenvolvimento regional. Esta atuaria em mesorregiões situadas no Nordeste e também na Grande Fronteira do MERCOSUL, Metade Sul do Rio Grande do Sul, Alto Solimões e Vale do Rio Acre (BRASIL, 2010, p. 22).

ao desenho de um território adequado aos seguintes critérios: contigüidade entre os municípios; respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural; existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios; existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde; considerar a rede de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006, p. 20-21).

Entretanto, os pactos mencionados não surtiram efeitos tão positivos quanto os almejados por seus proponentes, por múltiplas razões não cabíveis no espaço deste capítulo. O governo brasileiro, ao reconhecer o débito para com a população emitiu, ao final de 2010, a Portaria Ministério da Saúde, nº 4.279, direcionada ao fortalecimento da rede de atenção à saúde, contendo as diretrizes, fundamentos conceituais e operativos. Posteriormente, tanto o Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) recomendam caminhos para a sua operacionalização.

Na portaria ora referida, as redes de atenção à saúde foram definidas “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Teriam a implementação orientada por sete diretrizes, tais como: fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização das redes de atenção estratégicas; fortalecimento do papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no processo de governança da RAS; fortalecimento da integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência em âmbito individual e clínico; fortalecimento da política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; implementação

do Sistema de Planejamento da RAS; desenvolvimento dos Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; e financiamento do sistema na perspectiva da RAS (BRASIL, 2010).

Mediante pactuação firmada em 2011, entre representantes dos distintos entes federativos do país, no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite, foram eleitas as redes prioritárias de atendimento, entre as quais a de atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2011)⁷.

Nessa rede temática situa-se o dispositivo de acolhimento e avaliação com classificação de risco, cuja finalidade seria articular e integrar todos os equipamentos de saúde, a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários. Assim sendo, deveria abranger a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, a Atenção Básica em Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Centrais de Regulação Médica das Urgências, a Sala de Estabilização, a Força Nacional de Saúde do SUS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, Hospitalar, e ainda a Atenção domiciliar (BRASIL, 2011).

As tentativas de reforço ao SUS, mediante fortalecimento das redes de atenção, têm se deparado com muitos obstáculos, mas também com alguns avanços como atestam as pesquisas realizadas sobre os serviços de saúde, destacando-se a de Shimizu (2013), por evidenciar as percepções de gestores da saúde a este respeito.

Muitos dos obstáculos à consolidação da rede de saúde do SUS provêm de tensões políticas ligadas a projetos societários distintos e respectivos projetos de saúde. Destaca-se, entretanto, o inerente a recursos pois a principal fonte foi suprimida, em decorrência da extinção do CPMF, em 2007,

⁷ As demais redes são: Rede Cegonha, cuja atenção se volta à gestante e à criança de até 24 meses; Rede de Atenção Psicossocial, direcionada ao enfrentamento do álcool, do crack e de outras drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011).

com grande mobilização do segmento político que mais a utilizou para a saúde durante o governo Fernando Henrique Cardoso.

Em resposta aos movimentos de rua de 2013, ocorreram debates no Senado Federal em torno do financiamento da saúde e um dos aspectos evidenciados diz respeito à permanência de descompasso entre a universalização da saúde e a indefinição de recursos para tanto, embora haja lutas relacionadas a esse descompasso desde a criação do SUS (BRASIL, 2014). Contudo, muitas experiências e programas exitosos foram ressaltados nesses debates, segundo detalhamento da fonte ora referida, mas eles não têm contribuído na melhoria do atendimento cotidiano de saúde.

Nesta alternância, de continuidades e tentativas de mudanças na gestão da política de saúde, o trabalho do serviço social sempre foi demandado – seja institucionalmente seja pelos segmentos sociais mais explorados e destituídos de direitos de cidadania que buscam os serviços de saúde – e continua a produzir respostas e a efetivar ações condizentes com os princípios do SUS e o ideário das redes de atenção à saúde.

Assim, a profissão contribui na efetivação da política de saúde como agente social (no sentido empregado por Pierre Bourdieu, como “o ser que age e luta dentro de um campo de interesses”) e não como “repassador de políticas públicas” ou “reparador de defeitos do SUS” como entendem algumas análises. É neste sentido de um “ser que age e luta” que muitos/as assistentes sociais buscam atualizar-se, no intuito de compreender tanto criticamente a realidade social em mutação como as expressões atuais da questão social – seu objeto de trabalho – que também se “reconstrói” nessa realidade social. E, com posicionamento ético, tentam responder às instigantes demandas que lhes chegam permanentemente.

Desse modo, a profissão é impelida a acompanhar e entender o constante “fazer-se” do SUS na confluência entre

o público e o privado, em face de disputas explícitas ou veladas travadas cotidianamente por atores sociais de distintos campos (o da própria saúde, o político, o midiático e outros) em torno de projetos societários divergentes ou antagônicos e de saúde contrários: privatista e individualizante ou público e universalista.

Ao situar-se em plano muito mais amplo que o da mera política e serviços de saúde, e abranger a política propriamente dita e a sociabilidade brasileiras, essas disputas de interesses sociais contrários se manifestam em todos os entes federativos (União, Estados e Municípios) do país, em todas as esferas e níveis do sistema público de saúde, nem sempre levando em consideração as circunstâncias em que se encontrem os usuários e os sofrimentos daqueles que no grito de dor expressam ansiar pela vida.

Tudo isso atravessa o desafiante cotidiano do trabalho dos/das assistentes sociais no campo da saúde. Mesmo assim, a categoria tem protagonizado importantes experiências de atuação nesse campo, em todos os níveis de atenção, as quais se encontram descritas em capítulos posteriores deste livro. Quase todos eles remetem também à permanente e sempre necessária capacitação teórico - metodológica e técnico - operativa, e expressam que relevantes segmentos da profissão integrantes do sistema de saúde do país estão comprometidos com a ética da reflexividade – equivalente a uma estética da vida –, não se conformando com uma suposta ética que “aqui, acolá” tenta reaparecer no sentido da mostrabilidade, carente de qualquer reflexão crítica, e alinhada com o avanço do gerencialismo e da “técnica pela técnica” sem qualquer mediação procedente do campo das ciências humanas e sociais.

Considerações finais

Sem a pretensão de evidenciar as razões para os inúmeros desafios ainda persistentes no campo da saúde no país, mas compreendendo que essas razões podem ser encontradas no plano das relações entre o público e o privado que atravessam a política de saúde desde suas origens, priorizou-se neste capítulo situar mudanças e permanências visíveis nos serviços de saúde em virtude das configurações do Estado brasileiro com a reforma iniciada ao final da década de 1990, e ainda inconclusa, na verdade uma contrarreforma caracterizada principalmente pela negação de direitos inscritos na Constituição brasileira promulgada em 1988.

Na efetivação dos serviços de saúde, desde o planejamento nacional até a execução local, convivem atores sociais com interesses opostos no contexto de uma sociedade de consumo cuja sociabilidade pretende desqualificar qualquer busca por igualdade ou reconhecimento; exacerba o individualismo; cinde os cidadãos ao precarizar o trabalho e estimular o consumo; desvaloriza as questões éticas; redimensiona a família e a intimidade; homogeneiza culturas e massifica indivíduos; transforma o corpo, a juventude e a velhice em “nichos de mercado”; estimula o entorpecimento de variadas origens e causas; exacerba a violência em todos os sentidos; trama para destituir o sentido de existir e banaliza a morte. Em síntese, desrespeita a vida.

Tais formas de sociabilidade não estão desvinculadas dos seguidos pactos das elites brasileiras com os países ricos e do afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais, que acentua o caráter “individualizante” da garantia de bem-estar social e influencia nas formas e mudanças dos perfis de adoecimento e morte, os quais acarretam frequentes desafios aos operadores da política de saúde de todos os níveis e atividades.

No auge da contrarreforma do Estado era repassada ao usuário dos serviços sociais – entre esses os de assistência à saúde –, a responsabilidade quase total pelos cuidados com essa esfera da existência, desprezando o preceito constitucional que afirma ser a saúde “direito de todos e dever do Estado”. A atuação do Estado priorizou a via gerencialista que se mostrou inadequada ao suprimento da oferta de serviços satisfatórios para a população dependente do SUS, além de desencadear inúmeros problemas para o sistema de saúde, ainda não resolvidos.

A proposta de reorganização do modelo do SUS, expressa pela NOB/1996, em conformidade com os propósitos de organismos mundiais financiadores ou não da política de saúde, no auge da aquiescência da ideologia neoliberal pelo governo brasileiro, é exemplar dessa inadequação. Consoante esse modelo, o pêndulo da relação público e privado intensificou seu direcionamento para a lucratividade dos “investidores da saúde”, e não para os cuidados da saúde de enormes segmentos populacionais do país, à mercê do SUS.

Como evidenciado, as tentativas de mudanças após esse período de dificuldades quase intransponíveis não avançaram tanto quanto previsto, por razões de ordem política, e disputa de poderes. Mesmo após 2003, no transcorrer dos governos que tiveram propósitos inclusivos de segmentos populacionais pauperizados, inúmeros problemas ainda carecem de resolução, tal como se expressam as reais condições dos serviços ofertados pelo SUS.

Os relatórios governamentais de avaliação da política de saúde desse período autorizam afirmar-se que, não obstante os esforços em torno do fortalecimento do SUS e algumas mudanças percebidas nos serviços, o Estado brasileiro permaneceu em débito com a população nesse campo, especialmente aquela situada nas faixas e regiões mais pobres do país.

Muito embora as avaliações quantitativas constantes em páginas eletrônicas governamentais de nível federal, estadual ou municipal expressem um aumento significativo da cobertura assistencial, inclusive os programas e estratégias implantados com vistas ao fortalecimento da rede de saúde, sua fragilidade é descortinada pelos serviços de urgência e emergência dos grandes e médios centros urbanos, para onde ocorre a grande parte da população brasileira que busca alívio para suas doenças. Trata-se de uma realidade repleta de desafios, reconhecida pela Presidenta Dilma Rousseff em pronunciamento à Nação às vésperas das comemorações do 7 de Setembro de 2011, e em várias outras ocasiões.

Mesmo assim, o atual governo interino tem mostrado suas pretensões de enfraquecer o SUS, cada vez mais, com a redução de recursos, a limitação do acesso aos serviços de saúde e a substituição de profissionais das diversas áreas que dedicaram suas vidas ao sistema.

Aos profissionais de serviço social que trabalham no campo da saúde compete compreender criticamente as propostas de saúde em face dessa realidade social e refletir sobre os sentidos da sua ação profissional. Cabe-lhes resignificar ou negar práticas não condizentes com os princípios éticos da profissão.

Bibliografia

ABU-EL-HAJ, Jawdat. Entre a governança administrativa e a governabilidade política: uma perspectiva histórica das reformas administrativas no Brasil. *Revista Gestão e Controle*, ano1, n.1(jan./jun. 2013).

AUGUSTO, Maria Helena Oliva; COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. *Tempo*

Social, vol.11, n. 2, São Paulo, Out. 1999. (Dossiê FHC, 1º governo).

BARROS, Flávia (Org.). *Estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil*. Brasília: Rede Brasil, 2000.

BRANCO, Ana Lúcia Sudário Dias. *O programa agente de saúde do município de Paracuru na perspectiva do usuário*. Fortaleza: UECE, 1997. (Monografia/ Especialização em Políticas Públicas).

BRASIL. *Decreto-Presidencial de nº 78.307*, de 24 de agosto de 1976.

_____. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde- Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS* (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Estudo da dimensão territorial do PPA - marco inicial*. Brasília: MPOG, 2006.

_____. Ministério da Integração Nacional. *A PNDR em dois tempos: a experiência aprendida e o olhar pós 2010*. Brasília: MIN, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2004-2007*. Brasília: MPOG, 2003.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2008-2011*. Brasília: MPOG, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2012-2015*. Brasília: MPOG, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Série Pactos pela Saúde. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 4.279- Anexo*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 1.600*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011.

_____. Senado Federal. Financiamento da saúde à espera do resgate. *Em Discussão*. Revista de audiências públicas do Senado Federal. Ano 5, n.5, fev., 2014.

DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1997.

DELEUZE, Gilles. Prefácio. In: DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ELIAS, Paulo, Eduardo. Estrutura e organização da Atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil – políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez / CEDEC, 2001.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

FONSECA NETO, Manoel Dias da; VILAR, Maria Célia Pinheiro de Melo. *Uma estratégia de reorganização do SUS no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000.

_____. *O modo de fazer saúde no Estado do Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002.

HARVEY, David. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1999.

IVO, Anete Brito Leal. A destituição do “social”: Estado, governo e políticas sociais. *CADERNO CRH - O Estado em transformação*. Salvador, n. 35, p.21-40. jul./dez.2001.

KOGA, Dirce; NAKANO, Kazuo. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano XXVII - n.85, mar. 2006.

LAURELL, Asa Cristina. La lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

LEMIEUX, Vicent. Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. Article publié dans l'ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Chapitre 5, p. 107-128. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1994.

MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito sanitário: o processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. _____ . *Uma agenda para saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. *As possibilidades e os limites do programa agente de saúde no contexto dos sistemas locais de saúde*. Fortaleza: UECE, 1996. (Monografia / Especialização em Políticas Públicas).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano (www.paho.org/default-spa.htm).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *A Saúde no Brasil*. Representação da OPS/OMS, 1998.

PARKER, Richard; MATOS, Rubem Araújo de; TERTO JR, Veriano. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: BARROS, Flávia (Org.). *Estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil*. Brasília: Rede Brasil, 2000.

SÁ FILHA, Zenaide de Sousa. *Programa Saúde da Família: como é idealizado e como de fato funciona*. Fortaleza: UECE, 2000 (Dissertação/Mestrado).

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, Milton. *Globalização e território. Seminário Internacional sobre globalização e desenvolvimento regional: cenários para o século XXI*. Recife: SUDENE, 1997.

SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, dez. 2013 .

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”

Lucia Conde de Oliveira
Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Introdução

Para se compreender o Sistema de Seguridade Social Brasileira na contemporaneidade, torna-se primordial construir o resgate histórico das principais características dos sistemas de proteção social que inspiraram a maioria dos governantes ocidentais dos países centrais e dos periféricos.

A Europa foi o berço da constituição da sociedade burguesa e do desenvolvimento do capitalismo. Nesse contexto, estrutura-se uma forma de Estado a desempenhar papel decisivo na organização do sistema capitalista. Na sociabilidade capitalista, o processo de exploração da força de trabalho e o aprofundamento das desigualdades geram movimento dos trabalhadores que se posicionam, como sujeitos políticos, na luta contra a exploração, reivindicando direitos sociais. Consequentemente, a emergência da questão social passa a requerer por parte do Estado a adoção de políticas sociais para seu enfrentamento.

Conforme Netto (2001, p. 25), “[...] a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômica desde dentro, e de forma contínua e sistemática. [...] no capitalismo monopolista, as funções do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas”. Ressalta-se que as funções desempenhadas pelo Estado contribuem para a acumulação do capital, relacionando-se orga-nicamente com os aparatos privados dos monopólios e com as instituições estatais, havendo um imbricação entre o público e o privado.

O Estado reorganiza-se para atender aos interesses dos monopólios e para a preservação e o controle da força de trabalho ocupada e excedente, no intuito de garantir o consenso. Nessa perspectiva, Netto (2001, p. 27) afirma que:

[...] O Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilidade e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio.

Sob esse prisma, o Estado atua para garantir direitos sociais e civis dos trabalhadores. Esse processo ocorreu também como consequência da organização e das lutas dos trabalhadores, inicialmente, na Europa e nos Estados Unidos.

Conforme preconiza Faleiros (1986), a política social envolve mediações complexas, compreendendo as dimensões socioeconômicas, políticas, culturais e sujeitos políticos; forças sociais; classes sociais que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada.

Nesse processo, no final do século XIX, criam-se as primeiras legislações e medidas de proteção social para os trabalhadores. As políticas sociais surgem como essa forma de intervenção do Estado e como produto das relações capitalistas de produção, a qual reflete em si mesma, as contradições do sistema. Referem-se “em uma primeira aproximação ao processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados” (FALEIROS, 2000, p. 43).

Na Alemanha, ainda no final do século XIX, o Chanceler Bismark implantou um modelo de proteção social baseada na

lógica do seguro com pré-pagamento: seguro-saúde, seguro de acidentes do trabalho e seguro para aposentadoria. Esse sistema era financiado pelos trabalhadores e patrões com subsídios do Estado, denominado modelo bismarkiano (FALEIROS, 2000). Apesar de avançado, sua lógica era presidida, predominantemente, pela lógica do mercado, pois a ele só tinha direito quem contribuía.

Salienta-se que a formulação da política social é mediada pelo debate entre liberais e reformadores sociais humanistas. Os liberais preconizam o mínimo de intervenção do Estado, abrangendo três funções: a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada (BOBBIO, 1988). Ademais, reconhecia, na mão invisível do mercado, o poder de regulação das relações sociais.

Contudo, com o surgimento dos monopólios, a frequência e a intensidade das crises do capitalismo, que até aquele momento eram consideradas cíclicas, e o crescimento da organização e da força política dos trabalhadores geraram teses que fundamentaram o discurso socialdemocrata e criaram as condições objetivas que redefiniram o papel regulador do Estado. As teses da social democracia defensoras de maior intervenção do Estado para prevenir as crises do capitalismo ganham mais força com a grande crise de 1929.

Outro referencial para as mudanças do papel do Estado foi Keynes, economista inglês que elabora estratégias de regulação social por parte do Estado. Keynes propõe a intervenção estatal para prevenir as crises e garantir a reprodução ampliada do capital, mediante empréstimos, subsídios e construção de infraestrutura. O sistema capitalista deve ser financiado pela sociedade, por meio de impostos.

Essas propostas de intervenção são a base para a construção do *Welfare State*, na Europa, apoiado em lógica

universalista, cujo fundamento é o direito social em um Estado democrático de direito. Essas são as bases do modelo de proteção social inglês, elaborado por Beveridge e implantado em 1943. “No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade” (BOSCHETTI, 2009, p. 325). Esse modelo inspirou vários sistemas de proteção social no ocidente. Ressalta-se outra crença socialdemocrata a fundamentar o referido modelo, a do pleno emprego – mínimo desemprego – no qual a perda eventual de renda do trabalhador, pelo desemprego, seria transitório.

Contudo, os sistemas de proteção social implantados na modernidade, tanto nos países centrais, de capitalismo avançado, como nos países periféricos, variam em razão de alguns elementos fundamentais, como: a correlação de forças existentes, isto é, as lutas sociais, a força política dos grupos organizados; as condições econômicas gerais, ou seja, o padrão de acumulação capitalista, o desenvolvimento das forças produtivas, em determinado momento histórico. Esses fatores interferem nas ações políticas e econômicas para garantia de um sistema de proteção social voltado à população.

A proteção social situa-se no centro do conflito de classes, sendo a política social financiada pelos impostos arrecadados pelo Estado que vão compor o fundo público (OLIVEIRA, 1988). Esse fundo é disputado por capitalistas e trabalhadores para garantir tanto a acumulação do capital como a reprodução da força de trabalho. Quanto maior a força e a organização do grupo maior será a fatia do bolo por ele obtido.

Nesse sentido, as políticas de proteção social são produtos históricos das lutas do trabalho na sua relação com o capital, na medida em que respondem pelo atendimento

de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. O escopo da seguridade depende do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras e das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho (MOTA, 2004).

Com base no reconhecimento público dos riscos sociais do trabalho assalariado, as políticas de seguridade ampliam-se a partir do segundo pós-guerra, como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, na perspectiva dos direitos sociais. Os sistemas de proteção social são implementados por meio de ações assistenciais para atender as pessoas impossibilitadas de prover o seu sustento pelo trabalho; para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para a manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade produtiva (MOTA, 2005).

O trabalho – assalariado/alienado – na sua relação com o capital tem centralidade na configuração dos sistemas de seguridade social. As políticas de proteção social são embasadas pelos valores da sociedade salarial, especialmente, aquela construída pelo capitalismo e pelo trabalho organizado (sindicatos e partidos), no período que compreende meados dos anos 1940 até o final dos anos 1970, ocasião em que o mundo capitalista inflexiona seu padrão de acumulação dominante, para enfrentar uma crise de dimensões globais. Essa inflexão responde pela recomposição do processo de acumulação, incidindo na reestruturação dos capitais, na organização dos trabalhadores e dos processos de trabalho e no redirecionamento da intervenção estatal que, sob o capital financeiro e das ideias neoliberais, elabora estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado (MOTA, 2008).

A construção da seguridade social no Brasil

Destaca-se que um dos elementos primordiais que contribuiu para entender a construção do sistema de proteção social é a origem do Estado brasileiro. A política social é função do Estado, compreendendo uma forma de intervenção do Estado na sociedade. Segundo Faoro (1987), o Estado brasileiro tem uma origem marcada pela tradição patrimonialista e centralização político-administrativa. Essa origem vem desde o Estado português, sua matriz ideológica e política, cujas características são: não separação entre o público e o privado; prestígios e favores como formas de garantir a lealdade; relação direta entre o governo e a população. Referido sistema de prestígios e favores contribuiu para o desenvolvimento do fenômeno político do clientelismo. É por meio dessas trocas de favores clientelistas que o Estado consegue se legitimar perante a sociedade.

Schwarz (1992), ao analisar o Brasil império, assinala que o favor era uma moeda quase universal que mediava todas as relações entre as classes, não só a relação entre os pobres e os ricos, mas entre os políticos, os profissionais liberais, os proprietários de terra. Essa lógica ainda tem suas manifestações no movimento atual. O acesso a bens e serviços públicos, às vezes, é mediado pelo favor. Todavia, algumas políticas sociais sofreram maior influência do fenômeno. Por exemplo, a assistência social, que vem tentando se libertar dessa tradição e dessa herança do favor.

A relação direta do governante com a população contribuiu para a existência de outro fenômeno, o populismo, particularidade não apenas do Brasil, pois ocorreu em toda a América Latina. Seu expoente na história brasileira foi Getúlio Vargas, que iniciou a construção do sistema de proteção social no Brasil. Combinando mecanismos de repressão e assistência, o Estado propõe políticas compensatórias,

no intuito de controlar as tensões sociais e as lutas dos trabalhadores. Entretanto, a política social é contraditória porque atende aos interesses do capital, na medida em que atenua as tensões e controla os trabalhadores, mas atende também aos interesses dos trabalhadores, na medida em que os benefícios são direitos sociais e reivindicações da população.

Em plena modernidade, o Estado brasileiro estrutura-se a partir da herança patrimonialista portuguesa, aproximando-se da concepção restrita de Estado (COUTINHO, 1994), com a formação de um estamento burocrático estatal para garantir interesses próprios. Cria-se e reproduz-se uma burocracia a concretizar esses interesses por meio da intervenção estatal. Conforme Martins (1985), a configuração econômica e social do Brasil é resultado do capitalismo e da forma como o Estado se organiza para impulsionar esse desenvolvimento.

A desigualdade social e suas expressões são uma espécie de regularidade histórica no Brasil, produto desse desenvolvimento desigual combinado, que se revela, principalmente pela concentração de renda e de riqueza, sendo resistentes a pactos redistributivos. O mundo do trabalho delinea-se pela informalidade, pela precarização e pela ausência de proteção. Nesse sentido, a política social é uma das respostas à questão social produzida pela relação capital/trabalho, desencadeada pelas classes trabalhadoras e pelo Estado, produto de uma correlação de forças determinada.

Ações mais amplas de proteção social são implantadas por Getúlio Vargas, nos anos 1930. Seus antecedentes foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, quando é sancionada a Lei Eloy Chaves, que cria as CAPs para os empregados em empresas ferroviárias (SILVA, 1995). Posteriormente, novas CAPs são criadas, organizadas por empresas, para garantir proteção social para os trabalhadores e suas famílias, em caso de acidente, doença, morte ou

invalidez; como também para garantir a assistência médica, mediante pagamento de uma contribuição. As CAPs surgem nas empresas onde os trabalhadores estavam organizados e gozavam de prestígio, tanto política, como economicamente. Eram administradas por patrões e empregados.

Com a iniciativa do governo de Getúlio Vargas, de ampliar a proteção social aos trabalhadores, são implantados os Institutos de aposentarias e Pensões (IAP) também baseados no seguro, embora não se aproximasse do modelo bismarkiano, pois não era extensivo a todos os trabalhadores, mas às categorias reconhecidas pelo Ministério do Trabalho. Essa relação produz uma forma de cidadania determinada pela inserção do trabalhador no mercado de trabalho, definida por Santos (1987) como cidadania regulada.

Conforme Cohn (2000), a concepção de cidadania no Brasil revela a diferenciação entre problemas sociais e questão social. Os problemas sociais são percebidos como fenômenos indesejáveis, porém aceitáveis para a convivência quando associados à caridade e à filantropia. A questão social é compreendida como algo de caráter estrutural e enfrentada no âmbito do direito para os inseridos no mercado de trabalho formal. Trata-se da proteção social, limitada aos direitos previdenciários.

Também na era Vargas iniciam-se as ações de assistência social do Estado, mas com estreita vinculação com o favor, a filantropia e o voluntariado. É nesse período, que é criada uma instituição ícone da assistência social, a Legião Brasileira de Assistência (LBA). O que marcará, profundamente, essa política, desenvolvida como ação emergencial, fragmentada, personalista, voltada para a parcela mais pobre da população (OLIVEIRA, 1996).

Durante a ditadura civil militar, ocorre ampliação das políticas sociais, reconhecimento de outras categorias profissionais e sua consequente inclusão no sistema de

proteção social vigente, entre estas os trabalhadores rurais. Essa ampliação é uma das estratégias utilizadas pelo governo para se legitimar perante a sociedade e conter as tensões sociais, frutos do aprofundamento das desigualdades e da repressão. O grupo no poder desenvolve a modernização conservadora em articulação com o capital internacional, tendo como uma de suas estratégias o incentivo ao processo de privatização, notadamente na saúde e na previdência social.

Com base nessa estratégia, institucionaliza-se o modelo médico-assistencial privatista – numa estreita relação com a previdência social – serviço de assistência médica que visa a atender a pessoa em uma perspectiva curativa. Nesse sistema, o Estado funciona como financiador, enquanto o setor privado nacional, como prestador de serviços, via convênio com a previdência social, e o capital privado internacional, como fornecedor de insumos, equipamentos e medicamentos. Esse modelo visa atender a população segurada da previdência social, parcela relativamente pequena, pois no Brasil não alcançara 50% da população economicamente ativa, integrada ao mercado formal de trabalho. A população, sem vínculo com a previdência, não tinha direito, nem acesso aos benefícios da previdência social. E na saúde, era atendida pelas instituições filantrópicas ou pelos serviços públicos estaduais ou municipais.

No final da década de 1970 e nos anos 1980, ainda na vigência da ditadura, observa-se às lutas pela democratização do país. Essas lutas giravam, principalmente, em torno de dois aspectos: liberdades políticas e universalização dos direitos sociais. A sociedade começa a discutir sobre o sistema de proteção social, garantido pelo Estado somente para uma parcela da população. Na saúde, essa luta será conhecida como Movimento da Reforma Sanitária.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira luta pela ampliação dos direitos sociais, nos países

capitalistas centrais, o modelo de proteção social universalista sinaliza momentos de crise. Iniciou-se nesses Estados e, já no final da década de 1980, no Brasil, a implantação do modelo neoliberal. Os anseios e as lutas da sociedade civil estavam na contramão desse processo. A globalização e a adoção do projeto neoliberal, em países centrais, determinaram uma redefinição do papel do Estado e das políticas sociais nos países periféricos.

Atribuiu-se, então, a crise do Estado aos gastos com as políticas sociais e surgem as propostas de diminuir o tamanho do Estado, reduzir os gastos públicos, principalmente com as políticas sociais, e atender apenas às populações mais vulnerabilizadas, deixando para a população de melhor poder aquisitivo a compra de bens e serviços no mercado. Com isso, se reduzem os gastos do Estado e oferecem-se novos espaços de investimento para o capital.

É nesse período que emerge com força a estratégias da privatização; no entanto, ela não é receita moderna dos organismos internacionais, uma vez que compunha as propostas dos liberais já na década de 1940. Contudo, com a crise do padrão de acumulação fordista-keynesiano e a crise fiscal do Estado encontram-se um cenário fértil para ser editada como ideário neoliberal.

Considerando que o desenvolvimento brasileiro está relacionado à subordinação econômica, o país mantém-se distante de um ampliado sistema de proteção social. A modernização conservadora promovida pelos militares aprofunda as desigualdades e a concentração de renda e poder. O mercado de trabalho é caracterizado pela instabilidade, pelos baixos salários, pelo desemprego e pelo frágil mecanismo de proteção social.

Todavia, na luta pela democratização, os movimentos sociais brasileiros conseguiram incluir na Constituição de 1988 a garantia dos direitos sociais. É quando se inaugura

o conceito de seguridade social no Brasil, mencionado no art. 194 da Constituição, e assim definido: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

A Constituição significou a possibilidade de garantia de importantes reivindicações dos trabalhadores, a exemplo de: uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços entre as populações urbanas e rurais; garantia de um salário mínimo para portadores de deficiência e idosos, independente de contribuição; gestão democrática e participativa, com controle social; definição de fontes de financiamento da seguridade social; e universalização do direito à saúde.

Entretanto, a universalização do direito à saúde, definido na perspectiva da legalidade, na prática transformou-se, segundo a compreensão de Faveret Filho e Oliveira (1990), na universalização excludente, ao analisarem a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalização associou mecanismos de racionamento, isto é, aumento da demanda, com a não ampliação dos serviços, ocorrendo, conseqüentemente uma queda na qualidade. Essa universalização, portanto, não significou a inclusão de todos os segmentos sociais, mas a expulsão de alguns grupos sociais de poder aquisitivo melhor, que passaram a comprar, no mercado, serviços antes prestados pelo Estado. Assim, o SUS perde importantes sujeitos políticos – os grandes sindicatos dos ramos dinâmicos da economia e dos servidores públicos – que deixam de lutar pela saúde pública e passam a reivindicar planos e seguros privados de saúde. E a parcela mais pobre da população, que busca os serviços do SUS, às vezes, não é atendida, ou é de forma precária, tem dificuldades para compreender a saúde como direito e se organizar para lutar por sua garantia.

O direito à saúde não se restringe ao acesso à assistência médica, inclui também a garantia de qualidade de vida. No entanto, se não existe política econômica e social que atue intersetorialmente para produzir mudanças, as políticas setoriais isoladas são insuficientes para garantir o exercício da cidadania (CARVALHO, 2000). Sob esse prisma, destaca-se a importância da ampliação do conceito de seguridade, não restrito a três políticas setorizadas, mas à noção de segurança na garantia de mínimos sociais, conforme o padrão de desenvolvimento econômico alcançado.

Nesse sentido, modelo de seguridade social implantado não se construiu na prática em um sistema integrado, haja vista que cada política que compõe o tripé da seguridade é organizada por lógicas distintas, têm órgãos, comandos e orçamentos específicos compondo o orçamento da seguridade social. A saúde é universal, seu fundamento é o direito de cidadania. No texto constitucional, a saúde fica estabelecida como direito de todos e dever do Estado. A previdência social continua no caráter de seguro, uma vez que só tem direito quem contribui, havendo diferenciação apenas para o segurado especial – trabalhador rural e pescador artesanal – que contribui indiretamente sobre a produção comercializada. E a assistência social é para quem dela necessitar, independente de contribuição.

A saúde e a assistência social são descentralizadas política e administrativamente, do ponto de vista formal, mas tal descentralização é ainda um desafio. As leis orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990, e a Lei nº 8.142/1990 e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/1993 regulamentam os dispositivos constitucionais, definindo as bases para a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema descentralizado e participativo da assistência social. O estabelecimento do comando único, em cada esfera de governo, e das competências, em cada nível, foi

fundamental para a organização administrativa e possibilitou principalmente aos municípios, a estruturação de órgãos gestores responsáveis pelo planejamento, execução, controle e avaliação dessas políticas, na sua área de abrangência.

Essas leis complementares também instituíram os conselhos de políticas e de direitos para exercerem o controle social sobre as ações do Estado. Eles integram a esfera pública e são instrumentos de publicização do Estado, constituindo-se importantes espaços de participação política. Destaca-se que os conselhos não substituem os movimentos sociais. Pelo contrário, para haver controle social efetivo, é necessário um movimento social forte, que se faça representar nessas instâncias e funcione como instrumento de pressão.

Pesquisas sobre o controle social (OLIVEIRA, 2006) sinalizam as dificuldades para esse instrumento se efetivar, destacando os seguintes aspectos: risco de burocratização; fragilidade na autonomia dos conselhos; risco de cooptação pelo gestor; representatividade dos conselheiros; falta de transparência dos gestores; e capacitação técnica e política dos conselheiros.

Além da garantia de direitos, essas inovações na gestão das políticas que integram a seguridade social têm expressões práticas diferenciadas nas políticas que compõem o tripé da seguridade. Mediante suas leis orgânicas, a saúde e a assistência social propõem a criação de sistemas descentralizados e participativos, instituindo conselhos e conferências como espaços de controle social. Enquanto a Previdência Social, apesar de definir no inciso VII do artigo 194 da Constituição Federal o “caráter democrático e descentralizado da administração mediante gestão quadripartite com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados”, de fato sua gestão continua centralizada, com desconcentração administrativa e descentralização apenas do atendimento ao segurado. Prever essa participação democrática no Conselho Nacional de

Previdência Social, órgão superior de deliberação colegiada, integrante da estrutura do Ministério da Previdência Social, instituído pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Ainda compondo as estruturas institucionalizadas de participação e controle social da previdência, o Decreto nº 4.874 de 11/11/03 cria os conselhos da previdência social, de caráter consultivo, descentralizados vinculados às gerências executivas do Instituto Nacional de Seguridade Social com mesma composição quadripartite. Não foi possível fazer um levantamento sobre a existência e funcionamento desses conselhos.

No Brasil, como na maioria das nações situadas na periferia do capitalismo, não se construiu o Estado de bem-estar social. As políticas de proteção social implantadas seguiu o modelo bismarkiano, baseado no seguro social, pois só tinham direitos aos benefícios da previdência social e da saúde, os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho. Desta forma, a maioria da população estava excluída da proteção social, restando-lhe a filantropia e políticas assistenciais fragmentadas e emergenciais. Nesses países, a adoção dos preceitos neoliberais teve efeitos mais negativos para a população do que nos países centrais, como declara Elias (1997, p.198):

[...] a ausência de um *welfare state* que atue como um conjunto articulado de políticas sociais de caráter redistributivo, amortecendo, portanto os impactos socialmente devastadores das políticas econômicas de perfil neoliberal, geram situações extremamente perversas, em que a obsessão pelo equilíbrio fiscal sacrifica as políticas sociais.

O projeto neoliberal defende um Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e social. Com o corte de recursos e as reformas para a redução de direitos conquistados, as políticas de ajuste estrutural atingiram as políticas sociais. Parcelas dos

recursos públicos destinados às políticas sociais passaram a ser canalizadas para os juros, amortizações e pagamento da dívida pública, interna e externa. Segundo as orientações neoliberais, as políticas sociais devem ser restritas e focalizadas para atender as populações mais vulneráveis. A população com algum poder aquisitivo deve comprar no mercado serviços de saúde, educação, previdência.

Dessa forma, como condição para os empréstimos e o refinanciamento da dívida externa, os organismos financeiros internacionais propuseram um receituário a ser seguido pelos países periféricos. Em relação à saúde, nas recomendações do Banco Mundial é sugerido que o Estado deve se responsabilizar pela universalização da atenção básica, a ser prestada por serviços próprios ou em parceria com organizações não-governamentais. E a atenção especializada, dependente de incorporação tecnológica, deveria ser ofertada pelo setor privado por meio de seguro privado na modalidade de pré-pagamento (ELIAS, 1997).

Segundo Cohn (1997), entretanto, o Estado brasileiro, ao adotar as políticas de ajuste estrutural, não assumiu integralmente o perfil neoliberal, seguido pela maioria dos países latino-americanos, pois contou com movimento de setores da sociedade que conseguiram manter na Constituição de 1988 a garantia de direitos sociais. Mesmo assim, em 1998 e 2003, foram aprovadas emendas constitucionais que reduziram direitos dos trabalhadores relativos à previdência social.

A partir dos anos 1990, aprofunda-se no país uma cultura de crise (MOTA, 2000), no sentido da disputa ideológica da política burguesa de constituição de uma nova hegemonia. Os componentes dessa cultura da crise são o pensamento privatista e a criação do cidadão-consumidor, assegurando a adesão às transformações no mundo do trabalho e dos mercados de bens e serviços.

Assim a implementação do conceito de seguridade social, previsto na Constituição continua sendo um grande desafio para os movimentos dos trabalhadores e da sociedade organizada, principalmente, com essa nova hegemonia burguesa, que intensifica novas e antigas dificuldades para operacionalizar a seguridade no Brasil.

Entre as diretrizes constitucionais que possibilitaram o avanço da implementação das políticas sociais foi o princípio da descentralização política e administrativa. E justamente, porque esse é o único princípio que não colide com os preceitos neoliberais. Na perspectiva neoliberal, a descentralização deve ser operada por meio das privatizações, para favorecer a redução do aparelho estatal, a transferência de responsabilidades para os níveis subnacionais, sem a respectiva transferência de recursos, tendo como consequência o apelo à sociedade para partilhar responsabilidades da competência do Estado.

Mendes (1998) analisa a descentralização como um processo que, na sua implantação concreta envolve desafios e ambiguidades, mas tem representado um avanço no controle público das ações por meio dos conselhos gestores de políticas. Cohn (1997, p.243) assinala a importância da descentralização como estratégia de desenvolvimento da democracia e da cidadania: “O nível local favorece a construção da democracia e o aprendizado do exercício da cidadania, na medida em que aproxima governo e sociedade”.

Com relação ao financiamento, verificou-se um avanço: a definição constitucional “de um orçamento próprio para a área, com recursos específicos, diferenciados daqueles que financiariam as demais políticas de governo” (CUNHA, 2000, p.91).

A lei orçamentária anual, definida no art. 165, § 5º da Constituição, é composta por três fontes: I) o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos

e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público; II) o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; III) o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Conforme o art. 195 da Constituição Federal fica claro as fontes de financiamento da seguridade social:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I) do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidente sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II) do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III) sobre a receita de concursos de prognósticos; IV) do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão destinar à seguridade social recursos provenientes dos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

As outras fontes de custeio compreendem: contribuição de segurados individuais, dos clubes de futebol profissional, do empregador doméstico, do produtor rural, parte da arrecadação do Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições (Simples). E até 2007, Contribuição Provisória

sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de natureza Financeira (CPMF) (BOSCHETTI; SALVADOR, 2008).

Convém ressaltar que desde 1994, os sucessivos governos federais encontram estratégias legais para desviar recursos da seguridade social, como ressalta Cunha (2000, p.92):

A previsão de financiamento através de recursos fiscais, apesar de inscrita na legislação, não se traduziu em ação efetiva. Ao contrário, vimos o uso de recursos de contribuições sociais no financiamento de ações não previstas na Constituição e que deveriam ser financiadas com recursos fiscais.

Essas estratégias de desviar recursos do orçamento da seguridade primeiro com o Fundo Social de Emergência, depois por meio do Fundo de Estabilização Fiscal, hoje batizado de Desvinculação das Receitas da União. O governo desvincula parte do orçamento fiscal, da seguridade e da extinta CPMF para compor este fundo, utilizado, entre outras finalidades, para diminuir o déficit público.

Em dezembro de 2007, o Senado Federal não aprovou a prorrogação da CPMF, com impacto direto para a saúde, comprometendo a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, uma vez que os recursos adicionais negociados teriam como fonte essa contribuição. O fim da CPMF afetou também o orçamento da Previdência, especialmente para o subsistema dos trabalhadores rurais. Portanto, as alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido foram ampliadas, na tentativa de compensar a perda de receitas (ANFIP, 2011).

A carga tributária para o financiamento da Seguridade social expressa a regressividade, pois é arrecada sobre os tributos indiretos, que oneram os cidadãos de menor poder aquisitivo. A seguridade é financiada indiretamente pelos seus próprios beneficiários e diretamente pelos contribuintes da

previdência social. A tributação sobre a renda e patrimônio, embora sejam bases de incidência de maior progressividade, são fontes de financiamento com baixa ou nenhum impacto no custeio da Seguridade Social (BOSCHETTI; SALVADOR, 2008).

A Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), em sua análise, considera as receitas da seguridade criadas pela Constituição e instituídas para seu financiamento as seguintes rubricas: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); Contribuição Social sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica (CSLL); acrescida da receita previdenciária líquida, que corresponde às contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salários e mais o Simples. No aspecto das despesas, considera o pagamento dos benefícios previdenciários urbanos e rurais, os serviços e benefícios assistenciais e as ações de saúde do SUS, saneamento e custeio do Ministério da Saúde (ANFIP, 2011).

Em 2010, as receitas da Seguridade Social totalizaram R\$ 458,6 bilhões, um valor R\$ 65,8 bilhões superior ao de 2009. Essa realidade reflete à retomada do processo econômico, em que o PIB cresceu 7,5% em termos reais. As receitas de contribuições sociais, com R\$ 441,3 bilhões, acumulam a quase totalidade das receitas do Orçamento da Seguridade Social. As contribuições previdenciárias somaram R\$ 212,0 bilhões, representando a contribuição que mais cresceu em termos de arrecadação. O fortalecimento do mercado interno, a retomada da indústria e o crescimento dos serviços determinaram um crescimento das contribuições que incidem sobre o faturamento das empresas. A COFINS arrecadou R\$ 140,0 bilhões, apresentando crescimento (19,0%) frente a 2009. A lucratividade das empresas foi retomada, mas em parte a arrecadação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido ainda reflete ajustes frente aos resultados de 2009. Por determinação de sucessivas Leis de Diretrizes Orçamentárias

(LDO), todas as receitas do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) passaram a integrar o Orçamento da Seguridade, antes apenas as receitas do PIS/PASEP eram computadas (ANFIP, 2011).

As despesas com Saúde somaram R\$ 61,1 bilhões, somente R\$ 2,8 bilhões acima do executado em 2009. Os valores são aquém das necessidades e essa situação de subfinanciamento reforça a importância de regulamentação da Ementa Constitucional nº 29, que define o que são as ações de saúde, evitando os desvios na aplicação dos recursos e ainda quais são os montantes de gastos mínimos que União, Estados e Municípios deverão apresentar anualmente (ANFIP, 2011).

A maior despesa da Seguridade é o pagamento dos benefícios previdenciários, que somou R\$ 254,9 bilhões. Foram R\$ 198,1 bilhões em benefícios pagos aos segurados urbanos e R\$ 55,5 bilhões aos rurais. Os benefícios pagos à conta do Fundo de Amparo ao Trabalhador totalizaram R\$ 29,2 bilhões. Esse benefício é relevante, haja vista que, no mercado de trabalho brasileiro, a rotatividade é significativa (ANFIP, 2011).

Os benefícios da Lei Orgânica da Assistência Social pagos a idosos e a pessoas com deficiência somaram, em 2010, R\$ 20,4 bilhões. Os benefícios remanescentes da Renda Mensal Vitalícia ficaram em R\$ 1,8 bilhão. Os benefícios do Bolsa-Família foram de R\$ 13,5 bilhões. Além do foco no enfrentamento à pobreza, esses benefícios apresentam condicionalidades que se demonstraram importantes nesse processo (ANFIP, 2011).

Houve um aumento nas receitas superior ao verificado nas despesas. Desta forma, as despesas em 2010 somaram R\$ 400,5 bilhões, superando as de 2009 em R\$ 40,6 bilhões, um aumento de 11,3%. Portanto, a Seguridade Social apresentou em 2010 um saldo expressivo. As receitas superaram as despesas em R\$ 58,1 bilhões. O salário mínimo, que representa um dos fatores que impactam as despesas, recebeu

9,7% de reajuste. A explicação para o aumento do saldo refere-se ao crescimento econômico de 2010, que repercutiu na arrecadação Proporcionalmente ao PIB, esse superávit de 1,58% correspondeu a três quartos de todo o superávit produzido pelo Governo Federal (que foi de 2,16%, R\$ 79,0 bilhões). (ANFIP, 2011). Isso significa dizer, que não faltam recursos para o custeio da seguridade, mas o desvio desses recursos para formação do superávit primário.

No capitalismo contemporâneo, especialmente o Brasil, ocorre uma apropriação do Fundo Público da seguridade social para a acumulação do capital vinculado à dívida pública. A arrecadação dos recursos da seguridade social se constitui, no atual quadro fiscal e tributário do Brasil, em importante fonte de composição desse superávit primário (BOSCHETTI; SALVADOR, 2008).

Considerações finais

Conclui-se que a política social não se fundou, nem se funda, sob o capitalismo, em uma redistribuição de renda e riqueza. Ressalta-se que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas e, portanto, o significado da política social não pode ser compreendido, nem pela sua inserção objetiva no mundo do capital, nem pela luta dos trabalhadores que se movem na definição de determinada política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade (BEHRING, 2008). Sob esse prisma, considera-se que a luta no campo do Estado, espaço contraditório, mas hegemonia do capital requer o entendimento sobre as múltiplas determinações que integram o processo de definição das políticas sociais. Nesse sentido, a política social configura-se como um campo importante da luta de classe para defesa de condições de vida para os trabalhadores.

A seguridade social brasileira não se afirmou como um sistema de proteção social universal, pois a previdência continua formulada pelo princípio do seguro social, tem direito quem contribui. A assistência social está voltada para a população mais pobre como uma política compensatória. Pois não se conseguiu ampliar a sociedade salarial com empregos garantidores de direitos. A saúde apesar de manter o estatuto de direito universal, mesmo a população SUS dependente encontra dificuldades no acesso às ações e aos serviços, bem como na integralidade, qualidade e resolutividade da atenção.

Ainda persistem os desafios: os recursos destinados a essas políticas são insuficientes; a centralização em nível federal é profunda; os critérios de transferência de recursos não foram plenamente regulamentados; os instrumentos de gestão implantados não foram capazes de reverter às distorções. Nesse sentido, percebe-se avanços jurídicos formais significativos, mas com muitas deficiências na gestão, financiamento e controle social. Urge, pois, enfrentá-los, mediante mobilização da sociedade civil organizada com vistas à garantia dos direitos instituídos.

Considerando a lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social são tensionadas pelas estratégias de obtenção de lucros, com a flexibilização das relações de trabalho; pela supercapitalização, com a privatização de setores de utilidade pública, como a saúde, educação e previdência (BEHRING, 2003). No Brasil, essa realidade se desenvolveu de maneira intensa no governo Cardoso e no governo Lula com continuidades significativas, principalmente, porque os recursos públicos são redirecionados para subsidiar o mercado e o setor financeiro, sendo que, na seguridade social, a tendência dominante é aquela que sustenta a lógica do mercado; que converte as leis da produção de mercadorias em leis de apropriação capitalista.

Convém ressaltar que essa realidade pode passar por um processo de mudanças. Segundo Mota (2006), a reversão desse cenário relaciona-se ao nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, por meio de sua organização coletiva e da aliança de movimentos sociais e políticos autônomos.

Bibliografia

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. *Análise da seguridade social em 2010*. Brasília: Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E.R.; ALMEIDA, M.H.T.(Orgs.). *Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, Norberto. *Liberalismo e democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. A política da seguridade social no Brasil. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004. Quem paga a conta? In: MOTA, Ana. Elizabeth et al. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>.

_____. Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>.

_____. Emenda Constitucional n.29, de 13 de setembro de 2000.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A política da assistência social no Brasil: dilemas na conquista de sua legitimidade. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 21, n. 62.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

COHN, Amélia et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. A questão social e direitos sociais: cidadania e trabalho In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). *Viagem completa*. A experiência brasileira (1500-2000). São Paulo: SENAC/SESC, v.2, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 1994.

CUNHA, Rosani Evangelista. O financiamento de políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em serviço social e política social*. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 40/41, p. 193-215, 1997.

FAORO, Raimundo. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 7. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987. v. 1 e 2.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em serviço social e política social*. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____. *O que é política social*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*. Revista de Ciências Sociais. v. 33, n. 2, Rio de Janeiro, 1990.

MARTINS, Luciano. *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós 64*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MOTA, Ana Elizabete. Uma reflexão sobre a reforma da previdência social. In: COSTA, H.S.(Org.). *25 anos de luta*

em defesa da universidade pública, gratuita e de qualidade.
Recife: ADUFEPE, 2004.

_____. *Cultura da crise e seguridade social.* 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. *Seguridade social no governo Lula, 2006.* Disponível em: www.outrobrasil.net.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e Serviço Social.* São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 22. São Paulo, 1988.

OLIVEIRA, Lucia Conde de. *As relações entre Estado e população no enfrentamento da pobreza: como essas relações se reproduzem no imaginário popular, 1996, 188 p.* (Dissertação/Mestrado em Educação), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.

_____. *As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro.* (Tese/Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.* 2.ed., Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCHWARZ, Roberto. *As idéias fora do lugar.* In: _____. *Ao vencedor as batatas.* 4. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1992.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. *Previdência social um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças.* São Luís: SINTSPREV-MA-CUT, 1995.

O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas

Ana Paula Girão Lessa

Introdução

Esse trabalho visa colaborar com o processo de reflexão sobre a inserção do assistente social na dinâmica de trabalho coletivo no campo da saúde, o sentido da ação cotidiana dos profissionais e os desafios e perspectivas da profissão na área de saúde, temas que tanto inquietam aqueles que compõem as instituições de saúde. Tem suporte em pesquisa bibliográfica, exame de fontes documentais oficiais, experiência de trabalho em unidade hospitalar terciária do Sistema Único de Saúde (SUS). Consta de três partes: a primeira traz uma reflexão sobre o trabalho coletivo na área de saúde e o serviço social; a segunda discute acerca da emergência do serviço social na área da saúde e a terceira consiste em situar o serviço social nessa, destacando alguns dos principais desafios da profissão e problematizando acerca de suas perspectivas.

O trabalho coletivo na área da saúde e o serviço social

A dinâmica do trabalho coletivo na área da saúde se realiza através do processo de cooperação que, segundo Costa (2000, p. 38), compreende “o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde”, efetivando-se em duas modalidades: cooperação vertical, em que as diversas ocupações participam de uma determinada organização hierarquizada de trabalho, e cooperação horizontal, em que várias unidades participam do cuidado com a saúde.

O processo de cooperação, portanto, envolve um conjunto de habilidades, saberes e atividades especializadas que, ao se relacionarem, colocam os serviços, as tecnologias e os equipamentos em funcionamento, fazendo operar o sistema. Envolve uma complexidade de relações que se estabelecem por meio da política pública de saúde, da demanda dos usuários e da indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

Outra característica do trabalho na saúde pública é a interrelação pessoal intensa que ocorre entre o produtor e o consumidor dos serviços. Nas instituições de saúde, o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho, dos insumos ou dos medicamentos a que tem acesso. Ele participa (com maior ou menor intensidade) do processo de trabalho fornecendo informações necessárias à definição do diagnóstico e colaborando na execução do plano terapêutico. A ação do profissional incide sobre o processo saúde-doença e não sobre coisas, o que faz serem os resultados de difícil previsão, pois o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento.

Importante lembrar que as mudanças tecnológicas e organizacionais por que passam as ações de saúde, em especial as de maior complexidade, têm progressivamente distanciado a intervenção do usuário na definição do diagnóstico e plano terapêutico, redesenhando as formas de interrelação entre profissionais e usuários.

É um trabalho que se realiza de forma parcial. Seu desdobramento irá depender do nível de resolutividade de outras unidades de saúde, da ação de outros profissionais, dos recursos financeiros, entre outros. A dinâmica do trabalho coletivo na área da saúde só pode ser analisada, portanto, levando-se em conta as condições históricas a partir das quais se realiza a saúde pública no Brasil, o perfil tecnológico, organizacional e político do sistema e a forma

como se entrecruza o processo de cooperação vertical e horizontal.

Da mesma forma, o trabalho do assistente social na área da saúde está intrinsecamente relacionado às condições históricas a partir das quais se desenvolve a política de saúde, à dinâmica do trabalho coletivo e ao que José Paulo Netto chama de “corpus teórico e prático da profissão” (NETTO, 1996, p. 86), que se constitui no complexo teórico, prático, político, enfim, o complexo cultural no sentido largo da palavra, constitutivo da profissão.

Ao refletir acerca das transformações societárias e alterações profissionais, e considerar as relações entre as transformações societárias, seus rebatimentos na divisão sociotécnica do trabalho e o complexo teórico, prático e político constitutivo de cada profissão, o autor ora referido demarca que este não pode ser pensado como um bloco homogêneo, pois envolve um conjunto de tendências e orientações profissionais diversificadas.

Somente é possível pensar o trabalho do assistente social no sistema público de saúde levando-se em consideração essas três dimensões da realidade, no mínimo. Uma rápida incursão pela história da profissão na área da saúde confirma tal assertiva.

A emergência do serviço social na área da saúde

Na divisão sociotécnica do trabalho em saúde, o serviço social emerge como profissão paramédica (subsidiária da ação médica), num contexto de ascensão do saber clínico e do hospital contemporâneo. É o momento em que o hospital volta-se definitivamente para a cura, integrando o saber médico, que passa a valorizar o meio como elemento fundamental da terapêutica, constituindo o que Foucault chama de “saber médico disciplinador” (ANTUNES, 1991, p. 156). É o momento em que se constitui também o paradigma

do *paciente* tal como é conhecido hoje e que, segundo este autor, incorpora um leque variado de adjetivações, quais sejam, *sufredor resignado, manso, vítima, ou seja, aquele que deve negar-se para, em troca, receber os benefícios da intervenção de outros* (ANTUNES, 1991, p.163).

A instituição hospitalar antiga, até o século XVIII, abrigava um leque variado de modalidades de assistência social (abrigo de idosos, de mendigos, de doidos e outros). Aos poucos, ela passa a fazer a assepsia de todos esses “males sociais”, incorporando a prática médica e voltando-se para a cura das doenças. É quando o hospital contemporâneo se firma institucionalmente e o serviço social se insere como profissão paramédica, isto é, como subsidiária da ação médica.

Buscando compreender melhor o significado da definição do *serviço social paramédico*, Berozovsky (1977, p. 4) cita o trecho de uma aula de serviço social ministrada pela professora Maria da Conceição Carvalho, em 1954, em que afirma:

Em geral (as doenças) trazem complicações psíquicas, sociais e econômicas que comprometem por muito tempo o equilíbrio da vida, senão de toda a família. Daí a necessidade da assistente social para auxiliar o médico, na sua função verdadeiramente humana de consolar sempre quando cura apenas algumas vezes e alivia muitas outras (Prof^a M^a da Conceição Carvalho).

A função do assistente social era, assim, de auxiliar o médico e suas atribuições, determinadas por este profissional. Durante esse período, a influência do serviço social norte-americano foi preponderante, sendo a sua função balizada pelos padrões da *American Association of Social Work*, por sua vez articulada à *American Hospital Association* (BEROZOVSKY, 1977, p. 5).

No Brasil, o primeiro hospital a incorporar assistentes sociais foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da USP, em 1943. No entanto, até a década de 1960, o serviço social teve pouca expressão no meio hospitalar.

O grande salto da inserção do assistente social na área da saúde deu-se na década de 1960, especialmente quando da unificação dos institutos de pensão (IAP), com a criação do Instituto de Previdência Social (INPS), onde se verificou o aumento dos postos de trabalho no complexo médico assistencial previdenciário, que passou a ser o maior empregador na área da saúde.

No INPS, o serviço social passou a dispor de uma estrutura organizacional a nível nacional, com a criação das Coordenadorias de Serviço Social, vinculadas à Secretaria de Bem Estar da instituição, com estruturas correspondentes nas regionais, que ampliaram os programas e atividades vinculadas à profissão. Em 1972 foi aprovado o “Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência” que traçou a política de ação do serviço social, tendo como foco “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários” (BRAVO, 1996, p. 92).

Nesse período, as ações de saúde estavam esfaceladas em várias instituições. O Ministério da Saúde assumia predominantemente as ações campanhistas/preventivas, com pouca atuação do serviço social, enquanto o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ocupavam-se da atenção médico-curativa de caráter hospitalocêntrico e privatista (MENDES, 1994).

O serviço social se ampliou quantitativamente como profissão da saúde, portanto, dentro do núcleo de execução do modelo assistencial médico, curativo e hospitalocêntrico da previdência social, que reproduzia a lógica burocrático-centralizadora das políticas públicas à época. O profissional se posicionava majoritariamente, nesse contexto, como um

“executor terminal” de programas e projetos subsidiários da atenção individual-curativa, definidos pelas instâncias centrais das instituições previdenciárias.

A partir do final da década de 1970 e início da de 1980, ocorreram profundas modificações no cenário político-sanitário brasileiro, com o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção à saúde anterior (médico-privatista) e a ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional.

Surgiram, assim, as condições para a emergência do Movimento Sanitário, que propunha mudanças no conceito de saúde (determinantes sociais, históricos e econômicos), na forma de organizar os serviços (universalidade, equidade, descentralização) e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre sistema de saúde. Esse movimento resultou na edificação do arcabouço jurídico-político e institucional do SUS.

O serviço social de forma geral, naquele período, passava por um debate interno acerca do projeto ético-político da profissão, incorporando contribuições teóricas do marxismo. No campo da saúde, no entanto, Bravo (1996, p. 113) analisa que foi pequeno o envolvimento dos assistentes sociais no Movimento da Reforma Sanitária e no processo de discussão interna acerca dos projetos éticos e políticos para a profissão. Fato que pode está relacionado com a forma de inserção da profissão na saúde, já que os profissionais se posicionavam prioritariamente como “executores terminais” de programas e projetos subsidiários do modelo de atenção individual-curativa.

A afirmativa sobre o “não engajamento dos assistentes sociais no Movimento Sanitário” (BRAVO, 1996, p. 113), no entanto, deve ser relativizada. Em alguns estados brasileiros, como no caso do Ceará, muitas profissionais de serviço

social se colocaram como atores destacados no processo de construção do Sistema Único de Saúde, desde os seus primórdios.

Na análise sobre o papel do assistente social no final dos anos 1980, autora aponta ainda duas vertentes de intervenção da profissão no sistema de saúde carioca: a histórico-estrutural e a psicossocial.

A histórico-cultural apresenta como questões centrais: o compromisso com a classe trabalhadora, sendo importante desmistificar o caráter paternalista das ações desenvolvidas pela instituição, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre os direitos de cidadania junto a funcionários, usuários e população, objetivando a democratização da instituição. Foram ressaltadas a articulação com movimentos sociais, a capacitação e organização da categoria para fazer frente às situações institucionais que se apresentam, e a própria situação conjuntural que permeia todas as ações. Na *psicossocial*, foram salientados como eixos norteadores da ação: as necessidades emergentes da clientela no que se refere à promoção, recuperação da saúde e reintegração social; a identificação e tratamento de problemas psicossociais que interferem na saúde; a identificação e tratamento de situações de crise; a humanização das relações interpessoais e a circulação de conhecimentos sobre direitos da previdência social, ajuda supletiva, direitos trabalhistas e de cidadania, visando o bem-estar social (BRAVO, 1996, p. 125).

Essa análise comporta uma perspectiva de certo modo dualista da intervenção profissional, portanto, também merece ser relativizada, na medida em que a complexidade da dinâmica do trabalho no campo da saúde aponta para uma intrínseca relação entre os “direitos de cidadania e democratização das instituições de saúde” (eixo da vertente histórico-cultural) e a “humanização das relações interpessoais na saúde pública” (eixo da vertente psicossocial).

Nas instituições públicas de saúde, as relações profissionais e interpessoais se estabelecem de forma rigidamente hierarquizada. O poder concentra-se nas mãos dos que detêm o saber técnico e a dinâmica de organização interna dos serviços efetiva-se de forma disciplinadora, instrumentalizada através de normas e rotinas pouco flexíveis.

Antunes (1991), ao analisar a história das instituições hospitalares, indica que a transformação do cidadão em *paciente*, fruto da forma como se estruturou o saber médico e o hospital contemporâneo, traz uma dupla negatividade na perspectiva dos usuários: a negação de si mesmo, uma vez que a doença pode levá-lo, tendencial ou potencialmente, ao sofrimento e à morte; e a negação de sua pessoa como cidadão enfermo.

O paciente fica à mercê da intervenção dos outros. Principalmente quando internado, vê-se obrigado a suprimir sua intimidade, romper com seu cotidiano e cortar laços familiares e afetivos. O indivíduo doente se transforma no corpo doente à disposição da equipe de saúde. Numa situação como essa, o exercício pleno da cidadania fica em regime de suspensão, para ter, em contrapartida, a cura, como analisa Antunes:

O disciplinamento médico dos hospitais contemporâneos constitui nos “pacientes” a diferença entre o ser político – titular de direitos e deveres relativos à sua pessoa – e o corpo biológico – arena onde médico e doença disputam palmo a palmo as células e os tecidos. Desse modo, a hospitalização pode assestar um dos limites da definição de cidadania, configurando o hospital como um espaço em que o seu exercício entra em regime de suspensão (ANTUNES, 1991 p.164).

Cabe lembrar que o processo de disciplinamento citado por Antunes se realiza não apenas pelo profissional médico, mas por toda a equipe de saúde, uma vez que ele se funda na lógica de organização e funcionamento atual dos serviços de saúde.

Como mencionado, uma das principais características do trabalho na saúde pública é a intensa inter-relação entre produtor e consumidor dos serviços. Geralmente, é através das relações interpessoais que se materializa esse processo de suspensão da cidadania, de negação do indivíduo como sujeito capaz de decidir sobre o seu próprio corpo. É através dela ainda que se realiza o controle sobre o outro (paciente). É na relação entre profissional e usuário que se reforça a figura do paciente como ser passivo e a negação do direito básico de o cidadão definir sobre o que será feito com o seu corpo.

As inter-relações pessoais que se estabelecem no campo da saúde pública mediatizam um processo político que, no geral, leva à suspensão da condição de cidadão dos chamados *pacientes*. Por isso, precisam ser objeto de reflexão do serviço social. Prudente seria relativizar certas categorizações sobre o trabalho do serviço social uma vez que, no caso aqui tratado, a humanização das relações interpessoais, assim como a circulação de conhecimentos sobre direitos previdenciários e trabalhistas, ajuda supletiva e de cidadania, indicado por Bravo (1996) como eixo de intervenção profissional vinculado a uma vertente tradicional da profissão, no campo da saúde, podem assumir dimensões políticas, onde o respeito à condição de sujeito dos usuários dos serviços públicos de saúde é o foco da intervenção.

O serviço social em saúde nos dias atuais: desafios e perspectivas

Durante toda a década de 1990, viveu-se sob forte tensão de projetos distintos para a saúde: de um lado, o projeto emergido do Movimento da Reforma Sanitária, que propugna a construção de um modelo de atenção público, universal e equânime – o SUS, e de outro, o projeto de

mercantilização da saúde, tensão que assume nuances variadas e complexas.

Trata-se do período de reforma do Estado com a minimização das políticas sociais, o que levou a constantes cortes de verbas para a saúde, da reorganização institucional do sistema de saúde (estadualização, municipalização, hierarquização da rede etc.) e da universalização dos serviços, configurando um quadro que levou à queda da qualidade dos serviços, ampliando as dificuldades no acesso aos mesmos. A consequência foi o fortalecimento da medicina supletiva (medicina de grupo, seguros, etc.), que criou modalidades diversas de assistência à saúde, sendo o poder de compra do mercado o determinante do acesso a esses serviços.

No que tange ao setor público, cabe lembrar que, nos últimos anos, o Estado tem repassado, para a mão do chamado terceiro setor, a responsabilidade de prestar os serviços secundários e terciários de saúde, com a criação das Organizações Sociais.

E o serviço social no campo da saúde? Como a profissão vivencia tais mudanças?

Para entender as mudanças ocorridas no serviço social diante de tal contexto, é necessário abordá-las em três dimensões: a primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho do profissional; a segunda refere-se às novas demandas que foram postas à profissão, buscando problematizá-las no sentido de identificar as ‘necessidades sociais’ que estão subjacentes a ela (MOTA, 2000, p. 25); a terceira relaciona-se à identificação da direção das repostas a tais demandas.

No mercado de trabalho, após a implantação do SUS, houve um processo de ampliação dos postos de trabalho para os assistentes sociais na área de saúde. A pesquisa “O perfil do assistente social frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90: uma análise da realidade cearense”

(CRESS, 2000) indicou que os profissionais atuantes na área de saúde representam 41,1% da categoria, enquanto a área de assistência e criança e adolescente concentra apenas 20,5% dos assistentes sociais do Estado. No quadro de servidores da Secretaria Estadual de Saúde e da Coordenação de Saúde da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, esses profissionais integram quantitativamente a quarta maior categoria de nível superior.

No Ceará, conforme a pesquisa ora mencionada, não só no campo da saúde, mas no cômputo geral do mercado de trabalho de serviço social – no qual identificou 41,1% dos profissionais nesse campo –, essa ampliação dos postos de serviços ocorreu de forma articulada a um processo de interiorização da profissão, segundo a qual a abertura da maioria dos novos postos de trabalho se deu no interior do Estado, acrescida ainda dos processos de precarização das relações trabalhistas e das reduções salariais.

Do ponto de vista das atividades realizadas pelo assistente social, a pesquisa indicou que uma das principais características do trabalho do assistente social é a diversidade e heterogeneidade das ações. Diante da quantidade e da variedade de ações, uma parcela significativa dos profissionais sente dificuldades em identificar o que é o serviço social e o que faz o assistente social.

Costa (2000) identifica realidade semelhante quanto a esses aspectos de imprecisão sobre o que é e o que faz o assistente social em pesquisa realizada com os profissionais de serviço social da saúde no Rio Grande do Norte. A autora verifica que tal quadro tem levado à inquietação uma parcela significativa dos profissionais, pois, para a maioria, essa imprecisão provoca a fragilização e a desqualificação técnica do serviço social.

Diante de tal contexto, a autora levanta então a seguinte questão: Por que, a despeito desse discurso sobre a fragilização

e desqualificação técnica da profissão, continuamos sendo solicitados a nos inserir no mercado de trabalho da saúde pública?

Através da sistematização das atividades dos assistentes sociais no referido estado, a autora identifica as “necessidades sociais” que estão subjacentes a essa demanda pela ação do assistente social na equipe de saúde, buscando compreender a “utilidade” da profissão na dinâmica do processo coletivo de trabalho em saúde.

Segundo ela, a ampliação do mercado de trabalho do assistente social no SUS se deu devido à complexidade do processo de cooperação horizontal (ampliação das subunidades e dos serviços e maior interdependência entre elas), às redefinições de competências ocupacionais advindas das mudanças tecnológicas e operacionais e à necessidade de administrar as contradições (tensões) vividas no sistema de saúde brasileiro.

Concluiu que a necessidade de administrar as contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do SUS representa o principal vetor das demandas do serviço social.

Apesar de o profissional realizar atividades de natureza educativa, de apoio pedagógico, de mobilização e participação popular, o predomínio das ações está voltado para a integração entre os diversos níveis de constituição do processo de cooperação horizontal e vertical do trabalho em saúde, isto é, o profissional se insere no processo de trabalho como agente de integração ou *elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre este e outras políticas sociais.

O produto principal do seu trabalho é a recomposição da integralidade das ações do sistema, ainda que por caminhos tortuosos e também invisíveis. Assim sendo, a matéria-prima sobre a qual incide o trabalho do assistente social no SUS tem sido, prioritariamente, as contradições,

dificuldades de funcionamento e a falta de resolutividade do sistema de saúde.

O usuário prioritário, portanto, são os excluídos do acesso à saúde de forma integral (os sem-remédio, sem-comida, sem-teto, sem-exames complementares), ou seja, aqueles cujas necessidades não se encaixam ou não se enquadram na estrutura organizacional dos serviços.

Nessa lógica de análise, a legitimidade do serviço social se constrói “pelo avesso”, ou seja, sua utilidade se afirmaria nas contradições fundamentais da política de saúde.

As transformações ocorridas nas últimas décadas têm levado a significativas mudanças na prática dos assistentes sociais na área da saúde, fazendo-os assumir novas posturas. Esses profissionais tiveram que adquirir maior flexibilidade para incorporar novas demandas, já que aquele modelo de ação profissional das décadas anteriores, segundo o qual os programas e projetos eram definidos por um núcleo central, já não respondiam as necessidades impostas pela realidade. Por consequência, tiveram que se desapegar da “identidade profissional” construída nos anos anteriores e ampliar sua qualificação, não apenas técnico-operativa, mas principalmente política.

Hoje, vive-se um momento em que novas e velhas posturas e práticas dos profissionais convivem cotidianamente. Muitas das tradicionais atividades do serviço social passaram a ter novas funções dentro do sistema (refuncionalização das tradicionais práticas do serviço social), colaborando para a implementação do SUS. Outras ações tradicionais permanecem reforçando elementos do modelo anterior que ainda não foi superado, como a lógica hospitalocêntrica.

O grande desafio consiste em buscar identificar e responder as demandas que estão sendo postas ou pressupostas, tendo a preocupação de estabelecer o nexo

com as “necessidades sociais” que estão subjacentes a elas, buscando o seu verdadeiro sentido.

Para além da afirmativa de que a matéria-prima sobre a qual incide o trabalho dos assistentes sociais são as múltiplas manifestações da questão social que, na área da saúde, se expressam através dos conflitos próprios do processo de implantação do SUS em tensão com o processo de mercantilização do setor, surge a necessidade de se colocar a seguinte questão: como essa realidade se manifesta no cotidiano desses profissionais, seja nos Hospitais, nos Centros ou nos Postos de Saúde?

Vale destacar a colaboração de Costa (2000) ao discutir o trabalho do serviço social na área da saúde e apontar o papel do assistente social como agente de integração ou elo orgânico entre os vários níveis do sistema. Contudo, a inserção do profissional no trabalho coletivo na área da saúde também se realiza em outras dimensões que carecem de aprofundamento.

É preciso questionar, por exemplo, o papel do assistente social na constituição do paciente como indivíduo que vive o processo de doença, ao ter acesso aos serviços de saúde, entre o ser político (possuidor de direito) e seu corpo doente; até que ponto o fazer cotidiano do serviço social corrobora para o que o Leopoldo Antunes chama de “suspensão do exercício pleno da cidadania” do indivíduo doente; as inter-relações pessoais que se estabelecem no campo da saúde pública como mediatizadoras de um processo político de negação ou, no mínimo, de desrespeito ao sujeito doente; como o serviço social tem se posicionado frente a tal realidade; como os profissionais se posicionam diante dos vários discursos e práticas acerca do processo de humanização das relações interpessoais no campo da saúde; qual o papel do assistente social nesse processo, cada vez mais intenso, de distanciamento da subjetividade do usuário nas definições

acerca de seu diagnóstico e tratamento; qual o sentido do “trabalho educativo” que se realiza nessa área.

Essas inquietações levam a perceber que, diante da complexidade da lógica organizacional dos serviços de saúde, o serviço social precisa estar atento para o papel de suas ações cotidianas no fortalecimento, ou não, do modelo público, universal e equânime de atenção à saúde – o SUS, da mesma forma que precisa estar alerta para as subjetividades dos atores envolvidos em seu cotidiano, buscando aprofundar a compreensão do sentido do trabalho que se realiza.

Bibliografia

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira *Hospital: Instituição e História Social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

BEREZOVSKY, Mina. *Serviço social médico na administração hospitalar: análise teórica e levantamento da situação em hospitais de São Paulo*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

BRAVO, Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. *Serviço Social & Sociedade*, nº 62, São Paulo: Cortez, 2000.

CRESS/CFESS/UECE. *O Perfil dos Assistentes Sociais frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90: uma análise da realidade cearense*. Fortaleza: CRESS, 2000.

GENTILLI, Raquel. A prática como definidora da identidade profissional do serviço social. *Serviço Social e Sociedade*. n. 53. São Paulo, 1997.

GUERRA, Yolanda. *A instrumentalidade do serviço social*. São Paulo: Cortez, 1995.

MENDES, Eugenio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. (Org.). *Distrito Sanitário – o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, José Paulo. *Transformações societárias e serviço social*. *Serviço Social & Sociedade*, nº 50, São Paulo, 1996.

O serviço social na atenção primária à saúde: construindo novas práticas e saberes

Ondina Maria Chagas Canuto

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD).

Introdução

Refletir sobre o serviço social na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil coloca para nós o desafio de construir um fio condutor que articule o processo histórico da construção das políticas públicas, em especial a de seguridade social, com ênfase na saúde e assistência social e a construção também histórica do exercício profissional do assistente social, enquanto agente coletivo de promoção de cidadania.

Queremos, portanto, construir um itinerário reflexivo que aponte o significado social da profissão, que faz uma opção política, determinando o seu fazer profissional; sua inserção na política pública de saúde, que olhando para a atenção primária como um campo privilegiado de proteção e promoção à saúde das comunidades, abraça a Estratégia Saúde da Família como uma ação estratégica para a construção dos direitos de cidadania.

Compartilho com os leitores, portanto, conhecimentos e vivências na área da saúde, especialmente na atenção primária à saúde, através da experiência na Estratégia Saúde da Família.

Situando o serviço social no contexto das políticas públicas

O serviço social como profissão que tem o seu processo de trabalho determinado pelas caracterizações estruturais e conjunturais da questão social e pelas concepções históricas de sua intervenção, vivenciou em seu processo de construção profissional diferentes momentos do seu projeto ético-político profissional. Entretanto, é nos anos 1980 e 1990 que a profissão passa por redefinição e fortalecimento do seu projeto político profissional, determinado pelas transformações nas relações de produção e reprodução da vida social, que passam a redesenhar, sobretudo pela mobilização da classe trabalhadora, novas formas de relação entre Estado e Sociedade.

Neste sentido, a Constituição brasileira de 1988 é um marco importante na história política do país, na medida em que é uma expressão das lutas e construções coletivas de diferentes segmentos que mobilizaram a sociedade e inscreveram sob novas bases os direitos sociais do conjunto do povo brasileiro.

Podemos destacar da Constituição Federal, o capítulo referente à Seguridade Social como um avanço importante na perspectiva dos direitos, quando anuncia em seu art. 194, que a seguridade social é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O marco legal confere então a estas três políticas de caráter fortemente social, as condições para sua materialização, através de regulamentação.

Fortemente associada a ações, programas e projetos assistemáticos e sem financiamentos garantidos de forma permanente, o campo da assistência social e, por consequência, a profissão de serviço social ganham, a partir da “constituição cidadã” de 1988, força no processo de estruturação da assistência social como uma política pública de direitos. Conquista assim, por sua capacidade de mobilização social, o status de política pública de proteção social, como “direito do cidadão e dever do Estado. É política de seguridade não contributiva, que promove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas” (Art. 1º, LOAS, 1993). Esta conquista foi um momento também de questionamento e de busca de ajuste conceitual, quando procurava melhor precisar o que seriam “os mínimos sociais” e “as necessidades básicas”. Contudo, essa política foi ganhando formato, de maneira a se desenvolver com orientação única, descentralizada e participativa.

No campo da saúde, o processo histórico culminou com uma construção normativa que lhe garantiu um conceito ampliado e positivo. “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 a sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196, CF, 1988).

A saúde como campo de atuação do serviço social

A ampliação do conceito de saúde e a expansão dos serviços nos diferentes níveis de atenção, uma vez reorientados por um novo modelo de gestão e atenção, demandam cada vez mais a inserção de um conjunto de novos

saberes profissionais complementares, de forma a qualificar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao compreender a saúde em seu conceito positivo, queremos considerá-la não como ausência de doença, mas como qualidade de vida, ou seja, saúde resulta de um processo de produção social, que pressupõe segundo Mendes (1996) determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Desta forma, saúde como qualidade de vida não é possível materializar se apenas no âmbito do setor saúde, mas numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar e, especialmente, com o envolvimento da população como sujeito da construção da sua própria saúde.

Elementos muito fortes ligam a saúde, a partir de sua definição constitucional, ao conjunto das políticas públicas. Vejamos o que diz o Art. 3º da Constituição Federal:

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

Desta forma, a saúde está situada num campo de grande responsabilidade, de forma a promover uma articulação intersetorial, posto que atuar apenas na perspectiva de cura da doença não é suficiente para sua concretização.

A Lei 8080/90, que orienta a implementação da política pública de saúde, o SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes baseiam-se nos seguintes princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de atenção à saúde; integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema; autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre a saúde;

divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços; utilização da epidemiologia para a orientação programática das ações; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única nas diferentes esferas de governo (descentralização, regionalização e hierarquização); integração da saúde com o meio ambiente e saneamento básico; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das esferas de governo para a prestação de serviços; resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade.

Estes são, portanto, treze princípios e diretrizes que exprimem valores, compromissos e um conjunto de orientações organizativas no processo de constituição do SUS.

É desta forma que a implantação desse sistema tenciona o modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado no indivíduo doente, no hospital, na intervenção médica, na demanda espontânea, desconsiderando a base epidemiológica e a diversidade das realidades locais. O novo modelo, a partir da compreensão ampliada de saúde e dos propósitos do SUS, passa a construir novas referências, com atenção centrada no coletivo, sem perder a dimensão do indivíduo; na pessoa saudável; na saúde enquanto qualidade de vida; na intervenção multidisciplinar, com visão ampliada da clínica; orientando-se em dados epidemiológicos, articulando os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) e considerando a participação e o controle social. O território enquanto lugar de vivências comunitárias, de produção social, passa a ter grande importância na compreensão do processo saúde-doença.

No campo da saúde, o serviço social tem atuado historicamente no espaço das unidades hospitalares e centros de atenção especializada em saúde, a partir de um modelo médico centrado. Com foco no indivíduo, na doença, e no poder médico,

a produção do cuidado à saúde limita-se ainda a este modelo hegemônico. Segundo Guedes e Castro (2009, p. 6):

O serviço hospitalar é uma unidade de produção de cuidados médicos que reúne profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais. Os cuidados fornecidos aos pacientes seguem a linha tradicional que ressalta o desenvolvimento da medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura. A submissão do paciente ao médico é justificada pela necessidade de tomada de decisões de cura para prevenir a morte. Assim, as relações terapêuticas são episódicas e se desenvolvem dentro do contexto de procedimentos necessários.

É neste contexto hospitalar que o serviço social, como profissão da área de saúde, vem desafiando sua competência técnico-científica na produção do cuidado em saúde. A nosso ver, há indicativo do exercício de novas práticas de intervenção profissional que extrapolam o espaço institucional hospitalar, numa perspectiva de integralidade com o nível da atenção primária em saúde, através de uma interlocução com a Estratégia Saúde da Família, contextualizando o “paciente” hospitalizado, articulando os níveis de atenção e as equipes de saúde com vistas à continuidade da atenção. Sabemos, portanto, das potencialidades do espaço hospitalar e da importância da atuação do assistente social, como um sujeito atuante no cuidado, na defesa e na promoção dos direitos dos usuários. Acreditamos que é também neste espaço de intervenção profissional que a saúde precisa exercitar a sua visão ampliada, considerando as determinações sociais do processo de adoecimento das pessoas.

Abordamos esta perspectiva de atuação profissional do assistente social na saúde, no nível da atenção hospitalar, compreendendo este como espaço conquistado, que exige um processo permanente de reflexão e qualificação. Quanto

à atuação do serviço social na atenção primária à saúde, é mais um espaço profissional que vem sendo conquistado, sobretudo na última década, o que demanda novos saberes e fazeres, em uma realidade extremamente diferenciada; mas que se complementam se atuarem – assistentes sociais da atenção primária e assistentes sociais da atenção secundária e terciária, numa lógica da totalidade. Em todos eles, vê-se a importância da produção do conhecimento sobre o serviço social nas diversas áreas de especialização, sem perder a visão sistêmica do SUS.

Isto posto, partiremos da conceituação e da compreensão da atenção primária a saúde, compreendendo a estratégia saúde da família adotada pelo modelo brasileiro, que articula um conjunto de iniciativas em seu primeiro nível de atenção.

Atenção primária à saúde: buscando a equidade

A “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata (URSS), em 1978, pela Organização Mundial de Saúde foi um marco para a saúde internacional. A Carta de Alma Ata representou um chamado a todos os governos para a urgente necessidade de trabalhar nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, indicando a atenção primária à saúde como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos, dentro da meta de “Saúde para todos no ano 2000” (OMS/UNICEF, 1978). Com uma representação de 134 países, aí se colocava o desafio de redirecionamento dos serviços de saúde, através da consolidação do novo enfoque de Atenção Primária à Saúde.

A análise que justifica e dá força de argumento a promoção da atenção primária no mundo é o reconhecimento das crescentes iniquidades, de forma que a Organização Mundial de Saúde adotou um conjunto de princípios para

construir a base da atenção primária dos serviços de saúde (STARFIELD, 2004). Era necessário adotar um modelo de atenção à saúde que desenvolvesse uma nova lógica, frente ao modelo dominante: com foco no tratamento das enfermidades, à subespecialização, a fragmentação, o alto custo dos serviços de saúde. Isto tudo traz uma reflexão como pano de fundo, conforme Starfield (2004. p. 21):

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles.

Sabendo que o estado de saúde das pessoas é determinado socialmente, podemos conceber um tripé que demonstra esta combinação: sem desconsiderar o valor genético de um indivíduo, a saúde de uma pessoa é grandemente determinada pelo ambiente social e físico em que vive, por comportamentos que são cultural ou socialmente estabelecidos e pela natureza da atenção à saúde oferecida (STARFIELD, 2004, p. 22).

Desta maneira, a atenção primária à saúde foi assim definida pela Organização Mundial da Saúde, em 1978:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral

do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA).

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprovou a “Política Nacional de Atenção Básica”, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Vários estudos, entre eles os de (BANDEIRA, 2007, apud CRUZ et. al.), mostram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária

tem gerado um impacto quanto aos resultados positivos na situação de saúde da população. O estudo demonstrou que no município de Sobral-Ceará houve redução significativa de 44% dos internamentos por acidente vascular cerebral (AVC), entre os anos de 1997 e 2002, concomitantemente a um aumento do número de hipertensos acompanhados pelo PSF.

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde, com a participação de ministros de todos os países membros, reafirmou que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

Saúde da Família: uma estratégia que reorienta o modelo de atenção à saúde

A terminologia utilizada pelo governo brasileiro para designar o primeiro nível de atenção à saúde é “atenção básica”, a qual se estrutura a partir de duas iniciativas hoje consideradas as maiores em alcance no cuidado a população, sobretudo aquela mais vulnerável socialmente. O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) nascem no Estado do Ceará, e foram iniciativas fundamentais para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

A avaliação positiva quanto ao êxito do PACS, iniciado em 1991, levou o Ministério da Saúde, sob forte defesa de militantes da reforma sanitária, a implantar o Programa Saúde da Família (1994), compreendendo a necessidade de incorporar novos profissionais de forma a atuar conjuntamente com os agentes comunitários de saúde. Num primeiro momento a equipe é constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde; para mais tarde incorporar o dentista. Este foi, portanto, o primeiro

passo no processo de incorporação de novos profissionais, conforme documentos oficiais da área, conforme a seguir:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2006).

É desta forma que o SUS desenvolve sua dinâmica de atenção à saúde no nível da atenção primária, compartilhando responsabilidades nas três esferas de gestão – Federal, Estadual e Municipal, quais sejam:

Na esfera federal: Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; Co-financiar o sistema de atenção básica; Ordenar a formação de recursos humanos; Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; Manter as bases de dados nacionais.

Na estadual: Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; Regular as relações intermunicipais; Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; Co-financiar as ações de atenção básica; Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Na municipal: Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; Contratualizar o trabalho em atenção

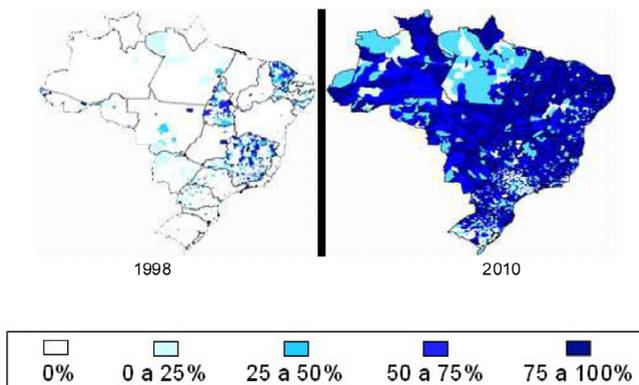
básica; Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); Co-financiar as ações de atenção básica; Alimentar os sistemas de informação; Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

O desafio da consolidação do Programa Saúde da Família como estratégia estruturante da atenção básica está então sob a responsabilidade dos três entes federados, mas, sobretudo está no nível municipal, onde a vontade e o compromisso político dos gestores, sujeitos mais próximos da população, são decisivos para a existência de uma rede de serviços bem estruturada, com profissionais mobilizados e qualificados, e uma boa articulação intersetorial, que garanta ao programa saúde da família, o cumprimento constitucional do conceito ampliado de saúde.

A evolução da implantação das equipes de saúde da família demonstra o seu importante crescimento, predominando em grande parte do Brasil, com 75 a 100% de equipes implantadas, no período de 1998-2010 (Mapa a seguir).

Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família

Brasil - 1998 - Setembro/2010



Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2011

No processo de organização das equipes de saúde da família, nos municípios espalhados Brasil a fora, os gestores do SUS constataram a dificuldade de engajar profissionais que tivessem o perfil necessário para atuação no nível da atenção básica, haja vista a distância existente entre o perfil desejado para esta atuação e a formação acadêmica tradicional trabalhada nas universidades. Estudo realizado no Ceará, nos anos de 1997-1998, com profissionais e secretários de saúde indicava as limitações e dificuldades mais significativas: despreparo dos profissionais para atuar na comunidade, e a predominância da formação na área hospitalar entre médicos e enfermeiros.

A possibilidade de envolver todos os profissionais com atuação na estratégia saúde da família, em processos formativos, através da educação permanente, fez nascer as residências em saúde da família, para médicos e para os demais profissionais da área de saúde com atuação na ESF. Assim é que o município de Sobral protagoniza em 1998 a primeira residência multiprofissional em saúde da família do Brasil, em larga escala, através da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Esta experiência caracterizava-se como uma formação em serviço, integrando ensino-pesquisa-serviço, reunindo a partir de 2001, 11 categorias profissionais no âmbito da atenção básica, quais sejam: assistente social, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e veterinário. Para o serviço social, assim como para os demais, foi uma rica oportunidade em que as assistentes sociais engajadas começaram a compartilhar o fazer coletivo nos territórios de atuação do Programa Saúde da Família, construindo também suas competências específicas.

O serviço social na Estratégia Saúde da Família: resgatando o trabalho na comunidade

Cavalcante e Albuquerque (2002, p. 30), refletindo sobre a atuação do assistente social na atenção primária, constata:

O serviço social é uma das áreas profissionais que mais se identificam com os desafios colocados pelo processo de construção do novo modelo de atenção, pois se antecedeu a este na busca do enfoque familiar na sua intervenção, para contrapor-se à fragmentação da questão social. O assistente social é um dos profissionais que na sua formação tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, o grupo e à comunidade.

No Ceará, o engajamento do assistente social na estratégia saúde da família se deu com destaque a partir da residência multiprofissional, em 2001, no município de Sobral, quando foi iniciado um debate sobre a atuação do assistente social na política de assistência social e na política de saúde, construindo sua interface no espaço do território do programa saúde da família. Assim, deflagramos um processo rico em debates com o gestor da política de saúde e assistência social, já que saúde e assistência estavam vinculadas a uma única secretaria. Assim, sistematizamos as bases de atuação dos profissionais de serviço social: suporte às demandas sociais presentes nos Centros de Saúde da Família; apoio às redes sociais – criança e adolescente; terceira idade, saúde mental; mobilização social (Conselhos de Saúde); promoção da saúde (a partir de articulação das políticas públicas). Neste sentido, uma questão se colocava para o conjunto dos assistentes sociais envolvidos em diferentes unidades de saúde: Como no espaço de interdisciplinaridade do programa saúde da família, é possível ao assistente social trabalhar a

Política Municipal de Assistência Social, construindo uma interface com o Sistema Único de Saúde?

O amadurecimento destas questões foi possibilitando a construção de novas práticas e saberes, articulando no processo, as residentes assistentes sociais, a preceptoria do Serviço Social; os/as coordenadores/as de programas, projetos e ações no campo da assistência; constituindo uma roda permanente de discussão envolvendo todas as assistentes sociais da rede de políticas públicas municipais.

No processo de inserção do assistente social nas equipes multiprofissionais construímos dois eixos de atuação, com suas respectivas linhas de atuação, conforme esquema a seguir.

Esta construção coletiva representou, segundo avaliação do próprio grupo, a ampliação e valorização do espaço profissional do assistente social; a partir da construção de novas práticas e saberes; o amadurecimento quanto às competências profissionais do assistente social na estratégia saúde da família; a superação da visão do caráter assistencialista da profissão pelos demais componentes da equipe; apoio na ampliação da visão da equipe sobre os determinantes sociais na saúde; bem como a aproximação das políticas públicas e serviços da rede de proteção social com o território, facilitando o acesso da população aos mesmos.

Desta maneira, como profissão de caráter investigativo interventivo, o serviço social vem fortalecendo o seu fazer profissional na busca da promoção dos direitos sociais, na perspectiva da universalização de direitos. Estamos, portanto, situados numa relação entre a população usuária e o acesso aos direitos, através de nossa participação nas políticas públicas, podendo a contribuição profissional de o assistente social materializar-se nos diferentes processos no campo da saúde pública: planejamento, gestão, atenção, formação, controle social, dentre outros.

No Centro de Saúde	No Território/Comunidade
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento individual e familiar; • Articulação interprofissional e intersetorial; • Apoio aos grupos operativos; • Apoio à gestão democrática na unidade de saúde; • Apoio aos conselhos locais de saúde em seus processos organizativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação e apoio as Redes Sociais; • Mobilização Social; • Apoio e incentivo à Participação Social; • Desenvolvimento de parcerias intersetoriais; • Conhecer os indicadores saúde-doença do território, analisando sua relação com os determinantes sócio-econômicos do território e o modo de vida da população.

Todavia, a dinâmica social modifica-se, surgindo novos desafios. Falamos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, não sem que questionamentos se fizessem.

Os NASF nascem com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde, ampliando a abrangência e as ações da atenção primária bem como da sua resolutividade.

São constituídos por equipes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra e Médico Psiquiatra) vinculando-se de oito a vinte Equipes

Saúde da Família e o NASF 2, que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família.

Não temos dúvida que os NASF nascem a partir de todo um amadurecimento gerado pelos debates e construções realizadas quando da ampliação das equipes de saúde da família, oportunidade em que um conjunto de profissões pautou a atenção e a gestão da atenção básica. Inspirando-se nas competências do serviço social, discutidas e praticadas na ESF, o Ministério da Saúde identifica as ações do serviço social no NASF, tal como a seguir:

Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado. Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2008).

Algumas Considerações...

Considerando o objeto de intervenção profissional do assistente social, a questão social, e suas múltiplas determinações na vida social, a profissão intervém através da

mediação das políticas sociais demandadas pela população. Segundo Yamamoto (1997), a questão social diz respeito ao conjunto das desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista, impensáveis sem a mediação do Estado. Estas manifestações da questão social são, portanto, a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional do assistente social.

Quanto aos desafios para o serviço social neste processo, Costa (1998) afirma que, “nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da população e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil”. Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação social, guarda contradições e desafios, convivendo ainda com um modelo privatista liberal.

Como “porta de entrada prioritária” de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, a Estratégia Saúde da Família vem provocando importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Acreditamos que o processo de envolvimento de um conjunto de novas categorias profissionais no fortalecimento da saúde da família qualifica os sistemas locais de saúde ao tempo em que amplia sua capacidade de intervir sobre os determinantes sociais, sob diferentes enfoques. Contudo, inúmeros desafios persistem, tais como: o financiamento público insuficiente para a saúde; a necessária ampliação de profissionais na rede de saúde e a formação permanente do conjunto dos trabalhadores do SUS.

Cabe, portanto, à categoria dos assistentes sociais fortalecer seu papel profissional e militante em defesa do SUS, compreendendo-a como política pública em construção que tenciona um modelo desigual, de privilégios, privatista, e que continua ainda a produzir iniquidades. Chega em 2011 sem conseguir ainda alcançar a meta proposta pela OMS/UNICEF, em 1978, “Saúde para todos no ano 2000”.

Ao finalizar estas reflexões, queremos prestar nossa homenagem à pesquisadora e médica pediatra Barbara Starfield, que faleceu no dia 10 de junho de 2011. Defensora incansável da Medicina de Família e cuidados primários à saúde, ela partilhou ideias e mobilizou milhares de profissionais, médicos e não médicos, defendendo o acesso de todos os povos aos cuidados de saúde de qualidade, na perspectiva de construção da equidade.

Bibliografia

ALBUQUERQUE, Kilvia Maria de; CAVALCANTE, Anair Holanda. O Serviço Social e a Atenção Primária. *Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE*. Jan. / Fev. / Mar. 2002 – ano III – n. 1.

CANUTO, Ondina Maria Chagas et al. A Inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE*. Jan. / Fev. / Mar. 2004, ano V, n. 1.

COSTA, Maria Dalva H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n.62, São Paulo, 2000.

BANDEIRA, Marina; FREITAS, Lucas Cordeiro; CARVALHO FILHO, João Gualberto Teixeira de. Avaliação da ocorrência

de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n.1, Rio de Janeiro: 2007.

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

_____. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei Nº 8.7421 de 7 de dezembro de 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica*. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021..Ministério da Saúde/Dab. <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. *Serviço Social em Revista*. n. 23, v. 12, n.1, Jul./Dez. 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3. ed. São Paulo: CORTEZ, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

Atuação do/a assistente social na Estratégia Saúde da Família em metrópole brasileira

Roberta Rocha da Costa
Lucia Conde de Oliveira

Introdução

O presente capítulo tem por finalidade suscitar reflexões sobre a inserção e atuação do serviço social na Estratégia Saúde da Família. Também objetiva ser um instrumento que possa propiciar novos conhecimentos, bem como fortalecer e reorientar a atuação profissional nesse espaço.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representaram um avanço no que concerne ao reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. No entanto, a partir da década de 1990, os governos brasileiros passam a adotar as orientações e propostas neoliberais, implementando políticas de ajuste fiscal com redução dos gastos sociais. Isso desencadeou a formação de um fosso entre o estabelecido legalmente e a efetivação do sistema de Seguridade Social e, conseqüentemente, da política de saúde brasileira.

Nesse contexto, dois projetos políticos para o setor da saúde estão em disputa: o projeto privatista, que propõe como dever do Estado garantir um mínimo de acesso aos serviços de saúde apenas aos cidadãos pobres, ficando para o setor privado a prestação de serviços que atendam às necessidades dos cidadãos consumidores; e o projeto contra-hegemônico, a Reforma Sanitária, que reivindica a democratização da saúde (RIBEIRO *et al.*, 2005). No âmbito da atenção primária à saúde, isso se expressa na implementação de programas de caráter seletivo e focalista.

Com base em experiências desenvolvidas em alguns municípios, o Ministério da Saúde (MS), em 1994, instituiu no âmbito da atenção primária à saúde o Programa Saúde da Família (PSF) que, apesar de ser lançado como um programa, será considerado como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, articulada aos princípios do SUS. Segundo Monera, Senna e Souza (2007, p. 106),

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde - doença, que pretende ultrapassar as concepções marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive o centro da atenção à saúde.

Considerando que, anteriormente à implantação do Programa Saúde da Família, milhões de pessoas eram desassistidas e, com a sua adoção como estratégia, pela Política de Atenção Básica (2006), podemos afirmar que tal política proporcionou uma significativa ampliação do acesso à atenção à saúde. Conforme gráficos disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do MS, em abril de 2011, eram contabilizadas 31.900 equipes atuando no território brasileiro e com uma cobertura de 101 milhões de pessoas.

Apesar da ampliação do acesso, estudos realizados acerca da implantação e funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) apontam diversas limitações. Entre elas destacam-se: a infraestrutura inadequada das unidades de saúde, as condições de trabalho e vínculos empregatícios precarizados, o número insuficiente de profissionais e a alta rotatividade destes, a falta de capacidade de gestão, formação profissional inadequada e a dificuldade institucional de absorver e se adequar à proposta (ESMERALDO, 2009).

Embora a ESF seja efetivada com todos esses limites, é válido ressaltar que esse processo propiciou mudanças bastante significativas, como a estruturação de um modelo

de atenção à saúde num país de dimensão continental, considerando sua diversidade e desigualdades regionais. No entanto, para atingir os objetivos a que se propõe, possui muitos desafios.

Desde o estabelecimento pelo MS dos profissionais que deveriam compor a equipe mínima do PSF, diferentes categorias profissionais reivindicam sua inserção na ESF. E é nessa luta que se colocam os/as assistentes sociais. Contudo, governos municipais, profissionais de saúde e usuários do SUS têm reconhecido a importância do serviço social na estratégia saúde da família. Dessa forma, a categoria vem sendo convocada a atuar nesse espaço sócio-ocupacional. A inserção dos/as assistentes sociais na ESF possibilita às equipes multiprofissionais:

[...] potencializar sua interação com as comunidades e com o conjunto das políticas públicas municipais, na perspectiva de atuação intersetorial e nas redes sociais dos territórios, contribuindo para a ampliação do olhar das equipes sobre o processo saúde/doença" (FORTALEZA, 2006, p. 62).

Compreendendo as habilidades dos/as assistentes sociais, as peculiaridades desse espaço ocupacional e do território de atuação, o presente texto pretende problematizar a inserção do serviço social na ESF, destacando a atuação dos/as assistentes sociais na ESF em Fortaleza.

A inserção do serviço social na Estratégia Saúde da Família

A inserção do assistente social na ESF tem sido alvo de debates e questionamentos polêmicos, entre os outros profissionais da saúde, como também, no âmbito da categoria. Diante disso, a reflexão do referido processo não pode ser desvinculada do contexto político, econômico e social em que ocorre. A implantação do PSF era compatível com as

diretrizes do Banco Mundial de ampliar a atenção primária em saúde para as populações pobres. Dessa forma, havia no serviço social grupos que defendiam que a profissão não deveria se incorporar às equipes devido à contradição na qual o Programa Saúde da Família surge, como um programa para os cidadãos pobres (BETTIOL, 2006). Isso contrariava o princípio da universalidade da atenção à saúde.

Vasconcelos *et al.* (2009, p. 319), tendo como referência a inserção da categoria no município de Campina Grande (PB), consideram que a ESF:

[...] embora perpassada por traços da política neoliberal, conta com potencialidades para contribuir com a reversão do modelo assistencial, desde que seja feito o enfrentamento político necessário para a defesa dos princípios do SUS.

Para alguns sanitaristas, a inserção de outros profissionais, além dos que compõem a equipe mínima, às vezes, é demandada por uma luta corporativa. No entanto, a defesa da possibilidade de inserção de outros profissionais, dentre eles o/a assistente social, não se pauta como uma luta corporativa, mas a partir da compreensão de que a equipe formada por “somente profissionais de cunho biologicista não conseguem contemplar todos os aspectos do processo saúde/doença”. Portanto, faz-se necessário agregar às equipes, profissionais da área social “(...) como essenciais para uma real compreensão do processo saúde/doença e, conseqüentemente, para uma produção de cuidado” (MIOTO; ROSA, 2007, p. 104-105).

Diante dessas discussões, pergunta-se: como o serviço social pode contribuir na ESF? Para Vasconcelos *et al.* (2009, p. 319), o (a) assistente social pode contribuir de forma significativa para atuação das equipes de SF, pois esse profissional possui uma formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa “(...) que os habilita a lidar com a realidade da classe trabalhadora em seu cotidiano (...)”, no

sentido de abordar a questão da saúde como um fenômeno coletivo e individual, colaborando, principalmente, com o processo de reversão do modelo hegemônico, na perspectiva da promoção à saúde, através de eixos estratégicos, como a intersetorialidade, a educação em saúde com participação e controle social.

Dessa forma, a ESF tem propiciado a ampliação do campo de trabalho em saúde para os (as) assistentes sociais, e exigidos deles (as) uma prática que possibilite mudanças na compreensão do processo saúde/doença e na relação entre equipe e usuário. A inserção do serviço social no referido espaço tem ocorrido de diversas formas. Dentre elas destacam-se: extensão universitária; estágio; supervisão acadêmica, especialização profissional (MIOTO; ROSA, 2007); prestação de serviços realizados por assistentes sociais lotados em outras secretarias; profissionais inseridos em equipes básicas; residências multiprofissionais; e assistentes sociais que compõem as equipes de apoio ou supervisão da estratégia (VASCONCELOS *et al.* 2009).

Sobre as modalidades acima, é válido ressaltar algumas experiências. Hoffmann (2007, p. 78), em estudo sobre o trabalho dos assistentes sociais no PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul, afirma que a inserção da profissão tem ocorrido "(...) de forma indireta e esporádica, uma vez que o profissional não compõe a equipe básica, e, sim, faz parte de uma equipe de apoio", podendo comprometer a qualidade dos serviços, pois dessa forma o profissional fica subjugado a uma reduzida carga horária dedicada à ESF e fica inviável qualificar sua intervenção.

Com base na experiência da cidade de Sobral (CE), Canuto *et al.* (2004, p. 71) afirmam que a inclusão da profissão na ESF ocorre também mediante o ingresso de assistentes sociais na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e que essa iniciativa:

[...]oportuniza aos profissionais a definição de suas competências, compreendendo-as como parte de um conjunto de práticas e saberes mais amplos e que se complementam na interlocução e na vivência cotidiana com a população e com outras categorias profissionais, que emprestam os seus conhecimentos para a efetivação de um modelo de atenção promotor de saúde (CANUTO et al, 2004, p. 73).

Já em Campina Grande (PB), houve um processo de articulação e luta reivindicando a inserção da profissão na equipe básica. Após sete anos de mobilização, ocorreu o processo de seleção e, no ano de 2003, ocorreu “(...) a inserção oficial do assistente social, concomitantemente com a inclusão da equipe de saúde bucal (...), num contexto de ampliação do programa no município (...)” (RIBEIRO et al., 2005, p. 250).

Na cidade de Santa Fé do Sul (SP), a incorporação da profissão ocorreu para atuar nas lacunas do processo de implantação da ESF. Segundo Bettiol (2006, p. 20), o percalço estava no trabalho com a comunidade, dessa forma, foi requisitado “(...) um assistente social para reorganizar o trabalho popular”.

Outra forma de inserção profissional está ocorrendo mediante a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Algumas experiências já estão ocorrendo no país. Embora implantados recentemente, já são tecidos alguns questionamentos no que concerne à quantidade de equipes básicas sob a responsabilidade de um NASF e à possibilidade da realização de um trabalho qualificado “(...) de prevenção e promoção à saúde, do controle social e da intersetorialidade (...)”. Outro aspecto questionado se refere ao risco de “(...) reproduzir ações imediatistas, paliativas, conservadoras (...)” reforçando a perspectiva assistencialista de saúde em contraposição aos princípios do SUS e do Projeto

Ético-Político do Serviço Social (VASCONCELOS *et al.* 2009, p. 329).

A análise sobre a atuação do Serviço Social no âmbito da ESF não pode ser desvinculada da dinâmica das equipes, bem como das peculiaridades das comunidades atendidas. Segundo Ribeiro (2005, p. 251), “(...) deve-se levar em conta tais peculiaridades e que nem todos os profissionais desenvolvem exatamente as mesmas atividades, a depender justamente das demandas locais”. Compreendendo a necessidade de considerar as particularidades, no tópico a seguir, serão abordadas a inserção e atuação profissional na ESF no município de Fortaleza.

A Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza e a inserção do serviço social

Desde os anos 1980, Fortaleza vem procurando organizar um sistema público municipal de saúde. Em 1990, instituiu-se uma comissão com o intuito de regulamentar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos nas leis nº. 8.080/1990 e 8.142/1990 (BATISTA, 2003).

No município, a assistência à saúde ainda ocorria pautada no modelo voltado à cura e ao atendimento à demanda espontânea. Em 1993, quando foi implantado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foram criadas expectativas de mudanças nas práticas de saúde; no entanto, a assistência à saúde permanecia numa perspectiva biologizante, embora o discurso oficial fosse que suas ações estavam fundamentadas num modelo de atenção centrado na qualidade de vida (FORTALEZA, 1999 *apud* BATISTA, 2003).

Embora o MS tenha instituído o Programa Saúde da Família em 1994, em Fortaleza, a discussão sobre o programa

iniciou em maio de 1997, concomitante a uma reforma administrativa do município. Essa iniciativa buscava a:

[...] mudança do modelo assistencial, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população. Com o PSF, pretendia-se prestar assistência integral às famílias selecionadas através de ações preventivas e intersectoriais, baseadas na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde (FORTALEZA, 1997 - apud ESMERALDO, 2009, p. 81).

Por meio dessa proposta, a prefeitura propunha implantar um novo modelo de assistência voltado para família. Contudo, constatou-se que o programa não respondia às necessidades de saúde dos usuários, pois previa ampliação de 32 equipes em 1998, para 310 até 2001, mas permaneceu até 2004 com apenas 103 equipes com uma cobertura de aproximadamente 16% da população (OLIVEIRA, 2006). Havia muitos entraves na sua operacionalização e desafios cruciais, tais como: a reversão do modelo assistencial, um efetivo sistema de referência e contra-referência, a instituição de uma política de recursos humanos, a implantação da educação permanente em saúde e a compreensão, por parte dos gestores e lideranças políticas, do real significado da ESF (ESMERALDO, 2009, p.84).

Em 2005, com a ascensão de uma nova direção política à Prefeitura de Fortaleza, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tomou a decisão de priorizar a ESF, na perspectiva de reorientar a atenção à saúde no município. A rede de atenção básica, no referido ano, contava com 88 unidades básicas/centros de saúde. A cobertura de PSF correspondia a 16% da população. Como estratégia de enfrentamento dessa situação, a secretaria decide realizar concurso público para enfermeiros, dentistas e médicos, com o objetivo de formar novas equipes de saúde da família (FORTALEZA, 2006). Considerando a gravidade das condições de vida da população que reside

em áreas de risco, foram aplicadas algumas medidas em caráter emergencial: em junho de 2005, foram implantadas 21 equipes de saúde da família em áreas apontadas pela Defesa Civil como áreas de risco. Foram contratados 89 profissionais, sendo 05 médicos, 21 enfermeiros, 21 dentistas, 11 assistentes sociais e 30 auxiliares de enfermagem (FORTALEZA, 2005).

Com a realização do concurso público, em 2006, foram convocados 850 profissionais – entre médicos, enfermeiros e dentistas – para formar novas equipes. Com isso, foram formadas 300 equipes de Saúde da Família e a cobertura foi ampliada para 43% da população. No mesmo período, houve uma seleção pública para Agentes Comunitários de Saúde para serem inseridos nas equipes e atuarem nas micro áreas de risco (FORTALEZA, 2007).

São inegáveis as mudanças ocorridas no âmbito da atenção básica em Fortaleza, na gestão 2005/2008, no entanto, observa-se a coexistência da ESF e do modelo tradicional de atenção à saúde. Embora haja esforços para a sua superação, as práticas ainda reiteram a medicina curativa e o atendimento à demanda espontânea. Identifica-se, também, a existência de equipes incompletas e a infraestrutura inadequada de algumas unidades, que funcionam precariamente e comprometem as ações das equipes (ESMERALDO, 2009).

A inserção da profissão na ESF ocorreu com a incorporação de assistentes sociais nos Centros de Saúde da Família (CSF), em áreas consideradas de maiores riscos epidemiológicos e sociais. Em maio de 2009, conforme levantamento realizado junto as Secretarias Executivas Regionais, havia apenas nove assistentes sociais atuando nas unidades de saúde. Por meio das entrevistas, constatamos que esses profissionais estiveram vinculados a uma ou duas unidades de saúde, atuando em média junto a cinco equipes de SF, com uma carga horária de 40 horas semanais, sendo a forma de contratação precarizada mediante cooperativa

de trabalho (FORTALEZA, 2006). Esses assistentes sociais constituíram o universo da pesquisa.

No entanto, a inserção dos (as) profissionais de serviço social na ESF no referido município tem passado por mudanças significativas. Com a implantação dos NASF, em julho de 2009, alguns assistentes sociais que atuavam nas unidades de saúde foram deslocados para os NASF. Dos seis sujeitos entrevistados, dois estão no NASF, um está em coordenação de programas no Distrito de Saúde, um está trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde e dois não atuam mais no âmbito da política de saúde. Dessa forma, hoje, no município não contamos com nenhum (a) assistente social trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde compondo as equipes de Saúde da Família.

Atuação dos/as assistentes sociais na Estratégia Saúde a Família

Para compreender a forma em que é delineada a atuação profissional na ESF, faz-se necessário identificar como os/as profissionais apreendem esse modelo de atenção à saúde. Com relação ao significado da estratégia para o Sistema Único de Saúde e para o território onde desenvolvem as ações, foram mencionados alguns aspectos. Dentre eles:

O caráter substitutivo atribuído à ESF na perspectiva de superar o modelo hegemônico do cuidado à saúde:

Mudou a perspectiva de saúde em relação ao modelo anterior. O paciente é visto no contexto da família. [...]

O ser humano é inserido num contexto que influi nas condições de saúde dele [...] (ENTREVISTADO 01).

Segundo Levcovitz e Garrido (1996, p. 04), para compreender o caráter substitutivo da ESF, deve-se considerar sua dimensão técnica e político-administrativa. No que se refere à dimensão técnica, o CSF "(...) passa a ser a porta de

entrada do sistema, com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção à saúde”.

Além do caráter substitutivo, outro aspecto relevante mencionado no decorrer das entrevistas foi o deslocamento da centralidade do processo de saúde do caráter curativo, centrado na doença, para situá-la no usuário, família, comunidade, na dimensão cultural e nas condições de vida e de trabalho:

[...] É ver o usuário como um todo, na totalidade. Aí você vê as outras questões que envolvem a família de doença, de trabalho, vê as relações sociais, o financeiro, o cultural, a relação na comunidade (ENTREVISTADO 02).

Esse aspecto faz referência “(...) ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde (...)” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 224). Ou seja, sugere a compreensão da integralidade da atenção, que não tem como pressuposto a doença, mas todas as determinações que permeiam os processos de saúde e adoecimento dos usuários dos serviços de saúde.

Considerando o atendimento integral, um elemento indispensável é apreensão da área como território vivo, como o espaço por excelência de apreensão das determinações do processo de adoecimento e de identificação de alternativas de enfrentamento, que foi identificado na fala a seguir:

[...] para o território é de fundamental importância porque primeiro você vai trabalhar o território como território vivo, conhecendo todos os problemas sociais [...] (ENTREVISTADO 04).

Segundo Mendes e Donato (2003), a apropriação do território permite as equipes de SF conhecer as condições

de existência dos indivíduos que nele vivem. Isso implica o comprometimento em responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde estes se relacionam. No entanto, é importante salientar que “(...) sendo o território uma construção, é produto da dinâmica onde se tencionam as forças sociais em jogo. Uma vez que essas tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação” (Ibidem, p. 40).

A ESF para SUS se constitui como um processo de construção de uma nova cultura de atenção à saúde, de reversão do modelo hegemônico centrado na doença para uma perspectiva de cuidado por meio de práticas sanitárias de caráter participativo e democrático. Tendo como princípio a participação social, a integralidade, a equidade e a qualidade, busca-se a articulação das diversas áreas do conhecimento e parcerias com outras políticas e setores, para compreensão do usuário em sua integralidade, bem como, inserido na totalidade concreta. No âmbito do território, a ESF significa a referência de acesso ao SUS, bem como a construção de vínculos entre equipes, usuários e comunidade na perspectiva da co-responsabilidade e construção de redes de cuidado e assistência à saúde.

Dentre as atividades realizadas pelos (as) assistentes sociais, destacam-se as ações coletivas e de educação em saúde, por meio de trabalhos com grupos. Contudo, esses espaços ficam centrados apenas nas discussões relativas aos eixos convencionais direcionados pelo MS, como planejamento familiar e gestação, hipertensão e diabetes, dentre outros; e de socialização de informações sobre a legislação social. Ao mencionarem as temáticas trabalhadas, é perceptível que essas reuniões não são utilizadas como espaços de reflexão de como as determinações das condições materiais de vida e trabalho interferem nos processos de saúde e doença, mas buscam trabalhar na perspectiva dos direitos

sociais sendo, portanto, um aspecto importante, haja vista o pouco conhecimento dos usuários sobre seus direitos.

Sim. Gestantes, promoção em saúde na área de interesse da gestante como amamentação, puericultura, cuidados com a criança no pós-parto, ECA, direito de licença materna (...) Os grupos são específicos então o trabalho é direcionado para cada grupo (ENTREVISTADO 01).

Temos o grupo de cuidadores que é trabalhada a questão do cuidado, o cuidado com domicílio e higiene, autocuidado, benefícios, legislação, direitos, apoio e rede social. O de Gestantes – auto-estima, puericultura, pré-natal, aleitamento materno, lei Maria da Penha, [...] vacinas, banho, postura e condicionamento físico, alimentação, intercorrências durante a gestação, laqueadura e vasectomia, sexo na gravidez, avaliação e sugestão de temáticas [...] (ENTREVISTADO 02).

As ações socioeducativas são de fundamental relevância e devem ser um eixo central de atuação do/a assistente social. Constituem-se em um espaço estratégico para a democratização das informações, de estudos realizados no âmbito do território da unidade; de reflexão das determinações do processo saúde/doença e a da política de saúde; e de fomento a participação popular, como indica o texto sobre os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”:

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 53).

A educação permanente em saúde é outra atividade

pedagógica estratégica para garantir a realização de espaços de discussão e reflexão juntos aos profissionais da ESF. Segundo Mendes (2002), não há uma quantidade suficiente de profissionais de saúde qualificados para o trabalho na ESF. Esses problemas se expressam na dimensão ideológica, pois “(...) o sistema de formação dos recursos humanos funciona como aparelho ideológico reprodutor da ideologia flexneriana, e a cognitivo-tecnológica, porque os conhecimentos e as tecnologias produzidas ou difundidas (...)” (IBIDEM, p. 66-67), não são coerentes com a Estratégia Saúde da Família.

Outro aspecto relevante é o engajamento dos (as) assistentes sociais nos conselhos de saúde. Durante as entrevistas, três dos sujeitos envolvidos na pesquisa mencionaram que foram conselheiros do Conselho Local de Saúde (CLS), em suas respectivas unidades de trabalho. O CLS se constitui um espaço de grande relevância para a mobilização e exercício do controle social. Mesmo não sendo algo privativo da profissão, é importante que o (a) assistente social se aproprie desse espaço, pois o serviço social dispõe de condições técnicas, teóricas, metodológicas, éticas e políticas que propiciem o fomento à inserção e participação dos usuários nos espaços democráticos de controle social.

Outro aspecto importante na mobilização e participação social refere-se à articulação com os movimentos sociais, tanto para estabelecer os fóruns e/ou conselhos, como estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como para discutir a política de saúde e traçar alternativas para garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010, p. 56).

O serviço social, nas últimas décadas, tem construído uma nova forma de pensar e fazer, “(...) orientado por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica (...)”. (IAMAMOTO, 2006, p. 167), situando no exercício profissional o modo de vida e de reprodução e apropriação

do trabalho nas condições macro-societárias. Sendo assim, a formação profissional fundamentada nas novas diretrizes curriculares alia uma concepção teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que busca ultrapassar o como fazer, contudo, pode ocorrer essa centralização no como fazer e, dessa forma, "(...) esse caminho está fadado a criar um profissional que aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade" (IBIDEM p. 169).

Essa forma de pensar e fazer o serviço social, referenciado na perspectiva crítico-dialética, propiciou a renovação da profissão no âmbito do direcionamento teórico-metodológico e no campo dos valores e da perspectiva ético-política. Nesse plano, o serviço social construiu de forma democrática e coletiva sua base normativa, a Lei da Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93); o Código de Ética Profissional (Resolução CFESS nº. 273/93); e as Diretrizes Curriculares para a formação em Serviço Social (Resolução CNE/CES nº. 15/02). Esse conjunto compõe o Projeto Ético-Político Profissional e dá a direção social da intervenção profissional.

Em vista disso, buscou-se apreender a materialização do Projeto Ético-Político no cotidiano da prática profissional, e os depoimentos revelaram o entendimento dos profissionais entrevistados sobre a questão:

Vai sendo uma coisa que se constrói no dia a dia, à medida que as situações se colocam (ENTREVISTADO 01).

Em toda minha prática, eu viabilizo o Código de Ética. Quando estabeleço o acesso ao direito [...]. Eu acho que o exercício do Serviço Social deve estar fundamentado no código. No cotidiano, direto, não tem como separar ele da minha atuação (ENTREVISTADO 03).

[...] tudo o que você fizer você está visando manter aquela pegada, o compromisso com o projeto, compromisso

político com os trabalhadores, exercitar a questão da democracia, o respeito às liberdades, trabalhar dentro dessa visão mais política mesmo (ENTREVISTADO 04).

O discurso dos profissionais remete à compreensão de que é um projeto, ou seja, algo que está em construção e que deve estar presente no cotidiano da prática profissional. No geral, quando o Projeto Ético-Político é mencionado, os/as entrevistados/as só se remeteram ao Código de Ética. No entanto, percebe-se também que alguns sujeitos apresentam dificuldades de realizar as mediações para identificar o projeto profissional em seu cotidiano:

Eu acredito que essa construção é no cotidiano da gente. Quando elabora um relatório, pode ser de cunho social, informativo, deliberativo, denúncia ou defesa, quando centra o juízo... [...] No dia a dia, não dá tempo para ficar pensando, identificando, aqui acolá você lembra e associa e aí você utiliza pra defender algo. Quando elabora projetos... No dia a dia... Você viu o rojão! Mas a gente consulta sempre o código de ética [...] (ENTREVISTADO 02).

Outro pilar do projeto profissional diz respeito à regulamentação da profissão. Nesse sentido, foi indagado sobre as atribuições do serviço social na ESF. Os/as assistentes sociais entrevistados/as listaram as seguintes:

Atendimento de acordo com a demanda. Encaminhamentos [...] Trabalho com grupos. Solicitação de benefícios. Melhorar a qualidade do atendimento [...] (ENTREVISTADO 01).

Acolhimento, aconselhamento, viabilizar atendimento... Era tanta coisa. Eu era um referencial aqui. (ENTREVISTADO 05).

A fala a seguir expressa a incerteza em torno da atividade desenvolvida por esse profissional se é ou não atribuição da categoria, bem como uma “confusão” entre as atribuições do

serviço social e atividades. Isso acarreta incertezas, reitera o discurso da imprecisão da profissão, bem como enfraquece a identidade profissional.

Vou dizer as minhas... Não sei se é do serviço social [...] técnica responsável pela célula saúde do idoso, DST/AIDS e matriciamento saúde mental [...] nas unidades: atendimento à demanda livre, viabilizo o SUAS dentro SUS, trabalho o SUS, os direitos com os usuários, trabalho saúde mental, faço aconselhamento DST/AIDS, oficinas sobre violência, humaniza SUS, DST/AIDS. (ENTREVISTADO 03).

As políticas sociais se constituem espaço de intervenção para diversas profissões, dentre elas o serviço social. Nessas, o/a assistente social é chamado a operacionalizá-las, no entanto, não apenas como um executor, mas lhe são atribuídas novas designações, tais como: a coordenação, elaboração e avaliação de programas e/ou projetos sociais.

O processo de trabalho na ESF se caracteriza pelo processo de territorialização; pela programação e implementação de atividades e ações que possam interferir no processo saúde/doença e ampliação do controle social; pela assistência integral; humanização, práticas interdisciplinares e ações intersetoriais voltados para a promoção da saúde (BRASIL, 2007). Tendo como horizonte as diretrizes da estratégia, os princípios do SUS e o Projeto Ético-Político do serviço social, são atribuições da profissão na inserção no âmbito das equipes básicas (RIBEIRO *et al.*, 2005): encaminhar providências, prestar orientações e informações com vistas à defesa, ampliação e acesso aos direitos; prestar assessorias a grupos, entidades e movimentos sociais viabilizando processo mobilização, organização e controle social; desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade; identificar as potencialidades existentes na comunidade estimulando ações intersetoriais; identificar

e fortalecer os espaços de controle social na comunidade; contribuir para capacitação e formação de conselheiros e outros sujeitos sociais; discutir nas ações de educação permanente o conceito de cidadania enfatizando o direito à saúde e as bases que o legitimam; elaborar, coordenar e executar capacitação para os profissionais; realizar atendimentos individuais; emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assuntos de competência do serviço social; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir e subsidiar as ações da estratégia saúde da família; realizar supervisão de estagiários de serviço social, desde que tenham supervisão acadêmica; sistematizar e divulgar as experiências do serviço social na ESF.

Conforme dispõe o Código de Ética, o/a assistente social deve ter o compromisso com a qualidade do atendimento. No âmbito da intervenção profissional, é vedado ao assistente social revelar o sigilo profissional (CFESS, 2006). Sobre as condições necessárias para o zelo com as informações prestadas pelos usuários, os sujeitos foram unânimes em afirmar que conseguem garantir a privacidade dos usuários e o sigilo profissional. No entanto, as unidades de saúde não dispõem de uma sala para atendimento do serviço social e onde possa guardar o material técnico sigiloso. As falas evidenciam as estratégias utilizadas e as negociações realizadas no cotidiano dos serviços para garantir a privacidade do atendimento e inviolabilidade dos documentos:

Não tem espaço. A estrutura é deficiente. Para você ter uma idéia a coordenação saiu da sua sala para ser um consultório. A gente usa a criatividade. Sala vaga, estacionamento, na coordenação, no corredor [...] (ENTREVISTADO 02).

Geralmente, a gente tem que reconhecer que encontra dificuldade. Primeiro porque as nossas equipes são padronizadas, não existe uma sala de reunião, não existe um miniauditório, a sala do Serviço Social, quanto isso eu não tinha muita dificuldade. Quando eu precisava para

um atendimento individual, por uma questão de sigilo e de ética, você quer um lugar reservado, eu ia para um consultório ou para a sala da direção (ENTREVISTADO 04).

Sobre a orientação teórico-metodológica, identificamos uma confusão, pois os profissionais mencionam os autores e/ou obras que leem, mas não identificam quais teorias e métodos que os orientam.

[...] A gente usa o que foi dado na universidade. Se você pode trabalhar com a família no dia a dia, você usa a mais avançada. Se não, usa as outras. Acho que me pauto na maioria das vezes no materialismo histórico-dialético [...] (ENTREVISTADO 01).

[...] artigos de autores do âmbito da saúde coletiva e sobre o Serviço Social. A Política Nacional de Humanização, SUS, os estatutos e o Código de Ética (ENTREVISTADO 02).

Foucault, Yamamoto, Jose Paulo Neto. Sobre saúde leio Gastão, Mourão, Eymard, Zelma Madeira sobre etnia, Zélia Queiroga, Odorico, a SANARE lá de Sobral, leio sobre violência, gerontologia [...] Os cadernos do ministério da saúde. Os estatutos, o código de ética [...] Estudo saúde mental [...] (ENTREVISTADO 03).

Paulo Freire. A construção do saber que é um processo, apropriação do outro. Educação Popular (ENTREVISTADO 05).

A LOAS, SUS [...]. Usava o material de previdência (ENTREVISTADO 06).

Foram mencionados obras e autores que se norteiam pela perspectiva histórico-dialética, que é hegemônica no âmbito do serviço social; e na perspectiva pós-moderna, que é expressiva no âmbito da discussão da Saúde Coletiva. Os sujeitos mencionaram também o uso das leis e estatutos, no entanto, se faz necessário ter clareza que o arcabouço legal se constitui referência de conhecimento, e não de natureza teórico-metodológica.

Essas referências são fundamentais para compreensão das determinações macrossociais que interferem na implementação, condução e execução das políticas sociais. Repercutem nos recursos financeiros, técnicos e humanos disponibilizados pelas instituições, e nas condições objetivas do trabalho do/a assistente social. Segundo Yamamoto (2006, p. 167):

[...]O atual quadro sócio-histórico não se reduz, portanto, a um plano de fundo para que se possa, depois, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do assistente social, afetando suas condições e as relações em que se realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária dos serviços sociais.

Essas determinações se expressam no cotidiano dos serviços de saúde, e, os/as assistentes sociais são desafiados, junto às equipes básicas, a responder as diversas requisições dos usuários da ESF. Diante de tal contexto, foi indagado aos sujeitos sobre as dificuldades que permeiam o cotidiano do exercício profissional. Foram mencionadas a escassez de recursos materiais e humanos e a infraestrutura inadequada, como expressam as seguintes falas:

A gente quer trabalhar a saúde como um direito e não como um favor [...]. Temos muitas dificuldades [...]. Principalmente a escassez de recursos [...] (ENTREVISTADO 01).

Falta de um local (sala) para fazer atendimento individual, atividades de grupo, para guardar material, fazer um atendimento individual, atividades de grupo... Infraestrutura (ENTREVISTADO 02).

[...] Esse desejo de realizar muito, de realizar as políticas sociais sobre as quais a gente não tem gerência, mais sabe das dificuldades, dá um certo conflito. Você vê aquelas dificuldades, aquelas carências sobre o qual você realiza alguma coisa, mas não tudo (ENTREVISTADO 04).

Número de profissionais insuficientes para oportunizar acompanhamento e atendimento (ENTREVISTADO 05).

Segundo Mendes (2002), vários aspectos permeiam as dificuldades que se manifestam nas condições objetivas de trabalho. Mas, geralmente, decorrem da falta de compreensão da ESF, que, muitas vezes, é concebida como política para pobre, o que leva ao equívoco de que ela pode ser realizada em quaisquer circunstâncias.

Situados nessas condições, permeada de limitações, emergem muitos conflitos. Acerca deles, foi identificado o seguinte: as respostas imediatistas; a realização de atividades que não são pertinentes à profissão; realizar ações de forma impositiva por falta de conhecimento ou reconhecimento das outras profissões sobre os direitos dos usuários; dar materialidade ao Código de Ética no contexto de hegemonia do Capital; e as divergências com as outras categorias profissionais, que emergem da falta de conhecimento ou de reconhecimento dos direitos dos usuários e dos princípios e diretrizes que norteiam a ESF, como evidenciam as falas a seguir:

Como a gente atua numa realidade muito carente, há muitas dificuldades. A demanda é maior que a oferta. Às vezes, tem que agir de forma imediatista, eu não gosto! Tai o conflito... Eu quero trabalhar com a família no dia a dia, nas visitas... Mas, às vezes, tem que ser imediatista, aí eu fico em conflito (ENTREVISTADO 01).

[...] os conflitos nunca acabam. As inquietações são desafios diários [...] O que é complicado é que, às vezes, fazemos atividades que não são pertinentes ao Serviço Social e acaba aumentando a demanda nossa (ENTREVISTADO 02).

[...] Trabalhar os direitos dos usuários e ter que impor porque os outros não reconhecem. O assistente social num está para apagar fogo! [...] Ah, e fazer valer o Código de Ética num mundo de desiguais (ENTREVISTADO 03).

Os conflitos com relação profissional, essa visão nossa, a formação social e política, que os outros profissionais talvez por questão de desconhecer, ou não exercitar, ou não ter esse pique aí tem as divergências em termos profissionais (ENTREVISTADO 04).

Por fim, outro aspecto identificado foi a extinção do espaço de atuação profissional estudado nesta pesquisa, no município de Fortaleza, com a implantação dos NASF, em julho de 2009. Os/as assistentes sociais que estavam nos centros de saúde, junto às equipes de SF, foram chamados a compor as equipes de apoio. Dessa forma, hoje, no município, contamos apenas com assistentes sociais trabalhando nos NASF. Além do serviço social, nesses núcleos, foram inseridas outras 07 categorias profissionais: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Educação Física, Farmácia e Psicologia. Segundo o relato a seguir, esse processo ocorreu de forma tempestiva e vertical:

Essa transição foi uma coisa assim [...] De um dia pro outro, encheram um auditório e que tinham que enviar os dados para o ministério à tarde [...] Não sei por que demoraram tanto? Coisas de uma gestão inexperiente [...] Aí foi uma loucura, currículos [...] E ainda é temporário, 3 meses [...] Depois vai haver a seleção. Quem já estava na estratégia foi pro NASF (ENTREVISTADO 04).

O argumento da gestão em defesa dessa mudança, segundo um dos relatos, é que compor o NASF propiciaria ao assistente social trabalhar com grupos, que dessa forma um maior número de pessoas seria atendido:

Hoje, eu estou no NASF. O serviço social é muito importante, mas a desculpa deles é que o NASF ia priorizar o apoio às equipes, trabalhar com grupos, então contemplaria um maior número de pessoas (ENTREVISTADO 05).

A Portaria GM nº.154/2008 estabelece, entre as ações de serviço social, iniciativas de promoção da cidadania,

construção e fortalecimento das redes sociais com o serviço de saúde e os outros equipamentos sociais existentes no território.

Um dos sujeitos identifica que a ausência de visibilidade do trabalho desenvolvido pelo serviço social na ESF propiciou a extinção desse espaço sócio-ocupacional em Fortaleza com a criação dos NASF. Apontou, também, que a falta de articulação dos/as assistentes sociais com as entidades representativas da categoria possibilitou que esse processo ocorresse sem grandes resistências e sinalizou a impossibilidade de retorno desse campo para o serviço social.

Faltava uma maior visibilidade do serviço social na ESF mesmo. Faltou os profissionais lutarem, o conselho lutar pra gente ficar, porque era mais um campo de trabalho que a gente perdeu, e perdeu mesmo, porque ele não vai voltar mais. Criou outro, mais aquele que a gente tinha que era pra ser um em cada Centro de Saúde da Família, não volta mais [...] (ENTREVISTADO, 06).

Essa visibilidade que é almejada é um desafio por conta do caráter do trabalho do/a assistente social, que não pode ser avaliado quantitativamente. Segundo Ribeiro et al. (2005, p. 253), “o desafio tem sido construir indicadores e mecanismos de monitoramento de tal trabalho, que apresente peculiaridades em relação aos dos outros membros das equipes” para possibilitar a identificação dos impactos da atuação profissional, e assim fortalecer o serviço social na ESF.

Diante disso, ressalta-se que, na atual conjuntura, a inserção da profissão tem ocorrido mediante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE); e a implantação dos NASF. Sendo assim, é importante enfatizar a necessidade de realizar estudos que reflitam sobre os impactos dessa mudança para o trabalho do/a assistente social para os usuários dos serviços de saúde e para a ESF.

Considerações finais

Apesar do reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e de todos os avanços identificados com a instituição do SUS, a política de saúde tem sido efetivada numa perspectiva seletiva e focalista, em contradição aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. É nesse contexto que tem sido implementada a Estratégia Saúde da Família, ainda distante da reorientação do modelo de assistência à saúde dentro de um sistema integral, que prevê a responsabilização do cuidado e continuidade da atenção, mas, na lógica de racionalização dos recursos, de assistência aos cidadãos que são destituídos do poder de consumo e de reprodução de velhas práticas, centrada na doença.

A ESF tem se configurado como um importante espaço para atuação do Serviço Social. E, como todo espaço de inserção da profissão, apresenta dificuldades, conflitos; e possibilidades que necessitam ser desveladas na realidade, buscando responder os interesses das classes subalternas. Nesse sentido, a intervenção profissional deve avançar com vistas à materialização do projeto ético-político da profissão, reconhecendo os usuários como sujeitos de direitos e reforçando os espaços de participação e de lutas com vistas à radicalização da democracia como condição para transformação da sociedade.

Contudo, é inegável que a atuação do serviço social na ESF seja necessária e legítima. Não como defesa corporativa, mas pela contribuição que essa profissão pode proporcionar na reversão do modelo de atenção, bem como na efetivação dos princípios do SUS. Sendo assim, é necessário alargar os horizontes e traçar estratégias de lutas coletivas na construção de um projeto democrático. Para tanto, se faz indispensável apreender a realidade, se apropriar das possibilidades dadas e impulsionar saídas criativas e capazes de transformá-la.

Bibliografia

BATISTA, Lúcia Fátima Ramos. A atenção à saúde no município de Fortaleza. In: COSTA, Liduina Farias Almeida da; LESSA, Ana Paula Girão (Org.). *O Serviço Social no Sistema Único de Saúde*. Fortaleza: EdUECE, 2003.

BETTIOL, Líria Maria. *Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família*. São Paulo: UNESP, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Temático Saúde da Família*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2008.
_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____ BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Org.). *Política Social e Democracia*, 2^o ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2002.

CANUTO, O. et al. A inserção do Serviço Social na estratégia saúde da família em Sobral (CE). *Revista Sanare*. Sobral, ano V, n.1, 2004.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos/as assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana. *A organização da estratégia saúde da família em Fortaleza-Ce: do processo de implantação ao contexto atual*. Dissertação de Mestrado, UECE, Fortaleza, 2009.

FORTALEZA. PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de Gestão 2006: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado*. Fortaleza, SMS, 2007.

_____. *Relatório de Gestão 2005: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado*. Fortaleza, SMS, 2006.

HOFFMANN, Edla. *O trabalho das assistentes sociais no PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde Glória. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: *Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar*. BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Rosilda; DONATO, Ausônia Favorito. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Revista Sanare*. Sobral, ano IV, n.1, 2003.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; ROSA, Fernanda. *Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na estratégia Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Florianópolis: UFSC, 2007.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de C.M.; SOUZA, Rosimary de G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. T. Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, Lucia Conde de. *As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro*. (Tese/Doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

RIBEIRO, Sâmbara Paula *et al.* O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina

Grande. *Revista Katálysis*, n.2, v.8, Florianópolis, SC, jul./dez. 2005.

VASCONCELOS, Katheleen Elane Leal *et al.* Serviço Social e estratégia saúde da família: contribuições ao debate. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n.98, abr./jun., 2009.

O desafio da interdisciplinaridade na política de saúde mental e o serviço social: um enfoque em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) de Imperatriz-Maranhão¹

Herta Maria Castelo Branco Ribeiro
Naíres Raimunda Gomes Farias

Introdução

O interesse pela temática da saúde mental foi suscitado no âmbito da Secretaria de Saúde do município de Imperatriz/Maranhão – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij) –, no qual uma das autoras integrou a equipe multiprofissional. As dificuldades relativas à carência de recursos humanos e materiais e a estrutura cada vez mais complexa dos transtornos apresentados pelos seus usuários impeliram à gestação de reflexões cada vez mais intensas, para as quais, evidentemente, não havia respostas pré-elaboradas.

A autora participante da equipe partilhou de encaminhamentos, estudos de caso e atividades variadas em atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com os profissionais de outras áreas, entre os quais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Pedagogos, Nutricionistas, Psicopedagogos, Enfermeiros, Musicoterapeuta, Educador físico, Médicos, Professores, Artesãos e Cuidadores. Estes e os usuários do serviço constituem um todo que dialoga e assume atitudes propositivas, de modo que, no contexto dos múltiplos saberes que se entrecruzam no programa, destaque-se a discussão no sentido de ultrapassar-se a compreensão da

¹ Baseado em pesquisa que deu suporte à monografia de Especialização em Serviço Social, realizada em 2010, sob os auspícios da Universidade Nacional de Brasília (Curso de Serviço Social); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

saúde como mera ausência de doenças, e perceber-se todos os aspectos que dão forma à vida.

Entretanto, a concretização de tal perspectiva ainda não se evidenciava partilhada, claramente, por todos os membros da equipe técnica, configurando-se um desafio a mais, como tantos outros circunscritos ao campo da saúde mental em nosso país.

Os desafios postos para a saúde mental no Brasil extrapolam a esfera das investigações acerca do processo saúde-doença e dos encaminhamentos terapêuticos que objetivam ampliar a qualidade de vida da população usuária dos serviços.

Discutir as ações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde mental parece um desafio longe de ser esgotado, uma vez que ainda não se rompeu com a fragmentação da ciência, fruto da herança positivista que, segundo Minayo (1994), visa a descrever os fatos sociais e a demonstração da sua existência, assim como a relacioná-los e encontrar a organicidade sem, todavia, analisar as perspectivas de transformação e inter-relação entre tais fatos. Tal constatação lançou luzes para o caminho percorrido na pesquisa, mediante a compreensão de que a construção da interdisciplinaridade no campo da saúde mental constitui tarefa de todos os atores sociais envolvidos na política de atenção a esta esfera da saúde.

Compreender as relações da equipe multiprofissional inseridas no contexto de luta pela Reforma Psiquiátrica na busca de realizar ações comprometidas com os que padecem do sofrimento mental é em si um grande desafio, visto supor de um conjunto de transformações, que vão desde as mudanças de atitude, passando pelas transformações de saberes e práticas, assim como valores culturais e sociais, tendo no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais a perspectiva de humanização do atendimento, quase sempre marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

A proposição deste trabalho é discutir questões emergentes no cotidiano da prática profissional dos profissionais da saúde mental no intuito de ampliar as possibilidades de existência de uma unidade de saber, que possibilite “decifrar o todo”, a partir do respeito entre os diversos profissionais e a partilha de suas compreensões, em um diálogo que amplie visões parciais e dicotomizadas dos sujeitos envolvidos no processo.

O objetivo geral da pesquisa já referida foi avaliar se haveria um intercâmbio de saberes entre os diversos profissionais da equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial supra referido com vistas a contribuir na construção de uma prática interdisciplinar em saúde mental.

Um dos suportes conceituais, nesse caso, foi o de interdisciplinaridade sobre o qual se recorreu a Severino (apud SÁ, 2006, p.16) que lança importantes luzes sobre a temática.

Busca-se a substituição de uma ciência fragmentada por uma ciência unificada, ou melhor, pleiteia-se por uma concepção unitária contra uma concepção fragmentária do saber científico, o que repercutirá de igual modo nas concepções de atendimento da equipe.

A atuação interdisciplinar é exigência para a efetivação de um modelo alternativo às internações psiquiátricas, o qual envolve a construção de redes e a possibilidade de ressocialização do doente mental. Trata-se da perspectiva desinstitucionalizante que se assume no âmbito da Reforma Psiquiátrica no município de Imperatriz, enfatizando o compromisso com a superação do paradigma hospitalocêntrico.

A discussão sobre práticas profissionais no âmbito da saúde mental visando tal superação vem gerando debates e possibilitando reflexões acerca dos papéis da equipe de trabalho, encontrando-se em Vasconcelos (2002) que, fundamentando-se em Coutinho (1991), discute uma base teórica acerca da necessidade de práticas interdisciplinares

neste campo. Por outro lado, como afirma Bianchetti (1995), perceber as relações de poder entre as disciplinas e desmistificá-las pode colaborar com a realização de um “trabalho direcionado para finalidades, que a todos pertencem, mas não são de ninguém”.

Assim, é propósito deste trabalho não é apenas analisar a configuração da interdisciplinaridade no campo da saúde mental no CAPSij, mas também, como diria Vasconcelos (2002), contribuir na ampliação das possibilidades de reconstrução das práticas de trabalho e propiciar aos sujeitos formas de participação nos processos de atenção à saúde, possibilitados a partir dos dispositivos coletivos e grupais, característicos de ações interdisciplinares.

Na trajetória metodológica realizou-se pesquisa bibliográfica, mediante a qual se analisou produções teóricas relacionadas com a temática; pesquisa de fontes documentais, como prontuários, livros de registros de atendimentos e Atas de Reuniões da Equipe Técnica do CAPSij; além da pesquisa de campo, priorizando a técnica da observação participante.

A loucura sob novos olhares e novos cuidados

Abordar, ainda que de forma sucinta, a compreensão da loucura até os dias de hoje foi condição indispensável ao desenvolvimento da pesquisa que deu origem a este trabalho. Entretanto, condicionada ao espaço disponível, sintetiza-se apenas o fato de ter sido a loucura interpretada de acordo com os padrões sociais de cada época e tratada, desde a Idade Antiga até a Idade Moderna, sob a perspectiva do isolamento social do louco que era excluído da vida em sociedade, sob a justificativa do perigo de sua convivência com os ditos “normais”.

Durante séculos o doente mental teve seus direitos aviltados em atitudes e legislações que não o conferiam sequer o direito de ser visto como ser humano. Aos que

eram acometidos por qualquer transtorno mental oferecia-se um modelo de assistência hospitalocêntrico e asilar, cujo principal objetivo era o confinamento e, por conseguinte, total isolamento do meio familiar e social.

A partir dos anos setenta do século passado, a psiquiatria protagoniza movimento de mudanças intensas e profundas em seus trabalhos, construindo novo olhar e novas formas de cuidar dos transtornos psíquicos. Trata-se do movimento “antipsiquiátrico”, cujo principal objetivo era questionar os “dogmas” da assistência da época: a internação e o diagnóstico psiquiátrico resultaram no fechamento de vários hospitais, asilares por excelência, dando início aos primeiros centros de atenção comunitária compostos por equipes multiprofissionais e com assistência familiar.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a luta antimanicomial também se intensificaram naquele mesmo período, em conjunto com o Movimento da Reforma Sanitária que culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando também a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1987. A construção e a luta pela aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado (Nº3657/89) representaram as primeiras tentativas concretas de se estabelecer uma lei específica para os indivíduos com desordens psíquicas.

A segunda e a terceira Conferências de Saúde Mental, ocorridas no Brasil, respectivamente em 1994 e 2002, associadas a movimentos mundiais, como a Conferência Regional das Américas sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas (1999), os projetos da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e da Organização das Nações Unidas (ONU); assim como o debate nacional acerca do tema, originaram mudanças promissoras, tais como: redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos asilares; abertura

de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; implantação do hospital-dia; oficinas protegidas; Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

É importante ressaltar que, além de estarmos atrasados mais de trinta anos em relação a outros países, a Lei da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil, a Lei Paulo Delgado, esperou mais doze anos para ser sancionada, isto é, ao todo, estamos atrasados, no mínimo, quarenta anos. Oficialmente a regulamentação e aplicação da Lei 10.216, que dispõe da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, só foi promulgada em 06 de abril de 2001.

O Estado do Maranhão não difere do panorama nacional, à medida que as pessoas com transtornos mentais ainda têm a internação como principal forma de tratamento. Porém, vem acompanhando os processos de mudanças mundiais e nacionais, buscando acatar as normalizações e decretos no sentido de implementar as ações relativas à saúde mental, principalmente em relação à prevenção, tratamento, pesquisa e ampliação da assistência aos portadores de transtornos psíquicos. Através da portaria Nº 431, de 14 de novembro de 2000 foi criado o Grupo Técnico Estadual de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental – GTESM, que em conjunto com o Projeto Viva a Vida favorece a implantação de CAPS nos grandes municípios maranhenses.

No contexto dos programas de atenção terapêutica que se distinguem do modelo asilar, destacam-se sobremaneira as ações das equipes técnicas. A portaria MS 336/02 dimensiona tais equipes para cada tipo de CAPS e privilegia uma diversidade de saberes que podem ser “sacados” para a composição dos grupos e formulação dos projetos terapêuticos. Neste sentido, reitera-se a necessidade de discutir as possibilidades de prática interdisciplinar no interior destas equipes, que

arduamente vêm implantando uma paulatina substituição do modelo asilar, de cunho hospitalocêntrico e segregatório. Considera-se necessário aprofundar o debate sobre a questão da interdisciplinaridade, em especial na avaliação das práticas profissionais concretas que se pretendem interdisciplinares, no caso a saúde mental. A esse respeito, Vasconcelos (2002, p. 37) esclarece:

[...] discutir o tema da interdisciplinaridade a partir de um campo específico de atuação, mas a partir de um enfoque diverso e mais amplo, mostrando as repercussões para o conjunto do Serviço Social: o das práticas profissionais como processos institucionais, fazendo uso dos instrumentais analíticos da sociologia das profissões, da análise das políticas sociais e da análise institucional.

O desafio é perceber as inúmeras possibilidades que os diversos saberes apontam, numa perspectiva pluralista, mas nunca eclética. Postura que, segundo o autor ora referido, significa uma “abertura para o diferente, de respeito à posição alheia, considerando essa posição, ao nos advertir para nossos erros e limites...” É esse profissional, com olhar plural e não eclético, que compõe as equipes de saúde segundo uma perspectiva desinstitucionalizante, enfrentando o desafio da desconstrução, imprescindível à renovação dos postulados do saber em saúde mental. Conforme Vasconcelos, o novo paradigma põe ênfase na “reinvenção da saúde”, na “existência-sofrimento dos pacientes”, “no sentido da produção de vida, no sentido de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. Para tanto, a interdisciplinaridade seria condição primordial, conforme se posiciona o autor, ao afirmar:

[...] o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma recomposição de conhecimentos

sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo de saberes parcializados. Na minha opinião não tenho dúvidas de que neste novo paradigma teremos necessariamente recolocar a questão da interdisciplinaridade, ou, mais radicalmente, da transdisciplinaridade (VASCONCELOS, 2002, p.43).

Em outras palavras, os desafios estariam postos para toda equipe de profissionais das mais diversas áreas: serviço social, nutrição, psicologia, pedagogia, enfermagem, musicoterapia, medicina, artesãos, cuidadores, enfim, uma multiplicidade de saberes e de referências pessoais de cunho ético, cultural, político e ideológico, constitutivos da própria condição humana. Nesta construção “coletiva”, é válido destacar a necessidade de ruptura com paradigmas sedimentados no âmbito da própria formação histórica das profissões, destacando-se o Serviço Social e suas formas de vinculação com a questão da saúde.

O serviço social no contexto da reforma psiquiátrica

As lutas em torno de uma reforma psiquiátrica no Brasil transcorrem no contexto das mobilizações que culminaram com o Sistema Único de Saúde, o qual emerge como garantia da Constituição Federal de 1988 que considera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, em decorrência de mobilização e organização de segmentos profissionais do campo da saúde e de amplos setores da sociedade civil. O novo sistema rompe teoricamente com a definição de saúde como “ausência de doenças” e, segundo Campos (1995), “considera o processo saúde/doença a partir das determinações econômicas, sociais, prevendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde”.

O artigo 4º da Lei 8080/90 define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Assim sendo, a implantação do SUS passou a influenciar todas as áreas de atenção à saúde. No caso da Saúde Mental, as denúncias de práticas e tratamentos inadequados – iniciadas na década de 1970 – expuseram a violação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, ao noticiar-se a violência por estes sofrida em hospitais, cujos sistemas de internação visavam apenas lucro.

Na década de 1980, a constatação de que o modelo assistencial psiquiátrico asilar não se efetivava quanto à prevenção, tratamento, reabilitação e muito menos à reinserção social das pessoas com transtorno mental deu suporte ao nascimento das primeiras propostas e ações voltadas a reorientar a assistência a elas dirigida. Surge assim, em São Paulo em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, do Brasil. Com a implantação do SUS, aumentam as possibilidades de ampliação de serviços semelhantes.

Em 1990, o Brasil assina a Declaração de Caracas, comprometendo-se buscar meios de superar o modelo hospitalar psiquiátrico. Em 1992, edita a Portaria da SNAS nº. 224, de 29/01/92, estabelecendo diretrizes e normas no âmbito do SUS, para o hospital-dia, urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria, bem como para o ambulatorial, em unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios, e em núcleos ou centros de atenção psicossocial, com ações baseadas na experiência da década de 1980. Os espaços restritivos tornaram-se proibidos e garantiram-se regras mínimas de funcionamento dos hospitais psiquiátrico.

O Ministério da Saúde, em 11 de fevereiro de 2000, através da Portaria nº. 106, cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, moradias ou casas (que, preferencialmente, fizessem parte da comunidade) fossem destinadas aos cuidados das pessoas com transtornos mentais egressos de longas internações e sem possibilidade de reinserção social.

Em fevereiro de 2002, é aprovada a Portaria/GM (Gabinete do Ministro) nº. 336, a qual estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial constituíam-se nas modalidades CAPS I, CAPS II, considerando a disposição da lei supracitada e a necessidade de atualizar normas anteriores. Determinava a portaria que o serviço de saúde mental deveria atender, prioritariamente, portadores de transtornos mentais psíquicos graves, severos e persistentes.

As internações psiquiátricas somente ocorreriam quando todas as possibilidades terapêuticas e ambulatoriais fossem esgotadas, cumprindo, assim, o estabelecido na Declaração de Caracas. Desse modo, com o lento esgotamento do modelo psiquiátrico asilar tem-se firmado a Reforma Psiquiátrica brasileira, com base na excepcionalidade de internação e a prevalência da assistência extra hospitalar. Com a LEI 10.216/2001, é declarada a cidadania dos portadores de transtornos mentais, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e estabelecendo os deveres do Estado para com eles.

Neste sentido, a reestruturação da assistência psiquiátrica preconiza alternativas de compreensão sobre a loucura, tendo no serviço social uma das profissões com formação e competência para intervir nessa área. Concorde-se com Bisneto (2007, p.61) que, para além do domínio das técnicas, a atuação na Saúde Mental requer deste profissional o desenvolvimento de metodologias, de modo a avançar na análise crítica da sociedade e nas suas refrações com

a loucura, para daí conceber as mediações necessárias a intervenção no campo psiquiátrico.

Desse modo, é necessário ter em mente que o Serviço Social é uma profissão voltada intrinsecamente ao enfrentamento das múltiplas formas de expressões da questão social, situando-se, permanentemente, na tensão entre capital e trabalho, tomando por opção ética o interesse pelas categorias subalternizadas em razão do processo de dominação capitalista (IAMAMOTO, 2004, p. 29-30).

Portanto, compreender a inserção do serviço social no campo da saúde é resgatar a origem da própria profissão, cujas bases do processo de institucionalização consistiam de práticas assistenciais visando o controle da classe trabalhadora, cujo atendimento priorizava as necessidades mais alarmantes, principalmente a higiene, a educação e a saúde. A “questão da saúde” emergia como expressão das contradições do capitalismo, e inquietava as autoridades sanitárias, pois essa problemática comprometia não só a legitimidade do modo de produção capitalista, mas era preciso manter os corpos sãos para o trabalho.

Embora não constitua objetivo deste trabalho fazer uma genealogia do Serviço Social no campo da saúde, importa realçar que a atuação da profissão na saúde não é um fenômeno contemporâneo e que muito de sua caracterização e compreensão tem motivações e “ranços” históricos, inclusive ao se tratar da saúde mental.

Bisneto (2007) aponta serem os Estados Unidos o país pioneiro em demandar o assistente social no campo da psiquiatria, ainda por volta de 1905. A função seria “reajustar” o paciente, ajudando-o a retomar uma vida normal. Funções de estudo e intervenção familiar são inseridas, logo depois. No contexto, era considerado importante também o trabalho preventivo, para evitar as “recaídas”. Quanto à natureza do trabalho, tratava-se de

propiciar suporte terapêutico e a organização dos benefícios assistenciais. Não parecia existir uma compreensão do doente mental como cidadão de direitos, mas de um indivíduo “desajustado” e “improdutivo”.

No Brasil, diferente do contexto estadunidense, o Serviço Social não teve a psiquiatria como campo específico e de forte atuação em sua origem. A legislação aponta o início do Serviço Social na psiquiatria no ano de 1946 (BISNETO, 2007, p.21), devido ao número reduzido de hospícios estatais, clínicas psiquiátricas e profissionais da área. Só nos anos 1970, após forte exigência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), é que se dá a inserção efetiva do Serviço Social nesta área. Todavia, as contratações ocorriam em cumprimento às exigências do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Souza (1986, p.118), citado por Bisneto (2007, p. 23/24):

[...] é a partir de 1973 – quando o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa das tentativas de melhorá-la – que se abriu espaço para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas.

Neste caso, os salários eram baixos e as funções não eram claramente definidas, portanto não havia autonomia profissional.

O propósito do INPS era promover, através deste profissional, a “viabilização do sistema manicomial no seu ponto mais emblemático” (BISNETO, 2007, p. 25), pois a questão não era simplesmente “a loucura”, mas todas as refrações da questão social, incômodas à ditadura e à rede previdenciária, especialmente quando se tratava de saúde mental.

Considera-se que o principal desafio a ser enfrentado pelos assistentes sociais da saúde mental, ainda, é romper com o caráter racionalizador que caracterizou o ingresso da profissão neste campo e legitimar nova prática promotora

de direitos, de modo a colaborar para um processo digno de ressocialização das pessoas com transtorno mental.

A interdisciplinaridade na saúde mental

Os desafios postos para a saúde mental no Brasil extrapolam a esfera das investigações acerca do processo saúde-doença e dos encaminhamentos terapêuticos que objetivam ampliar a qualidade de vida da população usuária dos serviços. Discutir as ações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde mental ainda permanece como desafio, uma vez que não se rompeu com a fragmentação da ciência, fruto da herança positivista.

No CAPSij Imperatriz, na qualidade de membro da equipe, partilham-se encaminhamentos, estudos de caso e atividades diversas em atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com os profissionais das mais variadas áreas. A equipe em interlocução com os usuários do serviço constitui um todo que dialoga e assume posturas reflexivas, a fim de promover novas atitudes. Entretanto, no contexto das múltiplas ciências que se encontram envolvidas no programa, é recorrente a discussão acerca da ultrapassagem da compreensão da saúde clínica e a consideração dos demais aspectos que dão forma à vida dos usuários dos serviços. Percebe-se, entretanto, à luz de uma observação participante e da experiência na gestão do serviço, que esta perspectiva ainda não é hegemônica.

Ampliar as possibilidades de existência desta “unidade de saber” que possibilite a capacidade de “decifrar o todo”, mediante respeito entre os profissionais e o compartilhamento de seus saberes, numa perspectiva dialógica que amplie visões parciais e dicotomizadas dos sujeitos envolvidos no processo, é o principal desafio para as equipes de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Escusado repetir

que também se pleiteia uma concepção unificada do saber científico, a qual repercutirá de igual modo nas concepções de atendimento da equipe.

Esta ótica da produção do conhecimento e, portanto, da intervenção é exigência da perspectiva desinstitucionalizante que se assume no âmbito da Reforma Psiquiátrica no município de Imperatriz, a enfatizar o compromisso com a mudança do paradigma hospitalocêntrico.

Vasconcelos (2002) aponta-se em Coutinho (1991) para enfatizar a necessidade de práticas interdisciplinares no contexto da saúde mental, retomando a perspectiva de que não há ciência que esgote o real, devido a sua caracterização aproximativa. Assim, analisar a configuração da interdisciplinaridade no campo da saúde mental é também ampliar as possibilidades de reconstrução das práticas de trabalho e possibilitar aos sujeitos formas de participação nos processos de construção de identidade mais autônoma, possibilitados a partir dos dispositivos coletivos e grupais, característicos de ações interdisciplinares (VASCONCELOS, 2002).

A interdisciplinaridade em questão

Discutir a interdisciplinaridade é enveredar por um conceito ainda em construção no âmbito das ciências. Concorda-se que ainda não se definiu o que viria a ser “essa vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas” (SEVERINO apud SÁ, 2006, p.18).

De qualquer modo este autor propõe, grosso modo, uma intimidade e partilha entre saberes que visam construir uma realidade, propor mudanças de paradigmas. A busca pela interdisciplinaridade não seria a busca por um saber genérico, eclético, mas a construção plural de alternativas no âmbito das ciências. Vasconcelos (2002), apontado nos

estudos de Japiassu (1976), propõe o entendimento da interdisciplinaridade estrutural, com enriquecimento mútuo e relações de poder horizontais.

O autor propõe uma concepção de práticas interdisciplinares autênticas, as quais seriam assim consideradas:

[...] quando prolongadas no tempo, para a criação de campos de saber, teóricos ou aplicados (como é o caso do próprio Serviço Social em seu processo de constituição), e até mesmo disciplinares, como a psicologia, a sociolinguística, a etnopsiquiatria. Muitas das práticas que venho conhecendo em serviços de saúde mental brasileiros, que se inspiram na proposta de desinstitucionalização feita pela Psiquiatria Democrática italiana, possuem várias características básicas de interdisciplinaridade, na acepção usada aqui (VASCONCELOS, 2002, p.47).

Outro ponto importante levantado pelo autor é a proposta de classificação dos graus sucessivos de cooperação e coordenação entre as várias disciplinas, conforme esquema a seguir.

No intuito de esclarecer melhor estes conceitos no campo da saúde mental, Vasconcelos (2002, p.46-47), aponta elementos essenciais para a compreensão destas práticas.

Compreende a multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade como ações sem cooperação ou troca de informações entre si, ficando estas restritas às referências e contra referências administrativas. Completa que a multidisciplinaridade “pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente” (VASCONCELOS, 2002, p.46).

Ao propor exemplos de práticas pluridisciplinares, Vasconcelos (2002, p.46) cita reuniões clínicas, nas quais os casos de clientes são discutidos. Nestas oportunidades, há troca de informações entre os profissionais, mas ainda não são coordenadas ações axiomáticas que coordenem seus trabalhos.

Definição geral	Tipo de sistema
Multidisciplinaridade	Sistema de um só nível de objetivos únicos; nenhuma cooperação.
Pluridisciplinaridade	Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.
Interdisciplinaridade auxiliar	Sistema de dois níveis; coordenação e objetivos hegemonzados pela disciplina encampadora.
Interdisciplinaridade	Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior; tendência à horizontalização das relações de poder.
Transdisciplinaridade	Sistema de níveis objetivos e múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas; tendência à horizontalização das relações de poder.

A chamada interdisciplinaridade auxiliar pode ser percebida em materiais teóricos (manuais de psiquiatria ou de outra especialidade em saúde mental) que também trazem em seu conteúdo informações de outras disciplinas, como psicologia, psicanálise, saúde pública, etc. Vasconcelos (2002, p.47) chama atenção para estas práticas compreendendo que “dentro de um quadro de relações de poder muito desiguais entre as diversas corporações e disciplinas, muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais na saúde mental acabam sendo auxiliares”.

No que tange à interdisciplinaridade propriamente dita, objeto de nossa investigação, o autor é categórico ao afirmar sua natureza estrutural. Ele diz: “interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo

reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder ente os campos implicados” (IDEM, p. 47). Afirma ainda que as práticas interdisciplinares ao se tornarem prolongadas tendem criar campos de saber (psicossociologia, psicolinguística, etnopsiquiatria, etc.) e promover avanços no campo da saúde mental.

Observa-se, deste modo, que a efetivação de práticas interdisciplinares requer, especialmente, a democratização das relações de poder no âmbito das equipes profissionais, reconhecendo dialeticamente a necessidade de saberes diferenciados acerca de um mesmo objeto.

O autor considera, entretanto, que no campo da saúde mental, especialmente no Brasil, existem manifestações contrárias ao avanço de tendências interdisciplinares, tais como as várias tentativas de “usurpar” competências e de “imperialismo” entre as distintas profissões, ou até mesmo no interior das profissões que possuem orientações teórico-técnicas diferenciadas.

Além destas questões que envolvem a orientação das práticas, haveria ainda, conforme o autor, ameaças externas aos interesses da corporação, que tendem a esconder erros em nome do coleguismo, utilizando da complacência com profissionais da mesma categoria.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz

O surgimento do CAPSij antecede a inauguração do seu atual prédio, ocorrida em dezembro de 2004, assim como a portaria de credenciamento ao SUS em julho de 2005. Seu embrião é o primeiro programa de atenção à saúde de crianças e adolescentes, que também possui uma construção peculiar sustentadora das bases ideológicas de construção do CAPSij.

O marco inicial encontra-se no cenário político do ano 2000, sendo fruto de comprometimento político e estratégias de luta de alguns profissionais da área de saúde, em especial psicólogos, assistentes sociais e médicos. Trata-se do Centro de Atenção à Saúde do Adolescente (CASA), cujo enfoque teórico nasce na afirmação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, a propor um conceito de saúde mais amplo, percebendo esse indivíduo dotado e merecedor não só de um corpo saudável, mas também de um contexto social que possibilite o seu pleno desenvolvimento mental. Mediante este novo olhar, a promoção à saúde torna-se uma estratégia promissora e buscada em muitos países, especialmente no Brasil redemocratizado.

A literatura acerca da saúde mental afirma veementemente que o modelo institucional não é o que crianças e adolescentes precisam, sendo necessário, portanto, a constituição de processos socioeducativos que priorizem a socialização, a afetividade e a formação para uma vida digna.

Em conformidade com esta linha de pensamento e no reconhecimento da Secretaria de Saúde do Município em referência, de que é necessário atendimento especial ao adolescente, no dia 14 de abril de 2001 ocorreu a primeira reunião de um grupo de profissionais plenamente identificados com o trabalho com adolescentes (duas psicólogas, uma assistente social, um pediatra e uma ginecologista), além de técnicos e servidores do município, e, com a finalidade de pensar a formação de um centro de referência para adolescentes. Amparada pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 980/GM de 21/12/1989, que exigia em todo município um centro de referência do adolescente, a equipe compilou informações, elaborou metas e montou seu projeto de ação. Conforme descrito, Imperatriz já estava com atraso de cerca de doze anos, quanto a esta decisão.

O projeto CASA foi lançado oficialmente em 15 de junho de 2001, na ocasião da *VIII Jornada Médica de Pediatria e Adolescência de Imperatriz* e seu funcionamento teve início no espaço de um Complexo de Saúde Pública, situado na região periférica da cidade, onde também já funcionavam outros programas como o DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), Programa da Mulher e o Programa de Saúde Mental.

A estrutura física inicial era composta por duas salas para consultório, uma sala de espera e dois banheiros. O quadro de recursos humanos era constituído por uma coordenadora com formação em psicologia, um pediatra, uma ginecologista, uma psicóloga, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem. A aquisição de materiais destinados à intervenções médico-ginecológicas e educativas, bem como material de consumo possibilitou à equipe oferecer um atendimento de melhor qualidade, comparado ao que existia anteriormente.

Quanto ao objetivo geral, tratava-se de garantir aos jovens de 10 a 21 anos parcerias e cenários propiciadores de melhoria da capacidade de mobilização de recursos, para o enfrentamento dos riscos e agravos do processo de “adolescer”, numa construção conjunta com o adolescente, considerado sujeito de sua história.

Tal enfrentamento baseia-se numa iniciativa multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, integrada ao Sistema Único de Saúde, alcançando seu “público alvo”, de ambos os sexos, seus pais, instituições afins, e profissionais das áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e lazer, nos setores urbano e rural do município de Imperatriz.

Para atingir este objetivo, as ações do CASA geraram atendimentos especializados, voltados para as necessidades do adolescente, através de intervenções multidisciplinares.

Uma rede de parcerias foi estabelecida e a proposta ganhou forma, novas demandas e necessidades.

A adolescência, apesar de ser uma invenção social historicamente datada, existe concretamente na nossa sociedade. Torna-se então necessário pensar e operacionalizar um serviço que propicie o atendimento básico de suas necessidades, especificamente na área da saúde, onde o adolescente está especialmente vulnerável. No âmbito da saúde mental, especificamente, esse serviço deverá permitir ao adolescente estabelecer seus valores e vivenciar papéis e estilos, enquanto constrói sua identidade.

A partir da compreensão deste ser em potencial, o projeto CASA propôs um enfoque preventivo para a dinâmica do seu atendimento, envolvendo as seguintes etapas: acolhida e escuta do adolescente; atendimento médico; orientação familiar; formação de grupos de crescimento; Incentivo ao protagonismo juvenil; capacitação de funcionários do município que lidam diretamente com o adolescente; encaminhamento do adolescente para atendimento de saúde especializado; orientação escolar.

As áreas de inserção destas ações seriam: crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde reprodutiva; DST/AIDS; saúde do escolar adolescente; violência e maus-tratos e família. As atividades a elas direcionadas envolveriam toda a equipe técnica.

É importante realçar que no primeiro atendimento realizado pelo programa em referência a uma adolescente acompanhada de sua mãe foi diagnosticado um quadro grave de depressão, seguido de tentativa de suicídio. Desde essa data, têm sido atendidos casos de transtornos psicológicos e de comportamento, conflitos familiares e dificuldades escolares com causas emocionais.

O CASA, desde a sua implantação, buscou se aliar a um conjunto de programas e/ou instituições que pudessem

ser parceiras, dando suporte e ajudando crianças e adolescentes na sua reabilitação psicossocial. Nos quatro anos de existência, buscou participar ativamente de todos os encontros, congressos, reuniões e eventos relacionados ao público desta faixa etária.

Não obstante as limitações financeiras, visto que o programa contava somente com o apoio e recursos escassos do município, foi organizada uma série de ações direcionadas ao atendimento de algumas das necessidades individuais, grupais e familiares dos adolescentes que procuravam ou eram encaminhados para o programa. No segundo semestre de 2002, determinações externas ao próprio programa implicaram a incorporação a sua clientela de crianças a partir de três anos de idade. Naquele ano os atendimentos realizaram-se sob uma ótica psicossocial, incluindo a atenção individualizada a adolescentes e pais, totalizando cerca de 1.500 pessoas inseridas num contexto de promoção à saúde mental individual e familiar. O vínculo destas pessoas originou cerca de 5.500 atendimentos individuais, aos adolescentes e familiares, bem como 80 atendimentos grupais.

Dados epidemiológicos sobre a saúde mental infanto-juvenil reforçam a necessidade de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, pois a prevalência de transtornos mentais nesta faixa etária atinge cerca de 10 a 15% dos indivíduos, sendo que 50% desses transtornos tendem a produzir incapacidade permanente (SAGGESE, 2002). Sendo assim, considera-se que a saúde mental de crianças necessita um enfoque prioritário, pois sua negligência ocasiona danos escolares, dificuldades de adaptação e conduta, comprometendo o desenvolvimento de sua personalidade, acarretando sequelas futuras no seu processo biopsicossocial.

O CASA foi o primeiro programa específico ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz, voltado para a faixa etária adolescente. Não havia, porém, cobertura à

população infantil. Devido às cobranças que chegavam à instituição, através da Promotoria da Infância e Adolescência, Conselho Tutelar e Conselho Municipal de Saúde, foi solicitado ao programa que se respondesse a essa demanda crescente e sem outra perspectiva de atendimento ou direcionamento. Neste contexto, mesmo indo de encontro à sua proposta inicial de “público-alvo”, o programa ampliou a rede para incorporar atendimento psicossocial a crianças a partir de três anos. Os adolescentes maiores de 18 anos, devido ao novo quantitativo de pacientes, passaram a ser então encaminhados para o Programa de Saúde Mental daquele município, cuja proposta previa atender a partir dessa faixa etária.

Em fevereiro de 2002, após verificar constantes casos de abuso sexual em crianças, a Promotoria da Infância solicitou acompanhamento psicológico para as referidas crianças junto à Secretaria Municipal de Saúde, para as quais foi encaminhada uma psicóloga. O CASA, que até então tinha uma proposta preventiva e socioeducativa para adolescentes, passou a ser também um espaço de tratamento infanto-juvenil, sendo no momento sua maior demanda.

Com base em levantamento realizado acerca do primeiro ano de inclusão de crianças de 03 até 10 anos de idade, foram recebidas aproximadamente 170 crianças encaminhadas pela Promotoria da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, médicos, escolas, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), como também através de demandas espontâneas, de modo que foram efetivados 865 atendimentos individuais.

As queixas expressas foram diversas, tais como: problemas escolares e de aprendizagem, conflitos familiares, violência e abuso sexual, estresse, transtornos psicossomáticos, enurese, transtornos de sono, da identidade de gênero, de hábitos e impulsos, retardo mental, epilepsia, violência doméstica, transtornos do desenvolvimento, transtornos

depressivos, hipercinéticos, de conduta, fobia escolar e fobias de modo geral.

O **CASA** tornou-se, assim, o primeiro programa municipal de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais e psicossociais de caráter preventivo, educativo e terapêutico. Considera-se que o programa assume um compromisso significativo e comunga-se com o pensamento de Saggese (2002), segundo o qual “(...) cuidar das crianças e adolescentes deve ser um compromisso ético de qualquer sociedade”.

Em abril de 2003, após uma reunião no Ministério da Saúde, a Secretária de Saúde do Município solicitou que o programa fosse descentralizado e passasse a funcionar em conjunto com as equipes do PSF. Assim, decidiu-se que haveria mais um polo de atendimento, sendo a equipe técnica dividida. Esta nova adaptação não comprometeu ações básicas, a exemplo da reunião semanal da equipe, realizada desde sua origem, momento onde são discutidos casos, realizados estudos e traçadas diretrizes de trabalho. Porém, devido a esta divisão e demanda cada vez maior, a coordenadora do programa também passou a realizar atendimentos psicológicos a crianças e adolescentes, comprometendo em alguns momentos a sua função original e sua participação efetiva na articulação e busca de recursos para a melhoria do programa como um todo.

A proposta, embasada fundamentalmente no Estatuto da Criança e do Adolescente e de cunho eminentemente preventivo, foi sofrendo interferências e transformações. Tais mudanças são fruto de uma estrutura precária de atendimento, em especial no tocante ao atendimento de crianças e às questões relativas à saúde mental, da natureza das demandas recebidas e da necessidade de adaptação às expectativas políticas que norteiam os programas do setor. Esses “novos caminhos” deram uma dinâmica diferenciada

aos atendimentos do **CASA**, que, como já situamos, passou a trabalhar também numa perspectiva terapêutica.

A história do programa, apesar de todas as dificuldades, foi fortalecida pelo comprometimento profissional de sua equipe e das atividades desenvolvidas, influenciou, consistentemente, para que a Fundação ABRINQ dos Direitos da Criança concedesse em junho de 2004 o selo *Prefeito Amigo da Criança* ao Prefeito de Imperatriz, do período.

Mas a administração do programa ficava cada vez mais difícil, em razão de escassez ou falta de material de trabalho, contando com o esforço da própria equipe, cuja solução pensada foi organizar um projeto para a implantação de um CAPS infantil na cidade. A ideia era possibilitar recursos para a atenção terapêutica das crianças e adolescentes em atendimento, através do financiamento direto do Ministério da Saúde.

Estruturação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz

O Centro de Atenção Psicossocial – definido segundo as Portarias MS-336 e SAS-189 de 2002 como Tipo de Unidade 37 e Tipo de Serviço 14, ou seja, Serviço de Atenção Psicossocial – é um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

Segundo esses documentos, deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possível.

Os CAPS nascem no Brasil em março de 1987, com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, que objetivava propiciar um atendimento diuturno às pessoas que sofriam com transtornos mentais graves e severos em sua área geográfica, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial que favoreciam a diminuição dos transtornos psicopatológicos, o exercício da cidadania e a inclusão social dos pacientes e suas famílias (CAMPOS, 2006, p. 3).

Um CAPS ou Serviço de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário integrante do Sistema Único de Saúde. Trata-se de referência em tratamento para pacientes com psicoses e neuroses graves e demais quadros de patologias em que gravidade e persistência justifiquem a permanência numa instância de cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotores de vida.

O principal objetivo de um CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos pacientes através do trabalho, do lazer, do exercício da cidadania e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os programas desenvolvidos num CAPSij, a exemplo de vários já existentes no Brasil, apresentam caráter inovador em relação às intervenções quanto à saúde mental de crianças e adolescentes. Privilegiam intervenções em reabilitação psicossocial, contribuindo na reversão do processo de exclusão social precoce que tem resultado em pesado ônus para a sociedade (a marginalização, a violência, o abuso de drogas, a invalidez, etc.). Trabalha-se com um conceito ampliado de saúde mental que leva em conta o efeito negativo da interação entre os problemas subjetivos e as condições sociais adversas, considerando a necessidade de enfrentar ambas as questões em conjunto, dentro de uma estratégia

de intervenção para a melhoria de condições de vida da população jovem.

Comunga-se com a ideia de que propiciar razoáveis condições materiais ou cuidados imediatos de saúde a crianças e adolescentes é correto, mas pensar que isso, por si só, irá mudar seu futuro é absurdo. Indivíduos, na sociedade moderna, necessitam formarem-se como sujeitos: criar bons vínculos identificadores; constituir – ou reconstituir – sua autoestima; vislumbrar um horizonte de valores no qual a formação escolar e a obtenção de habilidades profissionais façam sentido; manter abaixo de certo nível a ansiedade e a depressão, permitindo o desenvolvimento do processo de elaboração dos seus conflitos psíquicos.

Os CAPS obedecem a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço, possibilitando incluir pacientes desestruturados que não consigam acompanhar as atividades propostas da unidade. Devem ainda trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. O CAPS deve considerar o cuidado intra, inter e transobjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial (MÂNGIA, 2006, p. 03).

O CAPSij de Imperatriz visa reabilitar crianças e adolescentes marginalizados das redes comuns de socialização devido a transtornos mentais, dificuldades nas relações familiares ou exclusão escolar. A reabilitação psicossocial desses jovens permite mantê-los no convívio com a família e

com a sociedade, preparando-os para retornar à escola e criando condições futuras de integração ao mercado de trabalho.

Configura-se o CAPSij como um espaço de ações que visam propiciar às crianças e adolescentes uma reestruturação de suas vidas, elaborando seus sintomas de forma lúdica e potencializando suas capacidades que se encontram comprometidas, resgatando assim seu bem-estar psíquico e seu potencial para o exercício da cidadania. Os projetos terapêuticos dos CAPS são singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários, assim como articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Em síntese, o CAPSij constitui uma rede de atenção às pessoas que sofrem de transtornos mentais, seus familiares, amigos e interessados. Arriscamos a pontuar que um dos principais produtos da ação interdisciplinar do CAPSij seja o Projeto Terapêutico, refletido e construído por toda a equipe multiprofissional.

A constituição desta rede concretiza-se por meio da articulação de recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (de serviço de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (renda, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer, subsidiando as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas que necessitam desta ajuda para seguirem suas vidas de forma digna.

É possível afirmar que a constituição do CAPSij inaugurou, pelo menos naquele município, um novo olhar sobre os transtornos mentais visto que suas práticas acontecem externa e internamente, buscando sempre uma rede de suporte clínico e social que potencialize suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, seu cotidiano. Tem como objetivos, os seguintes: diagnosticar e intervir nos transtornos mentais e no sofrimento psíquico das

crianças e adolescentes; estruturar atendimento especializado, que beneficie o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente; oferecer suporte e acompanhamento às famílias dessas crianças e adolescentes; promover a inserção escolar e comunitária dos portadores de transtornos psíquicos; realizar trabalho de prevenção em saúde mental de crianças e adolescentes; traçar perfis de patologias infanto-juvenis da região; criar um espaço para pesquisa, estágio e formação de profissionais que se interessam por saúde mental infanto-juvenil; capacitar os agentes de saúde do Programa Saúde da Família para identificar e orientar a comunidade quanto à promoção da saúde mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, 2005).

Os usuários do serviço são crianças e adolescentes na faixa etária de 03 a 18 anos, de ambos os sexos, com transtornos psíquicos, de comportamento, problemas de crescimento e desenvolvimento, sexualidade e saúde reprodutiva, além de problemas clínicos (violência sexual, maus tratos, etc.), encaminhadas por entidades de proteção ou busca espontânea; as famílias dos respectivos usuários; profissionais que trabalham direta ou indiretamente com crianças e adolescentes; as instituições de saúde e/ou educacionais e religiosas, centros comunitários ou associações de bairros que necessitem de um trabalho preventivo em saúde mental de crianças e adolescentes.

Além dos atendimentos individuais realizados pelas diversas especialidades, o programa desenvolve ações coletivas entre os membros da equipe, promovendo a inter-relação com os diversos saberes, de modo a configurar iniciativas para ações verdadeiramente interdisciplinares. Outra ação que tem a finalidade de garantir certa unidade de saberes no atendimento é a implantação do prontuário único com a ficha de entrevista multiprofissional. O objetivo desta entrevista é garantir que todos os profissionais observem os registros uns dos outros, colaborando para um olhar

mais holístico sobre a saúde da criança ou adolescente em atendimento.

Os dados quantitativos a seguir expressam que o foco do atendimento no programa está na atenção realizada por psicólogos, seja a psicoterapia individual ou grupal. Ressalta-se tratar-se da especialidade que também conta com o maior número de profissionais e que a média é de 900 atendimentos anuais para cada psicóloga.

O quadro abaixo, extraído do *Relatório de Gestão 2009*, mostra o quantitativo de produção das diversas especialidades do CAPSij:

Especialidades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Psicologia	169	287	442	386	481	389	286	305	446	469	453	403	4516
Psicopedagogia	33	67	106	75	99	87	105	111	98	97	112	98	1188
Apoio Escolar	66	121	230	240	256	164	153	188	254	237	243	213	2365
Enfermagem	-	-	27	50	97	92	98	112	105	101	132	121	935
Clínica Médica	11	8	24	24	73	83	71	69	61	67	72	56	619
Psiquiatria ⁸	20	23	08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artes Cênicas	27	58	83	112	118	79	87	99	101	112	110	88	1074
Dança Popular	30	61	67	68	99	77	71	86	77	91	88	76	891
Musicoterapia	-	-	-	-	25	34	51	65	71	77	79	67	469
Serviço Social	49	43	35	19	39	19	37	41	45	39	41	32	439
T. Ocupacional	-	-	-	19	54	80	84	79	91	89	87	76	659
Nutrição	-	10	15	13	06	17	15	18	13	21	24	18	170
Oficina Artesanato	05	06	30	37	41	39	42	43	51	49	55	41	439

Fonte: Relatório do CAPSij/2009

Os dados expostos pelo quadro acima, expressa apenas uma distribuição de atendimentos por profissional levando a uma fragmentação dos dados, na medida em que não possibilitam clarificar que as oficinas aí quantificadas realizaram-se coletivamente por profissionais de diversas áreas, não havendo também outros registros que sinalizem estas importantes ações de iniciativa interdisciplinar.

Importante esclarecer ainda a existência de uma

⁸ Apesar da obrigatoriedade do psiquiatra no programa, durante os meses de abril a dezembro do ano em análise, o atendimento médico foi realizado por Clínico com Especialização em Epilepsia.

crescente demanda de atendimento para os transtornos das habilidades escolares, quantificadas nos atendimentos psicopedagógicos e de apoio escolar. Esta demanda, apesar de figurar nas discussões de grupo, não está propriamente identificada e/ou sistematizada por meio de pesquisa ou outras formas de registro. Há especulações no sentido de que nem todas as crianças demandantes possuiriam transtornos mentais propriamente ditos e que muitos casos seriam resultantes de processos incompletos de aprendizagem ou de deficiências na rede escolar de ensino. Entretanto, a constatação de suposições dessa ordem seria objeto de intenso e profundo trabalho de pesquisa direcionado a este fim.

Limites e possibilidades da interdisciplinaridade no CAPSij

O tema da interdisciplinaridade está presente na literatura, mas, quando se trata de relacioná-lo com a saúde mental, poucos são os trabalhos que o referenciam com propriedade, destacando-se entre eles Vasconcelos (2002), o qual nos pareceu essencial na efetivação da pesquisa que deu origem a este trabalho.

Sabe-se que no âmbito da saúde mental os dilemas teóricos são intensos, principalmente no que tange ao paradigma intitulado Reforma Psiquiátrica. O CAPSij não está isento desta caracterização. No contexto das discussões empreendidas nas atas de reuniões da equipe técnica – estudo realizado de fevereiro de 2009 a setembro de 2010 –, são perceptíveis a ênfase nas questões administrativas e a ausência do médico para a realização dos estudos de caso e o atendimento a outras demandas. O distanciamento médico das discussões talvez se deva a algumas questões particulares do município de Imperatriz, tais como: o número de psiquiatras reduzidos na cidade (cinco), os quais sugerem em suas práticas uma postura antirreforma e não participam

das discussões direcionadas às ações desinstitucionalizantes. Além disso, há o que se mencionou anteriormente como limite ao trabalho interdisciplinar: a postura corporativista desses especialistas e da própria gestão municipal que é composta em sua maioria por médicos.

A preocupação da equipe com o funcionamento geral do programa aponta para uma perspectiva de democratização das ações proposta pela gestão anterior, encerrada em dezembro de 2009. A este respeito, lê-se em ata do dia 17 de fevereiro daquele ano: *“fica acordado que a equipe deverá construir um relatório, desde as necessidades básicas até a supervisão clínica, e que este relatório esteja composto de fatos comprobatórios”*.

A participação dos profissionais na construção de uma identidade do programa e na avaliação dos serviços é visível também nos eventos e reuniões com pais das crianças e adolescentes em atendimento. Todavia, apesar de um cronograma anual, a *Escola de Pais* – projeto para formação de pais – está comprometida com adiamentos e muitas vezes com a desistência do técnico em proceder com a atividade que só pode ser realizada aos sábados. Contudo, não se chegou a identificar aos determinantes da descontinuidade do serviço.

Durante o ano de 2009, as reuniões aconteceram sistematicamente às terças-feiras, reunindo a maioria dos técnicos, que discutiam assuntos diversos, sobretudo assuntos de cunho organizacional e administrativo. Atrasos, faltas, compromisso com os usuários que abandonam o atendimento e zelo pelo patrimônio povoam as discussões registradas no livro de atas.

Iniciativas de agendar estudos de casos aconteceram com êxito, mas caíram em desuso por diversas vezes, a partir de inúmeras justificativas dos técnicos para sua não-realização, sendo atualmente esparsas. A discussão sobre os rumos da política de saúde mental e expansão da rede

estão presentes pontualmente, sem consistência. Entretanto, recentemente, voltaram à baila após notificação do Ministério Público exigindo o cumprimento da legislação e do Plano Plurianual de Saúde que prevê a ampliação dos serviços.

Muitas outras ações iniciam-se e posteriormente se enfraquecem até não serem mais praticadas pelo grupo. Um exemplo é a proposta de 04 de agosto de 2009 para a “construção de um espaço com devidas condições para as mães que ficam esperando os filhos, com atividades manuais e discussões sobre família, cidadania e saúde mental”. O revezamento deste acolhimento foi iniciado e realizado com êxito por algum tempo, mas já não acontece mais.

Um tema bastante complexo é o que se refere à produção de procedimentos que são pagos pelo Ministério da Saúde. São as Autorizações Para Procedimentos de Alta Complexidade (APACs), que são determinadas a partir de diagnóstico realizado por profissional responsável pelo acompanhamento do paciente – o chamado técnico de referência que gera uma gratificação funcional. Como o critério é quantitativo, há uma “disputa”, ou melhor, “uma corrida às APACs”, saindo do foco do que seria realmente um técnico de referência, pois muitos usuários são atendidos por mais de um profissional, como registrado em Ata do dia cinco de maio de 2009. Nesta mesma reunião, a coordenação solicita que a equipe traga proposta de resolução deste impasse. O destaque é que até o momento de fechamento da pesquisa não havia propostas e a “corrida” continuava. Havia uma esfera de “acomodação” neste quesito, porque todos recebiam de alguma forma o benefício e temiam por sua extinção, já que depende exclusivamente do gestor municipal, uma vez que é lícito, mas não há Lei municipal que a assegure.

As lutas pela causa da saúde mental podem ser consideradas pontuais, parecendo restringir-se aos momentos de Conferências ou nos dias nacionais dedicados a discutir os

rumos da saúde mental, a exemplo do Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de Maio. Apesar de o envolvimento dos técnicos constar como pauta da reunião do dia 3 de novembro de 2009, a participação efetiva da equipe ainda não acontece, sendo perceptíveis profissionais que demonstram maior comprometimento, em detrimento de outros.

Vale ressaltar que essas são percepções internas, assimiladas no cotidiano das ações e nas discussões realizadas em reuniões de equipe. A Equipe do CAPSij é reconhecida na cidade pelo trabalho que realiza e, ao longo dos cinco anos que vivenciamos o cotidiano das práticas profissionais desenvolvidas, não recebeu nenhuma queixa originada na Ouvidoria Municipal ou do Ministério da Saúde.

Em janeiro de 2010 a gestão do programa foi transitada, tendo assumido a função outro membro da equipe com formação em psicologia e especialização em Saúde Mental. Não aconteceram mudanças visíveis na forma de condução dos trabalhos, mas, como toda mudança gera desequilíbrios para posterior acomodação, os encontros da equipe sofreram impactos quantitativos. No período compreendido entre os meses de fevereiro a dezembro de 2009 aconteceram 25 reuniões de equipe técnica. No mesmo período do ano 2010, foram realizadas 13 reuniões. Há um distanciamento dos encontros e alguns membros da equipe não participam mais, afirmando mudanças nos horários por incompatibilidade de agendas. Não há registros em Atas que analisem este fato.

Uma grande realização deste ano foi a implantação, no mês de julho, do atendimento especializado para autistas, coordenado por uma das psicólogas do CAPSij, com o apoio da coordenação. Todavia, nas reuniões subsequentes a psicóloga tem convidado outros técnicos para incorporarem a proposta, pois a demanda tem aumentado continuamente. Até a reunião de 21 de setembro, o apelo da psicóloga responsável pelos autistas continua o mesmo.

Outro destaque foi à realização de uma capacitação de 200 h (concluída em setembro de 2010) para todos os profissionais da rede de saúde mental e atenção básica. O objetivo foi potencializar as equipes matriciais e sensibilizar toda a rede de atenção básica para o acolhimento adequado e encaminhamento comprometido.

Em linhas gerais, quando o assunto é “integração entre os saberes”, as ações da equipe técnica do CAPSij não se encontram sistematizadas, mas ensaiam caminhos de execução. Oficinas coletivas têm acontecido entre diversas especialidades: enfermagem, psicologia, pedagogia e terapia ocupacional, possibilitando discussões interessantes sobre a terapêutica dos pacientes. Todavia, não há consistência clara nos caminhos, nos diagnósticos nem na formulação do projeto terapêutico, ficando sob a responsabilidade individual do técnico de referência. Prevalece uma ideia de que “cada um deve ficar no seu quadrado”.

Diante de posturas ambíguas – ora de integração, ora de isolamento – percebe-se a necessidade de retomada das reuniões de equipe, mediadas por um profissional supervisor clínico e administrativo externo ao grupo, que poderia colocar estes questionamentos em foco de modo profissional, reflexivo e ético. Além de avaliação de casos, poder-se-ia propor novos planejamentos, revisão de objetivos, avaliar relações de poder e resistência e, quem sabe, até propiciar formas de suporte pessoal em determinadas situações.

Poder-se-ia também inserir momentos de estudos teóricos sobre o tema, buscando o paradigma interdisciplinar, imprescindível para a renovação de todo o sistema de saber e cuidados em saúde mental. Só então será possível incluir de forma orgânica os usuários do serviço, “transformando as relações de poder entre a instituição e sua clientela, não só na superação de formas tradicionais de contenção, tutela e segregação,

mas em formas positivas de participação nos serviços e tratamentos” (VASCONCELOS, 2002, p.42).

Nesta difícil busca de interdisciplinaridade, seria fundamental também o esclarecimento de situações que, segundo este autor, envolvem estratégias construídas nas relações entre saberes e poderes, as que se relacionam à competição intra e intercorporativa e processos institucionais e socioculturais que impõem barreiras profundas à troca de saberes e práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis.

Considerações finais

As inquietações aqui apresentadas objetivaram lançar luzes sobre a temática e, ainda que a literatura utilizada e as vivências retomadas com vistas a aproximação com as questões propostas, visam contribuir na ampliação deste instigante debate.

Objetivou-se ao longo deste trabalho analisar a configuração da interdisciplinaridade no campo da saúde mental, especificamente no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Imperatriz. Na perspectiva deste diálogo, privilegiamos a interpretação da interdisciplinaridade como categoria essencial para o avanço das práticas de atenção à saúde mental e compreensão da atuação da equipe do CAPSij neste fazer.

Considera-se que a construção de uma política para crianças e adolescentes nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, tem como condição *sine qua non* a atuação de equipes interdisciplinares.

Retoma-se documento do Ministério da Saúde intitulado *Caminhos para a Saúde Mental Infanto-Juvenil*, norteadado pela *Política Nacional de Saúde Mental*, cujo princípio é o cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais, substituindo a atenção centrada na internação realizada em hospitais

psiquiátricos, pela atenção em serviços comunitários de base territorial, que atuam necessariamente em rede. Conforme este documento um dos maiores desafios para a Saúde Mental é a construção de uma política para crianças e adolescentes que considere suas características específicas e suas necessidades, seguindo os princípios estabelecidos pelo SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. As diretrizes propostas no mesmo documento e a pesquisa realizada propiciaram a ampliação da reflexão de que a perspectiva desinstitucionalizante em saúde mental requer a valorização humana não apenas dos usuários dos serviços, mas também dos trabalhadores de saúde mental, que muitas vezes atuam para além das suas habilidades técnicas, extrapolando sua ação em outras aptidões extraprofissionais, fazendo valer a eficácia terapêutica das oficinas coletivas, propiciadoras, talvez, de um ambiente aberto de práticas interdisciplinares.

A pesquisa realizada propiciou a compreensão de que existem novas possibilidades de reconstrução das práticas de trabalho que considerem os sujeitos como seres capazes de participação nos processos de atenção à saúde, mediante dispositivos coletivos e grupais, característicos de ações interdisciplinares. A este respeito se comunga, mais uma vez, com as ideias de Vasconcelos, quando ele remete à importância das oficinas coletivas e afirma que os diversos saberes devem entrelaçar-se em práticas coletivas e que no âmbito da interdisciplinaridade isto não constitui uma desconfiguração das diversas ciências, mas a possibilidade de partilha íntima e avanço nas práticas terapêuticas.

É possível afirmar que ainda há uma boa distância a ser percorrida pela equipe do CAPSij, que acumula especialidades, mas ainda não age de maneira interdisciplinar. Não obstante os esforços contínuos da equipe em quebrar paradigmas fragmentadores da prática, até mesmo o fato de não se refletir sobre o tema constitui-se um limite.

O sentido da presente contribuição é apenas acrescentar algo ao importante debate da interdisciplinaridade, à luz de uma experiência vivida e sobre a qual se buscou realizar reflexão sistemática. Jamais se teria uma postura normatizadora relacionada à atuação de equipes multiprofissionais de saúde mental – espaço permeado de ricas possibilidades, mas também de ambiguidades, contradições, limites. Verdadeiramente, o maior interesse destas reflexões é contribuir para a ampliação de uma atuação comprometida com os que precisam desta modalidade de atendimento, e anseiam por atividades de promoção e respeito às suas vidas.

Bibliografia

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BIANCHETTI, Lucídio e FREIRE, Ida Mara. *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. Campinas/ São Paulo: Papirus, 1995.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: MS, 2005.

_____. Secretária da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: MS, 2004.

_____. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão. Brasília, 2007.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko [et.al.]. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, 2006. Disponível em http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/3_entre_saude_coletiva_mental.pdf

COUTINHO, Carlos Nelson. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. *Cadernos ABESS*, nº 4. São Paulo: Cortez, 1991.

CRITELLI, Dulce Mara. Hannah Arendt: A vida ativa e a ação. *Ontologia Política*.
_____. *Teorias da Ação em Debate*. São Paulo: Cortez, 1993.

GONÇALVES, Lilian. *Integralidade e saúde mental*. Sorocaba: Minelli, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

JACQUES, Maria da Graça e CODO, Wanderley. *Saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2007.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LOYOLA, Cristina e ROCHA Sebastião (Org.). *O caminho das pérolas: novas formas de cuidar em saúde mental*. São Luis: Art Médica, 2002.

MÂNGIA, Elizabeth Ferreira [et. al.]. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Revista Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago., 2006. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n2/07.pdf>

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ. *Projeto Terapêutico do CAPSij*. Imperatriz, Maranhão, 2005.
_____. *Relatório de Gestão do CAPSij*. Imperatriz, Maranhão, 2009.

RABELO, Antônio Reinaldo, et. al. *Um manual para o CAPS*. Salvador: Bigraf, 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

SÁ, Jeanete Martins de (Org.). *Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. São Paulo: Cortez, 2006.

SAGGESE, Edson. *Adolescência e psicose*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

STUART, Gail Wiscarz. *Enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Ed., 2002.

TEIXEIRA, Elizabeth. *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 2005.

TEIXEIRA, Paim, Villasbôas. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. _____ . *Promoção e Vigilância da Saúde*. ISC/CEPS, Salvador, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/caminhos_politica_saude_mental_infanto.pdf Acesso em: 20 ago. 2010

O serviço social numa Organização Social de Saúde de referência em atenção secundária do SUS: experiência no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Larissa Soares Cruz
Liduina Farias Almeida da Costa

Introdução

A fundação do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA) ocorreu em contexto de reforma do Estado brasileiro na década de 1990, com as propostas de criação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) no país e a decisão da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) de ampliar a oferta de serviços no município de Fortaleza em 1998. Evidentemente, esta decisão era uma das respostas ao clamor da população que ecoava em face dos precários serviços de urgência e emergência públicos e ainda em razão da escassez de leitos de UTI. O contexto da política de saúde do momento era aquele evidenciado nesta mesma coletânea, no texto intitulado “O Sistema Único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social”

No afã de dar vida às proposições dos idealizadores do Estado gerencial, num ambiente de reformas do Estado brasileiro, o governo estadual do período toma as devidas providências para a sua criação. O objetivo, conforme discurso oficial, seria trazer para o Estado uma instituição inovadora, o que iria transparecer por meio da escolha de uma nova modalidade de gestão para administrá-la (MARTINS, 2005). Em 2000, é desapropriada uma obra inacabada da Casa de Saúde e Maternidade Jesus Sacramento para no ano seguinte iniciar-se a construção de nova unidade hospitalar a ser denominada Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.

Segundo consta em documentos oficiais pesquisados, buscavam-se alternativas de soluções para graves problemas

encontrados na rede de saúde pública, mediante ampliação do número de leitos sem, no entanto, reproduzir os problemas gerenciais identificados nas unidades em funcionamento no período.

Assim sendo, os idealizadores do referido hospital, identificados com as propostas de reformas estatais, decidiram pela criação de uma unidade publicizada. O amparo jurídico viria da Lei estadual nº 12.781 de 30/12/97 que instituiu o programa estadual de incentivo às Organizações Sociais (OS) e com a criação do suporte a essa unidade publicizada o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), qualificado como OS pelo Decreto nº 26.811 de 30/10/2002, como responsável pela gestão do HGWA. Em 1/11/2002 celebrou-se o contrato de gestão entre o estado do Ceará e o ISGH tendo como objetivo regulamentar e desenvolver ações e serviços de saúde a serem prestados pelo HGWA (COSTA, 2005).

Segundo a página eletrônica do ISGH, este se define como instituição sem fins lucrativos, qualificada como OS. Tem como política geral prestar serviços de saúde à população usuária do SUS, bem como pesquisar e produzir conhecimentos e técnicas nas áreas de saúde e gestão hospitalar, conforme estabelecido em contratos de gestão, para difusão e aplicação no sistema estadual de saúde.

Durante o período de implantação da unidade hospitalar houve forte oposição ao novo modelo de gestão por parte da opinião pública, especialmente dos conselhos de profissionais e sindicatos da área de saúde. As críticas giravam basicamente em torno das seguintes questões: a não realização de concurso público, a transferência de patrimônio público para as mãos de um ente privado e a não obrigatoriedade de licitação pública para a contratação de serviços e outras despesas.

Logo ao completar o primeiro ano de funcionamento, em maio de 2004, a instituição concorreu ao Prêmio David Capistrano com o seu projeto Experiência de Qualidade e Humanização Hospitalar. Tal prêmio visava motivar

“experiências que dignificassem a saúde pública no âmbito da humanização do sistema de saúde” e, na ocasião, o hospital ficou entre os 45 finalistas do Brasil, recebendo menção honrosa.

No mesmo ano, no mês de outubro, o HGWA é destaque na mídia nacional, que noticia para uma população ávida por melhorias no atendimento de saúde o excelente resultado de avaliação do hospital em virtude da transparência na utilização dos recursos públicos. O hospital, pelo simples gesto de apresentação do “demonstrativo de despesas” ao usuário no momento da alta, enquadrava-se, segundo a reportagem, como instituição que buscava a transparência em seus procedimentos.

No ano de 2005, o HGWA recebe o título de primeiro hospital público acreditado em nível I¹ do Norte/Nordeste/Centro-Oeste, conferido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão oficialmente reconhecido pelo Ministério da Saúde para este fim. No ano seguinte o hospital é acreditado em nível II e atualmente busca o nível III, como forma de certificação do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Reflexões acerca do tema e da inserção do serviço social no processo também encontram-se no capítulo deste livro “Serviço Social em saúde e planejamento estratégico – é possível padronizar procedimentos?”

O propósito essencial do presente capítulo é recuperar a experiência de trabalho do setor de serviço social do HGWA, cujas especificidades relacionam-se ao fato de desenvolver-se numa OSS criada como serviço de natureza complementar na dinamização do SUS².

¹ A “acreditação nível I” leva em consideração a segurança e a infraestrutura oferecidas aos pacientes, funcionários e colaboradores da instituição; a “acreditação nível II” leva em consideração a padronização dos serviços e processos desenvolvidos e a “acreditação nível III” leva em consideração o nível de satisfação do usuário.

² Os dados e informações procedem de observação propiciada pela inserção de uma das autoras na equipe de trabalho e também pesquisas supervisionadas, realizadas para dar suporte à monografia de Graduação em Serviço Social, parecer SISNEP, protocolado sob n° 06174201/5, aprovado em 12/6/2006 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

A natureza, a política e os aspectos gerenciais do HGWA

Classificado pelo SUS como unidade hospitalar de atenção secundária, o HGWA atende exclusivamente pacientes do SUS, procedentes de todo o estado do Ceará, referenciados pela Central de Regulação do Estado (CRESUS) e pela Central de Regulação do Município (CRIFOR) para internamento, consulta e cirurgia. O papel idealizado para o hospital seria o “desafogamento” das unidades de atenção terciária integrantes do SUS no Ceará e quanto à sua administração, ficou a cargo do ISGH e assim permanece, desde sua inauguração em 26 de dezembro de 2002.

Ressalte-se o itinerário percorrido por pacientes referenciados pelas mencionadas centrais no período de realização da pesquisa que deu suporte a este capítulo.

Ao chegar a uma Unidade de Emergência, seja da capital ou do interior do estado do Ceará, os pacientes que davam entrada recebiam os primeiros cuidados em caso de necessidade de internamento. Se não houvesse disponibilidade de leito na instituição que prestou o atendimento, aqueles que precisavam de leito na clínica médica eram cadastrados na Central de Regulação do Estado do Ceará (CRESUS) e os que precisavam de UTI eram cadastrados na Central de Regulação de Fortaleza (CRIFOR). Posteriormente e de acordo com a disponibilidade de vagas nas unidades hospitalares de internamento do estado, os pacientes deveriam ser encaminhados para aquela onde houvesse leito disponível, entre as quais o HGWA.

Logo no início do funcionamento deste hospital, a realidade de superlotação dos demais hospitais públicos de Fortaleza determinou uma mudança no perfil dos usuários lá atendidos. Desse modo, o propósito de uma unidade assistencial de nível secundário se transformava, em razão

das necessidades de atendimentos de urgência que a rede assistencial de referência terciária não tinha mais condição de realizar. Conforme Martins (2004), 55% dos pacientes de clínica médica do HGWA procediam da unidade de emergência do Hospital Geral de Fortaleza e 79% dos pediátricos da emergência do Hospital Infantil Albert Sabin.

Mesmo assim, o HGWA desenvolve concomitantemente com essa nova função a que já se encontrava nas suas origens: recebe pacientes provenientes de internamentos hospitalares de níveis terciários, quando não mais requerem cuidados de alta complexidade tecnológica. Além de internações, efetua os atendimentos de pacientes encaminhados de outras unidades de saúde para a realização de cirurgias que não exijam procedimentos emergenciais. Concernente ao atendimento ambulatorial, restringe-se a pacientes cirúrgicos (pré-cirurgia), retornos (pós-cirurgia) e retornos de pacientes internos em algumas especialidades, sendo que “os principais provedores de pacientes para o ambulatório de cirurgia são: o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC)” (ISGH, 2005, p.22).

Entre os retornos ambulatoriais merecem destaque os que visam ao acompanhamento às crianças provenientes de UTI neonatal e berçário de médio risco, denominado *follow-up*. Estes pacientes em especial necessitam de cuidados minuciosos, porque as complicações do nascimento e início de vida podem se manifestar nos anos seguintes. Este tipo de acompanhamento é imprescindível para evitar problemas futuros ao paciente e, assim sendo, contribui também para a racionalização de gastos pelo sistema de saúde.

Além dos atendimentos ora citados, o HGWA executa o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) que dispõe de uma equipe interdisciplinar preparada para este tipo de atendimento aos pacientes que não precisam, obrigatoriamente, da hospitalização e podem retornar ao

convívio familiar, desde que acompanhados por profissionais da saúde e, às vezes, disponham de equipamentos adequados ao caso.

Para a inclusão de paciente no referido programa é exigência essencial estar ele acamado, sem condições de sair de casa para acompanhamento ambulatorial, e necessitando de cuidados específicos, tais como oxigenoterapia, fisioterapia, traqueostomia, curativos complexos, etc. Outra condição é ele dispor de cuidador responsável. A equipe acompanha o paciente em domicílio até vê-lo bem adaptado em casa ou até poder ser encaminhado a outro serviço de saúde.

Segundo fontes oficiais pesquisadas, o objetivo principal do programa em geral, não só no HGWA, é a desospitalização e adaptação familiar de “pacientes complicados”, mas é também a racionalização de recursos. Nos vários documentos pesquisados, não é raro se encontrar afirmações de que a prática do cuidado domiciliar vem se expandindo com a participação horizontal de diversos profissionais da saúde e com vantagens de ordem econômica, afetiva e de combate à infecção hospitalar.

Várias pesquisas já foram produzidas no intuito de avaliação de programas dessa natureza e em algumas delas, particularmente a de Souza (2006), encontrou-se também o adoecimento do cuidador.

A missão definida para o HGWA por seus idealizadores consiste em “consolidar no Ceará um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se um referencial de excelência na prestação de saúde no Brasil” (Disponível em: <http://www.isgh.org.br>.)

Para atingi-la, a entidade prioriza três focos de atuação, conforme a seguir: o primeiro pretenderia empregar sistemas e processos de trabalho orientados para a permanente utilização dos recursos disponíveis. O segundo visaria manter o devido padrão de qualidade dos serviços adequando-os

sempre às necessidades dos cidadãos-usuários. Quanto ao terceiro, voltar-se-ia para facilitar o acesso do cidadão-usuário aos serviços de saúde ofertados, integrando-se de forma harmoniosa à rede estatal de saúde (IDEM).

Em decorrência dessa missão, vem sendo adotado um conjunto de modernas técnicas de gestão administrativa e assumem-se novos paradigmas relacionados à saúde depois de promulgada a Constituição de 1988, tais como universalidade, integralidade, horizontalidade e regionalização.

Uma noção geral dos propósitos de gestão do HGWA pode ser percebida mediante documento disponível em sua página da internet, no qual se lê:

O sistema hospitalar encontra-se em um processo de mudanças profundas. O sentido de uma instituição meramente curativa, focada na doença, desloca-se para assumir o papel de instituição voltada para o cidadão com avanços na gestão profissional e tomada de decisões com critérios técnicos [...] é uma mudança mundial no modelo hospitalar, onde as decisões individuais estão sendo substituídas por decisões colegiadas, onde a recuperação da saúde não é prerrogativa de um único profissional, mas de uma equipe integrada e com complementaridade de conhecimentos técnicos, assim como a cultura do poder está sendo substituída pela cultura da função e os acordos interpessoais cedem espaço aos acordos interinstitucionais integrantes da rede pública de saúde (IDEM).

A despeito das justificativas e dos propósitos do Estado gerencial, idealizado no contexto do governo Fernando Cardoso com vistas à desresponsabilização do Estado relativamente aos programas e políticas voltadas para o “social”, o objetivo da instituição em análise poderia, a depender das correlações de força, ultrapassar o clientelismo e os modelos burocráticos próprios do Estado brasileiro, portanto, da administração pública e dos serviços de saúde.

Contudo, não se trata de algo inexorável como justificavam os adeptos da chamada Reforma do Estado brasileiro no período em que o HGWA se instituía mediante novo modelo.

No intuito de introduzir mecanismos que flexibilizassem a administração direta com a participação de organizações não estatais, os novos modelos de gerenciamento dos serviços de saúde pública buscavam suporte também na ideologia neoliberal, porquanto a pretensão era levar para as instituições de saúde pública os postulados da administração gerencial, tendo por lógica primordial o menor custo e a maior eficiência.

Conforme Costa e Souza (2011), as diretrizes norteadoras da “reforma gerencial” implicavam uma divisão de setores no âmbito do Estado, mediante delineamento da responsabilidade da administração pública estatal. Com isso, diferenciava propriedade estatal, propriedade pública não estatal e privada, assim como o tipo de administração segundo a lógica reformista, como mostra o esquema a seguir:

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocracia	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpulas Ministérios	○				○
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Polícia, Regulamentação Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica	○				○
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização ▶	○			○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais		Privatização ▶	○		○

Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Reproduzido conforme Tavares e Costa (2011).

Em síntese, o Estado continuaria a existir com sua máquina administrativa, mantendo seu “Núcleo Estratégico” em funcionamento de maneira burocrática e gerencial através dos seus instrumentos tradicionais, bem como mediante contratos de gestão estabelecidos com as “agências executivas” (ou “autônomas”) ligadas ao setor de atividades exclusivas do Estado e às “organizações sociais” situadas no setor dos serviços não exclusivos do Estado.

Consoante já sinalizado, é sob essa lógica que são criadas as Organizações Sociais de Saúde, como alternativas para a consolidação do modelo gerencial na saúde. Desse modo, apesar das resistências políticas e/ou de obstáculos ditos culturais, ao final dos anos 1990 elas proliferariam por todo o país.

A respeito da adoção desse modelo no campo da saúde, Merhy (2002) aponta algumas de suas implicações. Destaca as dificuldades de diálogo entre um projeto com pretensões universalizantes e equidade como o SUS e a proposta de administração gerenciada que entende a universalização como engano e exclui grupos e ações essenciais apenas pelo fato de implicar maior custo ao serviço.

Naquele contexto brasileiro, as OSS foram definidas como instituições publicizadas, cuja prestação de serviços não exigiria desembolso dos cidadãos. O Estado não é considerado executor, mas provedor dos serviços que continuariam garantindo acesso universal. Assim, tais organizações continuariam integradas “à cadeia de serviços” do SUS, exercendo função complementar dentro do sistema.

Outra justificativa para o nascimento das OSS dizia respeito ao entendimento de que os serviços de saúde, em especial os dos hospitais, não seriam bons ou maus de acordo com a sua natureza estatal ou não, e a modalidade de administração adotada teria grande influência na dinâmica

de cada instituição, porém os determinantes macroestruturais seriam os mesmos para todas elas.

Cabe realçar: segundo os idealizadores das OSS, os propósitos de publicização em saúde preservariam as instâncias de controle social e, consoante o discurso oficial, “se bem utilizadas, pelo Estado e pela sociedade civil, poderiam evitar a mercantilização abusiva do setor”. Acrescentavam, entretanto, que os mecanismos de controle social precisavam ser sempre revistos, atualizados e cumpridos. Para tanto, necessitariam da participação ativa dos conselhos de saúde, das categorias profissionais, dos sindicatos, dos órgãos de fiscalização estatais e da sociedade.

Conforme o ISGH, as ações implementadas no HGWA deveriam considerar o preceito segundo o qual a realidade é mais abrangente que um sistema mecânico fechado. Ademais, como propunha, cada participante deveria potencializar o trabalho realizado. O texto a seguir é ilustrativo a esse respeito:

Esse novo conceito que se evidencia exige o gerenciamento do fluxo de informações e a valorização do trabalho em equipe, privilegiando o compromisso social das instituições. Nesse novo discurso gerencial exige-se muito mais dos indivíduos, resgatando as suas naturezas dinâmicas, sistêmicas e interacionais, processo esse onde a subjetividade é valorizada, deixando o plano isolado que o padrão mecanicista impunha (HGWA, 2003, p.7).

Evidentemente, as organizações sociais da área de saúde são bem diferentes entre si tanto historicamente como do ponto de vista institucional e quanto às suas experiências em gestão. E ainda: a instituição hospitalar em referência, embora possua especificidades que a distingam das demais, tem também características comuns às outras instituições desse gênero, sobretudo porque faz parte do SUS.

O serviço social do HGWA: criação do setor e ampliação

No HGWA, o serviço social possui particularidades que se relacionam aos propósitos e ao tipo de gestão dessa instituição hospitalar sem, no entanto, distanciar-se radicalmente da natureza do trabalho no SUS nem descuidar-se do projeto ético-político da profissão.

No SUS, o serviço social tem como papel, juntamente com outras áreas profissionais de saúde, efetivar a dinâmica idealizada para o sistema, conforme o aparato legal que lhe dá sustentação. Porém, mais do que as outras profissões, o serviço social se coloca como sujeito que, segundo Costa (2002), costura as fendas existentes dentro das instituições de saúde, na sua relação com os demais órgãos do setor e os dos demais serviços sociais, porquanto atuaria corrigindo falhas. Pode-se interpretar a afirmativa da autora consoante a perspectiva de Mendes (1999), para quem o SUS é um processo legítimo, em marcha e inacabado, pois inúmeras razões históricas e políticas vinculadas à saúde pública no Brasil, não raras vezes, interferem dificultando a implementação de um sistema novo em comparação aos modelos anteriores de saúde, especialmente o médico-assistencial-privatista, tal como definido pelo autor ora referido.

Assim como nas demais áreas de trabalho em serviço social no Brasil, o/a assistente social da saúde tem como objeto de intervenção as múltiplas formas de manifestações da questão social como produção da sociedade capitalista. Segundo Iamamoto (1999, p. 27), esta

expressa as desigualdades e discriminações econômicas, políticas, sociais e culturais de grupos e classes, mediatizadas por relações de gênero, étnico-raciais, geracionais e regionais, colocando em foco os vínculos entre amplos segmentos da sociedade civil e do Estado.

É importante enfatizar, embora esquematicamente, o consenso sobre as concepções teórico-metodológicas adotadas pelo serviço social ao longo de sua história no país: no seu alvorecer na década de 1930, a influência europeia e orientação positivista; na sua expansão após a Segunda Guerra Mundial e em razão do novo panorama internacional, o primado da influência norte-americana de orientação funcionalista; ao final da ditadura militar iniciada em 1964, a busca de inspiração em correntes teóricas de perspectiva crítica, inspiradas no pensamento de Marx ou de seus seguidores.

No tocante ao campo da saúde, Lessa (2003) chama a atenção para o fato de que nesse campo o serviço social configurou-se, por bastante tempo, como profissão executora de atividades terminais, pois não participava dos processos de construção das políticas e do planejamento das ações, além de adotar posturas conservadoras e ter posição subordinada à figura do médico. No entanto, como acrescenta a autora, tal realidade começa a mudar ao final da década de 1970 quando o movimento sanitário propõe a reforma do modelo médico-assistencial-privatista e, por outras frentes, o serviço social inicia o processo de intenção de ruptura.

Nos últimos anos, a profissão ganha maior destaque no campo da saúde, o qual passou a ser um dos que mais empregam assistentes sociais e o serviço social foi reconhecido como profissão da área pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 218/97.

No capítulo deste livro “O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas”, evidencia-se a dinâmica do trabalho dos assistentes sociais nesta área.

A constituição do setor de serviço social no HGWA

Em janeiro de 2003, o setor de serviço social do HGWA iniciou seu processo de implantação ao mesmo tempo que

se iniciavam as demais atividades do hospital, após seleção pública bastante concorrida mesmo diante das resistências ao tipo de instituição e ao modelo de gestão proposto.

A elaboração do projeto de trabalho do serviço social transcorreu logo depois da sistematização de demandas de usuários e dos outros setores do hospital – pedidos de informações sociais acerca dos pacientes, solicitações de pareceres sociais; pedidos de encaminhamentos a programas especializados; solicitações de resolução de entraves à desospitalização; solicitação de mediações de conflitos interpessoais; resolução de pendências após alta médica; questões relacionadas a óbitos; apoio e/ou participação em programas especiais e reclamações acerca da prestação de serviços – por meio de discussões entre os profissionais com o objetivo de estabelecer prioridades. O setor considerou ainda as muitas demandas em potencial, cujas respostas deveriam ser previstas no projeto de trabalho.

A princípio era oferecido pelo hospital apenas o serviço de clínica médica para adultos e, assim sendo, o setor de serviço social contava com apenas duas assistentes sociais, cujo trabalho integrou-se ao dos demais profissionais da equipe multiprofissional na busca permanente de oferecer um serviço de qualidade e humanizado aos usuários.

Com a inauguração das outras unidades (Pediatria, Unidade de Cuidados Especiais, UTI, Neonatologia, Centro Cirúrgico e Ambulatório), houve o aumento considerável das demandas destinadas ao serviço social. Em maio de 2003 é contratada, então, outra assistente social para o setor, em resposta às reivindicações da pequena equipe que defendia a oferta de um atendimento de qualidade à população, condizente com o projeto profissional da categoria e com a filosofia da instituição.

Em 2004, percebeu-se a necessidade de extensão do horário de funcionamento do setor de serviço social,

sobretudo porque naquele momento o hospital abriria um horário para a visita noturna pelos familiares dos pacientes impossibilitados de realizá-la durante o dia. Assim, conforme acordado, o setor passaria a funcionar até às 22:00 horas, dada a necessidade de atendimento às demandas postas nesse horário. A instituição reconhecia, então, que o contato com a família era essencial para o bom andamento das ações em âmbito hospitalar.

Decorrido mais de um ano de funcionamento, o hospital ainda contava com uma equipe de apenas três assistentes sociais, as quais trabalhavam em dois turnos para atender a toda demanda. O reduzido corpo funcional ora mencionado permaneceu assim por sete anos, sendo este um dos principais obstáculos para uma atuação mais abrangente e significativa do setor.

Ademais, durante o período compreendido entre 2003 e 2004 houve grande rotatividade de profissionais do setor, motivada, na maioria dos casos, por melhores ofertas de trabalho em outras instituições que empregavam assistentes sociais. Tornava-se, pois, mais difícil a continuidade das ações, visto que ao se inserir na dinâmica do HGWA, o novo profissional passava por um período de adaptação.

Mesmo assim, consolidou-se o processo de implantação do setor e foram desenvolvidos os primeiros programas de caráter interdisciplinar no hospital. Entre eles sobressaem: o acompanhamento a pacientes com sequelas de AVC, o acompanhamento de pacientes com “pé diabético” e o PAD. Desde então, o serviço social garantiu sua plena participação de caráter interdisciplinar ao executar ações múltiplas de caráter pedagógico, social e normativo, dentre outros.

No segundo semestre do ano de 2004, aconteceu a primeira experiência do setor como campo de estágio supervisionado, de caráter curricular e voluntário. No ano seguinte destacaram-se outras duas experiências de estágio,

agora em caráter extracurricular. A partir deste momento o setor passou a contar com a participação permanente de acadêmicos.

Além da participação nos programas interdisciplinares da instituição o setor atuaria como protagonista no Programa Nível de Satisfação do Usuário, cujo ponto de partida era o levantamento de dados e informações, tendo por instrumento um questionário, cuja aplicação transcorria quando da alta do paciente.

No primeiro momento, tal programa se desenvolvia em pequena escala por causa do reduzido número de profissionais e da grande demanda direcionada ao setor. Posteriormente, a abordagem ampliou-se e passou a abranger um número de pacientes e acompanhantes bastante superior ao sugerido pela instituição e discutido na equipe como amostragem mínima.

Atualmente a aplicação do questionário ocorre em três fases: a primeira delas durante a admissão do paciente, sendo de competência de profissionais e acadêmicos do serviço social; a segunda fase durante a permanência do paciente e é feita pela Ouvidoria do hospital; a terceira cabe às acadêmicas do setor sob a supervisão de profissionais de serviço social no momento da alta. Além da aplicação do questionário, o serviço social é responsável pela análise dos dados obtidos e pela sua divulgação. Juntamente com a Ouvidoria promove articulações com os demais setores da instituição como forma de busca contínua da melhoria dos serviços ofertados.

No ano de 2008, finalmente, mediante negociação do setor com a direção do hospital, abriu-se mais um processo seletivo para a contratação de mais um profissional. Em 2009, ocorreu a ampliação das unidades assistenciais do hospital e com isso nova ampliação do quadro, em virtude do aumento natural da demanda.

Em maio de 2010, quando a categoria comemora o seu dia, o setor promoveu no HGWA o *I Fórum de Serviço*

Social tendo como tema a Humanização Hospitalar. O evento configurou-se como um marco importante para o serviço social da instituição já que, pela primeira vez, realizou-se um encontro dessa natureza e com a participação de diversos atores da rede de saúde e da rede socioassistencial.

Naquele mesmo mês, a categoria conquistou o direito à jornada de trabalho semanal de trinta horas (Lei nº 12.317 de 27 de agosto de 2010) e, em consequência, a equipe de assistentes sociais do hospital sobe de cinco para oito pessoas. Na ocasião definiu-se uma coordenação para o setor, porquanto a equipe passa a ser formada por componentes entre assistentes sociais e estagiários.

Em maio de 2011, celebrou-se o *II Fórum de Serviço Social* do hospital, tendo como abordagem a Alta Social, e o evento passou a fazer parte da agenda anual da instituição. Ou seja, além do trabalho em si, o setor se empenha permanentemente para aperfeiçoar seus instrumentos teórico-metodológicos e técnico-operativos, de modo a responder às demandas dos usuários e corresponder à dinâmica do hospital. Neste mesmo sentido, verifica-se a constante atualização dos profissionais em cursos, seminários, oficinas, etc.

Em prosseguimento ao processo de capacitação dos profissionais e acadêmicos integrantes do setor, em 2011 iniciou-se o trabalho de um grupo de estudos que se reúne mensalmente para aprofundar temas de interesse da equipe, para o qual sempre se convida um facilitador do hospital ou de outras instituições componentes da rede de apoio. O objetivo do grupo é a constante reflexão acerca das ações desenvolvidas pelos profissionais, em uma perspectiva de trabalho que ultrapasse ações meramente imediatistas.

Essa procura contínua de aperfeiçoamento é de extrema importância, pois permite o alargamento da visão sobre as demandas postas à profissão na área da saúde, as quais são consideradas pelo setor como meio de participação dos

usuários que propicia o fortalecimento do SUS e favorece as buscas por um serviço direcionado à humanização do ambiente e da assistência hospitalar.

Destaca-se que em sintonia com a dinâmica de administração do hospital o setor de serviço social também utiliza o Sistema de Informação (denominado Sistema Paciente). Trata-se de ferramenta que facilita todas as ações de registro do setor, pois com ela dispensa-se o antigo Livro de Ocorrências e possibilita-se que os registros da Ficha de Acompanhamento Social (FAS), inclusive as condições de vulnerabilidade dos pacientes (resguardando-se, evidentemente, o sigilo profissional), prestem-se como um dos parâmetros para a atuação dos profissionais da equipe junto às famílias desses pacientes.

Atuação do serviço social e percepção dos usuários a este respeito

Em face das demandas mencionadas anteriormente e das condições gerais da instituição, o serviço social do HGWA definiu como missão intervir nas variadas formas de manifestações da questão social, as quais na realidade hospitalar se expressam por meio de carências econômicas e sociais, tendo como princípio básico a compreensão de ser a saúde um processo decorrente das condições de vida e de trabalho de uma determinada população num dado momento histórico³.

De acordo com essa missão, o setor definiu sua visão, qual seja: contribuir para a otimização dos serviços oferecidos ao usuário e a recuperação das condições de saúde deste, dentro de um padrão de atendimento eficiente, resolutivo e humanizado (HGWA, 2003).

³ Inspirada em: CEARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: SESA, 2001.

Ainda com inspiração em proposta do Hospital Geral de Fortaleza, o setor traçou como objetivo contribuir para que os processos de tratamento transcorram de forma contínua e evitem dispêndios adicionais de recursos, garantindo que os transtornos no cotidiano do trabalho e da família do paciente, em virtude da doença, sejam minimizados (IDEM).

Ressaltam-se no HGWA três linhas de atuação: atenção social ao paciente e à família; ações de caráter emergencial; e participação em programas especiais.

A primeira consta de quatro grupos de ações, conforme a seguir: Acompanhamento social a pacientes internados (visita diária para acompanhamento social, integração da equipe interdisciplinar e avaliação de satisfação dos serviços prestados); Orientação e educação em saúde, mediante reuniões diárias com acompanhantes, orientação aos familiares de pacientes internados nas unidades fechadas: UTI adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal e berçário de médio risco, e esclarecimento sobre direitos sociais; Gestão da alta (busca ativa, resolução de pendências quanto à saída do paciente, articulação interinstitucional, viabilização de transporte, acompanhamento dos casos de alta a pedido); Encaminhamentos no tocante à ocorrência de óbitos, tais como: comunicação humanizada a familiares distantes, apoio e orientação à família, abordagem para doação de órgãos, encaminhamentos para auxílio funeral, providências para liberação do óbito e encaminhamentos em relação a seguro de vida (IDEM).

A segunda linha trata das ações de caráter emergencial e engloba: comunicação aos familiares sobre a internação, abordagem para autorização de procedimentos cirúrgicos específicos, notificação de violência, encaminhamentos a serviços especializados, solicitação de comparecimento de familiares, comunicação de intercorrências de urgência, dentre outros. Por serem atendimentos desta natureza de origens variadas, não é possível enumerá-los em sua totalidade.

Quanto à terceira linha de atuação, o setor participa dos seguintes programas: Atendimento Domiciliar, Acompanhante Consciente, Busca Ativa das Altas, Eu Também Faço Aniversário, Vivências Lúdicas um Passo para a Cura da Doença e Certidão de Nascimento Condição Básica para a Cidadania.

Com fundamento nas linhas de atuação e correspondendo à dinâmica de funcionamento do hospital, foram construídos três indicadores para o setor, conforme exposto: permanência após a alta hospitalar, que trabalha os motivos sociais para a permanência do paciente após a alta clínica; certidão de nascimento condição básica para a cidadania, que quantifica e analisa os casos nos quais o recém-nascido sai sem o documento; e o terceiro indicador, representado pelo número de Fichas de Acompanhamento Social realizadas pelo setor durante o mês. A execução deste instrumental configura-se como importante e indispensável meio de conhecimento das condições sociais dos pacientes atendidos na instituição.

Enfatiza-se: mensalmente, o setor de serviço social com a participação de todos os profissionais estagiários promove reuniões de trabalho durante as quais são discutidas e avaliadas as ações desenvolvidas. Paralelamente, acontece a participação do serviço social nas reuniões com diferentes setores do hospital: reuniões de coordenadores, reuniões do PAD, reuniões interdisciplinares da Unidade de Cuidados Especiais (UCE) e demais clínicas, reuniões da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e Reuniões do Núcleo de Atendimento em Serviço Social e Ouvidoria (NASSO).

Diariamente, o setor se reúne, de forma alternada, com grupos de acompanhantes da Clínica Médica, UCE, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica. As pautas giram em torno de normas e rotinas do hospital; direitos e deveres dos acompanhantes; divulgação dos serviços

da Ouvidoria; esclarecimentos relacionados a exames complementares e acompanhamento clínico; informações sobre infecção hospitalar; e orientações sobre direitos sociais e previdenciários, dentre outros demandados pelos grupos.

O atendimento individual em sala segue revezamento de horários, uma vez que o serviço social do HGWA tem como prática e prioridade a visita diária aos leitos dos pacientes, com vistas à pró-atividade no desenvolvimento do plano de tratamento.

Em decorrência das peculiaridades do hospital, a equipe de serviço social desenvolve ações focadas na antecipação de soluções de prováveis problemas, diferentemente do que acontece da maioria das instituições hospitalares, cujas ações do serviço social voltam-se em geral para dar respostas às falhas institucionais e do sistema de saúde. Como a resolução da maior parte dos processos da instituição ocorre em setores específicos, diminuem as demandas quanto às falhas.

Por variadas razões, o setor de serviço social responde também às demandas procedentes dos demais setores, a exemplo da Ouvidoria, que julga importante trabalhar “em conjunto [com o serviço social] para dar uma resposta final aos usuários, nossa relação é muito próxima”, conforme funcionário deste setor.

Ademais, a direção da instituição faz verdadeiras “cobranças” ao setor de serviço social no referente ao alcance de metas previstas no contrato de gestão. Este fato é considerado positivo por algumas das assistentes sociais para as quais a racionalização dos gastos constitui “medida importante que poderá melhorar o tratamento dos pacientes, assim como a clareza de que o recurso é público”.

No entanto, expectativas de racionalização dos recursos poderão contribuir na sobreposição aos interesses dos usuários. Destaca-se entre as demandas da administração gerenciada o controle da alta hospitalar. A tal respeito diz

um funcionário, talvez sem ponderar a dinâmica do SUS em sua integralidade:

A gente trabalha muito a questão da alta, de agilizar a saída do paciente, a rotatividade do paciente, da não permanência no leito após a alta. Como aqui é um hospital secundário já tem muita gente lá fora esperando a vaga, nos HGFs da vida...[sic]. Então, quanto mais o hospital atende maior é o reconhecimento do hospital.

Como evidenciado, um profissional de serviço social não reputa prejudicial a agilização da saída de pacientes de alta médica. Segundo afirma, não prejudica o tratamento, “uma vez que têm alta apenas os pacientes que realmente estão reabilitados, não implicando, portanto, perigo de qualquer espécie para a integridade do paciente”.

O entendimento sobre alta social já causou grandes polêmicas no âmbito hospitalar e nas entidades representativas dos/das assistentes sociais. Porém, não significa a mera “desocupação de leito”. Quando há essa demanda, há consensos no sentido de que o profissional de serviço social observe os vínculos familiares, grupais, institucionais e comunitários do paciente com vistas a acolhê-lo devidamente em sua saída do hospital, assim como a forma adequada de deslocamento, respeitando as condições para a sua completa recuperação. E, ainda, se for o caso (por exemplo: pessoas em situação de rua, migrantes e outros) entrar em interlocução com a rede de instituições sociais habilitadas a acolhê-los).

Em determinadas ocasiões, como na clínica de cuidados paliativos, a alta social sequer pode ser considerada como “o fim da intervenção em serviço social, mas o começo de outra intervenção [...] tecer, analisar, avaliar, movimentar uma rede social é papel da saúde e função do assistente social” (SODRÉ, 2005, p.40).

Segundo afirmativa de uma assistente social, os procedimentos inerentes à alta hospitalar mesmo diante do

modelo de gestão adotado no HGWA não significam uma pressão para que o paciente deixe o hospital. Ela esclarece:

Existe um controle de acompanhamento do paciente aqui dentro após a alta. Para ele é bom porque vai voltar ao convívio familiar, aos amigos, ao trabalho, quem é que não quer sair de um hospital em condições de saúde boa? Nós sabemos que o hospital responde por um contrato de gestão onde nós temos que atingir algumas metas de saída do paciente para que este contrato possa ser renovado. A gente agiliza essa saída não só porque é bom para a instituição. Não existe a pressão do paciente não ter para onde ir e a gente ter que tirá-lo daqui. A gente tem essa visão de ver primeiro para onde o paciente vai, se é para um abrigo fazemos os contatos até conseguirmos e se não ele fica aqui dentro (Assistente social).

Relative-se, entretanto, a interrogação/afirmação “quem é que não quer sair de um hospital em condições de saúde boa?”, pois alguns pacientes podem ansiar pela alta hospitalar e, ao mesmo tempo, temê-la, pois admitem que durante o período de internamento têm melhores condições alimentares, de higiene e cuidados que em sua moradia. E, de fato, muitas vezes há quem prefira o internamento à saída da instituição.

Consoante se afirma, no HGWA, na consumação da Alta Social são consideradas as condições sociais do paciente, cuja saída da instituição transcorre sem acarretar prejuízo à sua saúde. Neste sentido, as altas são analisadas, diariamente, pelo setor por meio do relatório que abrange todas as unidades de internamento no qual constam número de altas por clínica, número de saídas, número de dias de permanência pós-alta e as justificativas para essa permanência.

Sobre o assunto é importante uma visão ampla: por um lado a rotatividade dos leitos é bem relevante em uma realidade em que a oferta está sempre aquém da procura, sendo necessária a eficiência para o atendimento do maior

número de usuários, tanto com a utilização da terapêutica mais adequada quanto com a remoção de entraves à saída do paciente do hospital; por outro lado, a responsabilidade da instituição, com base no conceito ampliado de saúde, impele os hospitais a se responsabilizarem pelas condições sociais dos indivíduos em alta médica.

No setor de serviço social verificam-se alguns limites da autonomia, os quais se relacionam ao tipo de gerenciamento do hospital. Entretanto, o setor tem projeto de ação, conforme descrito anteriormente, mas, como afirma um funcionário, a instituição possui meios de envolvimento de todos os profissionais:

[...] um processo que todo mundo contribui inclusive o serviço social. Todas as áreas do hospital estão abertas para definirem novos rumos para a instituição não só para a sua área específica porque não é uma área só trabalhando, é um grupo trabalhando em prol de uma circunstância (Coordenador do NAC).

Em determinadas situações, contudo, falta segurança em razão do regime de trabalho que é interpretado por alguns como uma dificuldade ao exercício da autonomia profissional:

[...] Outra coisa que é importante pontuar aqui é que os funcionários não são estatutários, mas celetistas e por causa disso não têm a segurança [...] A segurança você cava através da sua qualidade e produtividade. O funcionário ele é muito exigido, por um lado é bom isso pela questão da qualidade do atendimento, mas por outro tem muitas coisas relacionadas aos direitos trabalhistas que a gente vê que fere um pouco em alguns momentos (Idem).

Como observado, os usuários de modo geral expressam grande satisfação no tocante à instituição, sobretudo quando estabelecem comparações com outros hospitais públicos ou cooperativas médicas.

A reafirmação da satisfação externada é encontrada também nos poucos detalhes apresentados como falhas, as quais se resumem às condições dos acompanhantes dos pacientes.

Quanto ao serviço social, a percepção dos usuários se volta especialmente para as reuniões com os acompanhantes, as visitas às enfermarias (aos pacientes) e ao atendimento individual em sala. Destacam em primeiro lugar o acolhimento e práticas voltadas à humanização da assistência hospitalar, à defesa de direitos já garantidos constitucionalmente e de outros que podem ser almejados, ou ainda a mediação de conflitos familiares que interfiram na recuperação da saúde do paciente, bem como o estímulo à participação familiar nas terapêuticas. Todavia, referem algumas formas de disciplinamento e, às vezes, tutela ou paternalismos. Admite-se haver estranhamentos e dificuldades de adaptação pelos usuários dos hospitais às normas institucionais que são alheias ao cotidiano de muitos deles, porém elas são necessárias, em alguns aspectos, ao convívio em coletividade.

A pesquisa que deu origem a este texto autoriza fazer-se a seguinte afirmação: o setor de serviço social do HGWA é bastante organizado, a atuação dos profissionais é marcada pelo planejamento sistemático, pela ética e pela competência, não obstante as limitações impostas pelo modelo administrativo inerente à instituição, assim como pelas peculiares condições de trabalho de quem lida com a vida em todas as dimensões socialmente negadas e, ao mesmo tempo, com a dor, o sofrimento e a morte.

Considerações finais

A implementação da ideia de administração gerenciada no contexto de reformas do Estado brasileiro, na década de 1990, implicou redirecionamentos no modelo proposto pelo SUS, a exemplo da criação de OSS como o HGWA no Ceará,

que suscitou a primeira experiência de serviço social em OSS nesse estado.

Como revela a história, as implicações de tais reformas na política de saúde compreenderiam pelo menos dois movimentos. O primeiro, em direção ao SUS, que após 1996 priorizou as indicações de agências multilaterais, representantes da ideologia neoliberal sem, entretanto, conseguir anular posicionamentos contrários – em favor da reforma sanitária ou dos preceitos neoliberais que fortalecem um projeto privatizante da política de saúde e a criação das OSS. O outro movimento, referente às novas tecnologias administrativas, com a importação de modelos e princípios da empresa privada, sobretudo a lógica de contenção de despesas, o alcance de metas e a busca pela produtividade, eficácia e eficiência, as quais comportam aspectos tanto positivos como negativos.

Entre as polêmicas em torno dessas experiências, enfatiza-se a fuga ao regime de direito público, uma vez que tais “empresas” ficariam liberadas da obrigatoriedade de licitar, assim como da realização de concursos públicos. Para esta corrente, as garantias constitucionais quanto a tais obrigações garantem maior segurança e legitimidade aos processos institucionais. Entre os aspectos positivos estariam a desburocratização, a avaliação permanente do trabalho e a horizontalidade das ações, implicando maior responsabilização dos profissionais, cotidianamente.

Quanto à instituição hospitalar em apreciação, o planejamento sistemático e a permanente organização e reorganização das ações fazem com que os serviços funcionem fluentemente e se reduzam as falhas. Porém, ao mesmo tempo que a contínua fiscalização e organização dos processos é benéfica para a instituição que racionaliza os custos, é também um desafio para os gestores, porquanto a redução de despesas não é tarefa fácil de ser administrada nos

ambientes de saúde, onde o principal direito a ser defendido é a vida.

Em relação ao setor de serviço social, conforme se percebe, as demandas e exigências institucionais requerem profissionais competentes detentores de conhecimento teórico-metodológico e técnico-operacional, ou seja, profissionais em constante aperfeiçoamento teórico. Requerem ainda a permanente atualização sobre a legislação social vigente e um bom relacionamento com a rede de saúde e a socioassistencial.

Um resultado surpreendente, segundo a pesquisa que propiciou a escrita deste capítulo, é este: mesmo com um pequeno número de profissionais os trabalhos do setor de serviço social são desenvolvidos de maneira a garantir resolubilidade, bom atendimento e humanização. Neste âmbito, o trabalho do setor é facilitado, em certa medida, pelas próprias características e condições do HGWA que não presta serviço de emergência e trabalha exemplarmente com perspectiva de referência e contrarreferência.

O paciente ingressa no HGWA direcionado a um leito ou serviço previamente identificado pelo hospital que propiciou os primeiros atendimentos, conforme as regras de regulação do CRESUS ou CRIFOR. O acesso pós-altas a documentos constantes no prontuário é garantido por setores específicos, mediante processos padronizados de resolução, distintamente de outras instituições hospitalares nas quais o serviço social é demandado, embora se trate de procedimentos administrativos.

Em comparação às pesquisas de Costa (2002) sobre ser o assistente social aquele profissional que daria conta das falhas do sistema, afirma-se que, em decorrência das especificidades do HGWA o serviço social atua de modo propositivo e de forma antecipatória aos problemas que dificultariam a resolubilidade dos casos. Enfatiza-se, entretanto: alguns projetos do setor são frustrados por serem incompatíveis

com as expectativas do corpo diretor em razão de exigências próprias do contrato de gestão.

Em síntese, diante das reformas do Estado brasileiro do período, as OSS adotam formas de administração gerenciada, a exemplo do HGWA, e colocam novas demandas ao serviço social. Estas podem ter pontos comuns ou não com as demais instituições do SUS. Mesmo assim os assistentes sociais forjaram espaços e projetos com vistas à garantia de direitos.

Consoante se admite, independentemente do modelo de instituição de saúde adotado, é possível prevalecer a postura ética dos assistentes sociais, conforme se mencionou neste capítulo e noutro posterior que recupera as experiências da profissão em hospital público de referência terciário.

Deixa-se, entretanto, um convite ao aprofundamento do debate sobre as possibilidades de interlocução entre o projeto de saúde com pretensões universalizantes e a proposta de administração gerenciada.

Bibliografia

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO/ SECRETARIA DA REFORMA DO ESTADO. *A Reforma da Saúde*. Brasília, 1998.

_____. *A Reforma do Estado*. Brasília, 1998.

_____. *Organizações Sociais*. Brasília, 1998.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução do Conselho Nacional de Saúde, 218/97.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete Simões; BRAVO, Maria Inês Souza; TEIXEIRA, Marlene; UCHOA, Roberta; MARSIGLIA, Regina

Maria Giffoni; GOMES, Luciano. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

CARDOSO, Fernando Henrique. Notas sobre a reforma do Estado. São Paulo, *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 50.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo. *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil, o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998.

CEARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: SESA, 2001.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, Liduina Farias Almeida da; LESSA, Ana Paula Girão. *O serviço social no SUS*. Fortaleza: EdUECE, 2003.

_____. O serviço social em hospital de referência do Ceará: uma experiência de padronização de procedimentos. Disponível em: www.propgpq.uece.br/semana_universitaria/.../humanas_19.doc

COSTA, Liduina Farias Almeida da; SOUZA, Monique Joelma Tavares. A reforma do Estado na década de 1990 e suas repercussões na Assistência Social. *XXVIII Congresso Internacional da Associação Latino-Americana de Sociologia*, 2011.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 62.

COSTA, Natia Quezado. *Organização social: alternativa eficiente à gestão pública? Estudo de caso em um hospital público e um publicizado na rede de saúde do estado do Ceará*. Fortaleza, 2005. (Monografia Especialização em Administração Hospitalar) – Universidade Estadual do Ceará.

COSTILLA, Lucio Oliver. El estado y la democracia en América Latina bajo la globalización neoliberal. *Dossiê Estado em transformação – Caderno CRH*, Salvador, n. 35, p.21-40. jul./dez.2001.

GENRO, Tarso. A roupa nova do rei. São Paulo, *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 50.

GUERRA, Yolanda. *A Instrumentalidade do Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1995.

HGWA [on-line]. Jul.2010. Disponível em: <<http://www.isgh.org.br>>. Acesso em: 07/jul. 2010.

_____. *Projeto de Serviço Social do HGWA*. Jul. 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na Contemporaneidade – trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1999.

MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Parente. *A organização social de saúde: a experiência do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara no Ceará*. Fortaleza, 2005. (Monografia/Especialização em Gestão Hospitalar) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará.

MEHRY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: *Módulo de Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1996.

OLIVEIRA, Adriana de et al. A materialização dos direitos sociais: o papel do Ministério Público e do Serviço Social. *I Encontro Nacional do Serviço Social do Ministério Público*. Porto Alegre, set. 2006.

OLIVEIRA, Francisco de. A derrota da vitória: a contradição do absolutismo de FHC. São Paulo, *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 50.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A política social no contexto da política pública, da cidadania e da relação entre Estado e Sociedade. *Módulo de Especialização à distância: Política Social e Desenvolvimento Urbano*. Brasília, 2005.

PONTES, Reinaldo. *Mediação e Serviço Social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital, história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTOS, Daniele Fernandes dos. *Aspectos inconstitucionais das organizações sociais na legislação pátria*. Fortaleza, 2003.

(Monografia/Graduação em Direito) – Universidade de Fortaleza. SODRÉ, Francis. A atuação do serviço social em cuidados paliativos. São Paulo, *Serviço Social & Sociedade*, n. 82, jul. 2005.

SOUZA, Mônica Oliveira de. *Discursos e práticas dos cuidadores de idosos - uma experiência da ABRAZ – CEARÁ*. (Monografia/Especialização em Serviço Social e Saúde da Família) – Universidade Estadual do Ceará, 2006.

VERGARA, Eva Maria Bitencourt. O significado da categoria mediação no serviço social. *Anais do Seminário Nacional: Estado e Políticas Nacionais no Brasil*. Paraná, jun. 2003. Disponível em: <<http://cac-php.unioeste.br/projetos>>

Ressignificando práticas: o serviço social e a padronização de procedimentos em instituição hospitalar terciária do SUS

Liduína Farias Almeida da Costa
Ana Paula Girão Lessa
Ana Rosa Alves da Silva
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

Introdução

O processo de estadualização do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e a universalização do atendimento em decorrência da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, constituiu um grande desafio. Desde sua inauguração, em 1969, o hospital era federal, mas só atendia parcela da população vinculada à previdência social, e nessa transição o Estado brasileiro vivia grande dificuldade – ou “crise fiscal”, para determinada linha interpretativa –, sendo alvo de inúmeras críticas, passou por desmontes durante o governo Collor e reforma drástica durante o governo Fernando Henrique Cardoso.

Como meio de enfrentamento a esse desafio e com os recursos destinados à saúde bastante limitados o hospital, assim como quase todas as instituições públicas, tiveram de se adequar ao que ocorria no Estado. Um dos caminhos foi a adoção da Gestão da Qualidade Total (GQT) e neste contexto o Planejamento Estratégico (PE).

Mesmo diante de intensa escassez de recursos para a área de saúde, o HGF fez adaptações da GQT a sua dinâmica da organização, na tentativa de utilizá-los como instrumentos de melhoria dos serviços prestados.

Quando ocorreu, de fato, uma reforma do Estado, ao longo do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso

– na verdade uma contrarreforma, pois subtraía direitos constitucionais dos trabalhadores e as já precárias formas proteção social – o hospital, mediante indicação do Ministério da Saúde (MS) que era pressionado pela sociedade em virtude dos grandes problemas do sistema público de saúde, tornou-se um dos Centros Colaboradores para a Qualidade de Gestão e Assistência Hospitalar, Campo de “teste piloto” do Programa de Acreditação Hospitalar desse e do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH) desse ministério. Para tanto, teria de atender a várias requisições e, desse modo, desencadeou um processo de produção de manuais de padronização de procedimentos de todas as profissões da área de saúde, entre elas a de serviço social.

Na compreensão do segmento hegemônico do setor de serviço social, rigorosamente falando, não seria possível padronizar procedimentos da área, em razão da natureza do seu objeto – a questão social – e das histórias e singularidades de cada pessoa que demanda atendimento. Ademais, essas histórias e singularidades não se desvinculavam do permanente refazer-se da realidade social e de todas as suas formas de desigualdades e carências.

Entretanto, sempre adotando uma postura crítica, porém propositiva, o setor decidiu coletivamente, após muitas relutâncias e várias reflexões críticas, responder a essa demanda por padronização, mas incorporaria apenas parcialmente os modelos institucionais propostos, pois o manual seria elaborado em sintonia com o projeto da profissão.

Neste sentido, recupera-se a ideia discutida por Merhy (2007, p.28), segundo a qual para muitos modelos de atenção adotados no campo da saúde “nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção”. Assim, conforme este autor, torna-se necessário que em qualquer tipo de serviço pensar modelagens

dos processos de trabalho possa combinar atos cuidadores com conquistas de resultados, cura, promoção e proteção.

Desse modo, a diferença do manual do serviço social em relação ao das demais profissões foi demarcada a começar pelo seu título, *Manual Operacional de Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*, e prosseguiu na dinâmica de elaboração que ocorreu coletivamente, assim como na estruturação e estilo de exposição. Sua primeira edição data de 2001.

Decorrida mais de uma década, no ano de 2011, a equipe de serviço social do HGF é impelida a proceder atualizações no referido manual. O contexto social havia mudado e apesar de prevalecerem muitos aspectos da reforma do Estado, já havia políticas públicas e programas sociais inclusivos que faziam uma intersetorialidade com as de saúde, embora neste campo específico da saúde, a despeito dos pactos pela vida e em defesa do SUS, firmados depois de 2003, ainda persistissem grandes obstáculos para um atendimento satisfatório à população.

Em face da dinâmica de mudanças sociais e políticas, o HGF redefiniu sua missão por várias vezes, sem entretanto, alterar sua condição de unidade de saúde terciária. Segundo o Planejamento Estratégico (2009-2013, p.7), a missão consistia em

[...] prestar assistência à saúde da população como hospital do SUS de referência em procedimentos de alta complexidade, ofertar serviços humanizados, seguros e de boa qualidade e contribuir para a produção e transmissão de conhecimentos em sua área de atuação.

Nesse desafiante contexto, a direção do hospital solicitou, mais uma vez, o manual de procedimentos do setor de serviço social. Contudo, a equipe percebeu ser necessário atualizá-lo e desencadeou intensa discussão com vistas a fundamentar a segunda edição. A discussão era calcada nas

mudanças no campo das políticas públicas e no sistema de proteção social, especialmente o não contributivo, assim como no avanço teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão.

Em sintonia com vários autores que refletem sobre a questão social como objeto do serviço social e suas expressões no campo da saúde, a equipe desenvolveu várias reflexões sobre sua prática cotidiana e, também em sintonia com Martinelli (2011), admitiu a existência de uma ética da proteção social como direito fundante da cidadania. Esta deveria conduzir o exercício cotidiano profissional, captando as diferenças sociais e necessidades dos usuários, mas também entendendo “suas capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua comunidade, por meio das redes de apoio, o que é fundamental para a sua proteção e autonomia” (MARTINELLI, 2011, p. 5) e, principalmente o posicionamento, da autora ao captar o sentido da “quase exortação” ao afirmar:

[...] Ainda que saibamos que, para muitos dos sujeitos com quem trabalhamos no contexto hospitalar, o crepúsculo da vida se avizinha, não podemos perder o compromisso com a construção de utopias, com a reinvenção da própria vida (IDEM, p.9).

Este capítulo consiste em relatar as experiências de elaboração de duas edições do manual, cujas dinâmicas geraram consensos acerca da possibilidade de sistematização de procedimentos de serviço social no referido hospital, todavia ressignificando o objeto de demandas institucionais e adotando metodologia própria¹.

O relato dessas experiências – objeto deste capítulo – propicia a compreensão de relevantes aspectos da atuação do serviço social no campo da saúde, porém não a esgotam.

¹ As discussões que as sedimentaram tiveram a participação de toda a equipe de serviço social do HGF, por meio da realização de seminários e reuniões de trabalho.

Principalmente em razão das singularidades da atuação profissional em uma unidade de saúde de nível terciário no nível de atenção terciária situada na intrincada e incompleta rede de serviços do SUS, em mutação nos diferentes contextos sociopolíticos. Sodré (2010) nos provoca a reflexão sobre tal questão ao afirmar:

Na área da saúde, verificam-se as interfaces da história e das políticas públicas que vivenciamos através das conexões estabelecidas com as políticas sobre a vida. O que é uma política de saúde se não uma política sobre a vida? (SODRÉ, 2010, p. 454)

Delineia-se então o objetivo central, qual seja demonstrar que as respostas do serviço social às demandas institucionais pela padronização de procedimentos podem ir muito além de “receituários prévios”, de quaisquer naturezas ou origens, e que é necessário uma fundamentação teórica em interlocução com as práticas reais, a expressar o sentido da aproximação ao projeto profissional de serviço social, aqui entendido nos termos tratados por Netto. Pronuncia-se o autor:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 1999, p.4).

Neste âmbito, segundo se compreende, em meio a interesses muitas vezes polarizados entre as instituições e os dos usuários na busca pelo acesso aos serviços sociais, os

processos de trabalho dos assistentes sociais não se vinculam a produtos materiais. Sua atuação ocorre no âmbito das condições de vida e, no campo da saúde, possuem expressivas evidências (SODRÉ, 2010).

O presente capítulo tem suporte essencialmente na observação participante (ou “participação observante”, como indagaria a antropóloga Ruth Cardoso?) e no exame de fontes documentais do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e Hospital Geral de Fortaleza. Tanto o material recolhido pela observação como os documentos pesquisados foram compreendidos à luz de reflexões teóricas, conforme bibliografia exposta ao final.

A primeira parte expressa um esforço de compreensão dos motivos pelos quais o setor de serviço social do HGF assumiu a elaboração de um manual de procedimentos em resposta a demanda institucional originária do MS. Inicia-se com uma breve exposição sobre a acreditação em serviços de saúde, sua metodologia e as posições do serviço social em estruturas institucionais que adotaram a acreditação hospitalar.

Por sua vez, a segunda parte situa o Serviço Social no HGF, a demanda pela padronização de procedimentos, o consenso da equipe em torno de uma proposta de “sistematização de procedimentos”, bem como as dinâmicas de elaboração de duas edições de manuais operacionais em contextos sociopolíticos diversos.

Ainda em demarcações introdutórias, cabe-nos desvincular a compreensão reducionista da “padronização” como “modelo inflexível”. Os caminhos traçados pela equipe de serviço social do HGF embasaram-se em estudos aprofundados no campo teórico, à luz de um entendimento ético e crítico, com a total compreensão de que na dimensão do trabalho vivo, o processo de trabalho não será idêntico, mas possuirá uma baliza coerente para dimensionar as práticas profissionais.

A demanda institucional, o contexto e as respostas da profissão

No período da demanda institucional pela padronização de procedimentos, o HGF era um complexo hospitalar constituído de Unidade de Internação, Ambulatório e Unidade de Emergência. Integrava a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), constava de trinta especialidades médicas e realizava uma média mensal de 20 mil consultas, 6 mil atendimentos de urgência e 1.350 cirurgias.

Entretanto, havia problemas de várias ordens que comprometiam o bom funcionamento do hospital, forçado a enfrentar o grande desafio da universalização dos serviços, num contexto socioeconômico de pauperização da população, de poucos recursos públicos para o social e de verdadeiro desmonte do Estado.

O sistema de saúde foi extremamente atingido em razão da reforma do Estado que limitava suas responsabilidades sociais; a sociedade clamava por atendimento digno e o MS – como parte do governo eleito pelo Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB) – buscava enquadrar-se na reforma administrativa do Estado. Para tanto, conforme mencionado, selecionou dezessete hospitais do país, os quais deveriam atuar como Centros Colaboradores para a Qualidade de Gestão e Assistência Hospitalar, Campo de “teste piloto” do Programa de Acreditação Hospitalar desse ministério, e fazer parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tratava-se, entretanto, de “programas-vitrines” para mostrar as virtudes da reforma do Estado e o HGF foi um desses hospitais, em face da posição política do governador do Ceará (integrante do mesmo partido político do governo federal que procedia a reforma), entre outras motivações como a da direção do hospital, de modo geral favorável ao fortalecimento de sistema público de saúde.

Como destaca Merhy (2007), é no contexto dos processos de gestão institucional que se derivam processos e avaliações coletivas e colegiadas no interior das equipes de trabalhadores da saúde, no interior dos serviços concretos.

Sobre a acreditação em serviços de saúde e os manuais de procedimentos²

A acreditação é um dos instrumentos utilizados pela GQT na esfera dos serviços de saúde. Segundo os estudiosos do assunto, é uma forma de verificação externa que, ao se situar no esforço de melhoria da qualidade dos serviços na referida área, vislumbra o alcance de níveis desejáveis de atendimento. Tratar-se-ia de determinar a conformidade com padrões relacionados à segurança e qualidade dos cuidados nessa área (SANTOS, 2000; CORDEIRO, 2000). De acordo com estes autores, a premissa básica do processo em referência deve ser o desempenho de excelência do hospital, obtido mediante proteção dos pacientes e a educação continuada dos profissionais integrantes de seus quadros.

Conforme esses autores, o processo iniciou-se com vistas a proteger médicos e pacientes dos efeitos nocivos de ambientes inadequados à prática médica, e posteriormente ocorreu o deslocamento da ênfase do ambiente em si para a prática clínica.

No período de elaboração do primeiro manual, o deslocamento seria muito mais amplo, pois, no caso das organizações hospitalares, irradiava-se para quase todos os setores, como mostram as experiências exemplificadas a seguir. Santos (2000), ao reproduzir depoimentos do professor Aloysio Salles da Fonseca, afirma que em 1948 o Hospital

²Esta parte do capítulo é uma atualização de artigo de nossa autoria, intitulado “O serviço social em hospital de referência do Ceará: uma experiência de padronização de procedimentos”, disponível em: www.proppq.uece.br/semanainiversitaria/.../humanas_19.doc

dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro foi acreditado por uma comissão norte-americana e que, em 1986, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, mais uma vez sob influência de comissão americana, cria uma Comissão de Qualificação de Hospitais.

Entretanto, os acontecimentos impulsionadores das organizações responsáveis pela efetivação dessas políticas ao intensificarem o debate acerca da acreditação relacionam-se às grandes transformações sociais do final do século XX, ou seja, a interrupção dos “30 anos gloriosos” do capital e a decorrente busca de novas estratégias de acumulação da riqueza (entre essas, novos modos de gerenciamento dos processos de trabalho e novos pressupostos administrativos como a GQT) e, no Brasil, a imposição de reajustes estruturais pelos países ricos, induzindo à colocação da questão no campo dos serviços de saúde.

Coincidentemente com o contexto de discussões acerca da entrada do país na chamada “nova ordem mundial”, em 1990, a Federação Latino-Americana de Hospitais firma convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde para testar e difundir manual de acreditação proposto por José Maria Paganini e Humberto Novaes envolvendo cerca de cem hospitais do Sul-Sudeste no referido teste.

Em abril de 1994, como fruto do Seminário de *Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade*, realizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), com o objetivo de implementação do processo.

Em julho de 1997, representantes do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Fundação CESGRANRIO visitam a instituição detentora da maior experiência mundial em processos de acreditação – a *Joint Commission International* – e obtém como resultado, dentre outros, a negociação de

acordo de transferência de tecnologia, o qual se concretiza por meio de estágio em Chicago, sede desta comissão.

No decorrer da década de 1990, instituições de saúde atuantes no Sul do Brasil realizam eventos de várias naturezas sempre imbuídos em difundir as ideias de acreditação. Promovem, então, intercâmbios sobre esta ou a discutem no contexto da busca de eficácia e da qualidade dos serviços de saúde.

Entre as iniciativas de acreditação em saúde no país destacaram-se, no período, segundo Santos (2000): o Programa Controle de Qualidade Hospitalar efetivado pela Associação Médica do Estado de São Paulo e Conselho Regional de Medicina desse mesmo Estado; o da Federação de Hospitais do Paraná (FEHOSPAR), que com base em iniciativa da OPAS desenvolve o programa desde 1993, acreditando hospitais em Curitiba e Fortaleza; o Programa de Acreditação Rio Grande do Sul, criado pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, conjugado ao Programa Gaúcho da Qualidade; o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) como iniciativa da Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, UERJ e CESGRANRIO; finalmente, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) a qual, ao se apoiar nas experiências mencionadas, sobretudo no Manual da Organização Pan-Americana de Saúde, e ao estabelecer parcerias com os grupos mencionados, deu início ao projeto de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, referência para o HGF.

Consoante o MS, trata-se de metodologia que possibilita a apreciação da qualidade da assistência médico-hospitalar com fundamento em duas variáveis. A primeira diria respeito a padrões de referência desejáveis construídos por peritos e previamente divulgados. A segunda referir-se-ia aos indicadores ou instrumentos dos quais o avaliador se utiliza

para constatar em que medida esses padrões são seguidos no âmbito da instituição avaliada. Em síntese, define-se como um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos [...]. O status de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes externos e internos, bem como da comunidade em geral. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização (BRASIL, 1999, p.11).

Em face da diversidade geográfica e de condições das instituições hospitalares do país, o Ministério da Saúde, na vigência do governo Fernando Henrique Cardoso, propôs um instrumento de avaliação a seu ver flexível e mutável. Desse modo, estabeleceu três níveis de padronização, a se iniciar com um limite essencial de qualidade a partir do qual deve funcionar o hospital e vislumbrando a perspectiva de que nenhuma instituição hospitalar brasileira funcione aquém desse limite, em determinado tempo.

Não obstante o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar sugira que a participação dos hospitais no processo se efetive de modo voluntário, afirmava objetivar amplo entendimento quanto à melhoria da qualidade dos serviços, mediante acreditação periódica da rede hospitalar pública e privada; instituir mecanismos de autoavaliação e aprimoramento contínuo da qualidade da atenção médico-hospitalar; atualizar periodicamente os níveis e padrões definidos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar; realizar consultas permanentes com instituições responsáveis pela assistência médico-hospitalar, e, finalmente, estabelecer bases jurídicas, financeiras e estruturais para a criação do órgão nacional multi-institucional de *acreditação* hospitalar (BRASIL, 1999).

Definidas as funções da instituição hospitalar³, o manual enfatiza o atendimento ao ser humano como sua principal missão. Destaca, deste modo, um componente ético dos Programas de Garantia da Qualidade, os quais extrapolariam a meta da eficiência. Como exposto no manual em referência:

Ao contrário de outros empreendimentos, a matéria prima básica dos hospitais é o doente, e cabe a eles reintegrá-lo à sociedade em condições de retomar, tanto quanto possível, as funções que desempenhava anteriormente. Assim, o conceito de “pessoa humana” encontra-se intimamente associado à existência dessas instituições, que só adquirem pleno sentido quando são concebidas em razão e a serviço da pessoa. As pessoas devem ser recebidas, tratadas, compreendidas e aceitas não só como ser finito, mas também com seu destino transcendente. Elas encerram uma riqueza incalculável, valores e tesouros ocultos que nem sempre aparecem ante o olho clínico do profissional da saúde (BRASIL, 1999, p. 9).

Neste ponto convém ressaltar os distintos significados atribuídos à qualidade dos serviços públicos no Brasil, entre esses os de saúde. Setores progressistas, historicamente engajados em movimentos sociais ancorados no princípio da cidadania ativa, encaram-na tendo como horizonte a universalidade desse princípio e tratando as questões éticas de acordo com a perspectiva reflexiva. Apesar do reconhecimento da missão hospitalar de atendimento do ser humano no âmbito da discussão dos processos de acreditação, o principal horizonte da Gestão da Qualidade é, de fato, a eficiência em si.

³ No contexto de um sistema local de saúde, seriam papéis dos hospitais: “oferecer assistência médica continuada e assistência médica integrada; concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio; construir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente; promover a saúde e prevenir as doenças sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso; abranger determinada área; avaliar os resultados de suas ações sobre a população da área de influência” (BRASIL, 1999, p. 9).

A metodologia da acreditação

As distintas iniciativas brasileiras de acreditação de serviços de saúde apontam perspectivas metodológicas de natureza quantitativa e ou qualitativa, ao se considerar por objeto as estruturas das organizações ou os processos funcionais. No primeiro caso, ao se tomar a administração como aspecto central, contemplar-se-iam recursos humanos, normas e rotinas. No segundo, destacar-se-iam as relações sociais entre agentes, meios e objetos de trabalho.

De acordo com Cordeiro (2000), a tendência internacional mais difundida a esse respeito enfatiza os aspectos funcionais das organizações, sobretudo os centrados nos cuidados do paciente. Seguindo essa tendência, o *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar* define três níveis de padronização que orientam as visitas e o processo de preparação do hospital para a *acreditação*.

Conforme deixa claro, o padrão enuncia as expectativas a serem cumpridas para fins de acreditação. Por exemplo, o nível I tem como princípios orientadores: a) habilitação do corpo funcional; b) atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários; c) estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas. O II tem por princípios orientadores os seguintes: a) existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; b) evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários; c) evidências de atuação focalizada no cliente/paciente. O nível III adota os seguintes princípios orientadores: a) evidência de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico; b) utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em

taxas e indicadores que permitam análises comparativas com referenciais adequados e obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados; c) utilização de sistema de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional de qualidade e produtividade implantado com evidências de impacto sistêmico (BRASIL, 1999).

O serviço social no contexto do processo de acreditação hospitalar

A visibilidade do serviço social como objeto de avaliação no contexto do processo em referência se intensifica ou se reduz consoante sua posição na instituição avaliada e a linha metodológica empregada nesse processo.

Em conformidade com a padronização construída pela Associação Médica do Estado de São Paulo e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o setor de serviço social é categorizado como Serviço Técnico de Apoio ou Apoio Técnico, juntamente com os setores de farmácia, reabilitação, nutrição e dietética, lavanderia, manutenção e limpeza.

No manual do MS, o serviço social figura como Apoio Técnico, ao lado dos serviços de farmácia, nutrição e dietética, enfermagem, arquivo médico, controle de infecções hospitalares, biblioteca/informação científica e estatística. Já nas propostas do CBA e nas do Rio Grande do Sul, o serviço social não se expressa claramente, é apenas presumido, mediante avaliações de ações a ele inerentes. Ademais, às vezes, consta como Outros Corpos Profissionais.

De acordo com o manual do Ministério da Saúde, o serviço social define-se como

[...] forma de atendimento prestado ao paciente e aos seus familiares quanto às questões sociais [sic], análise das condições econômicas, transporte, reintegração familiar

e demais atividades, tais como mobilização de recursos comunitários (BRASIL, 1999, p. 102).

Tal como os outros serviços e a própria instituição hospitalar, o serviço social também teria níveis de padronização, assim definidos:

No nível I, conta com profissional habilitado em serviço social, com disponibilidade de tempo para entrevistas e reuniões, em local que preserve a dignidade do paciente; no nível II, o serviço social dispõe de manual contendo normas, rotinas e procedimentos escritos atualizados e equipe treinada sistematicamente, além de manter controle estatístico dos casos atendidos e resultados alcançados; no nível III, o serviço trabalha integrado com todas as unidades do hospital, desenvolve atividades extra-hospitalares, como visitas em domicílio, contatos com a comunidade, relações institucionais e identificação de grupos de risco (BRASIL, 1999, p.103).

O serviço social do HGF e as exigências de padronização de procedimentos

O setor de serviço social do HGF tem promovido alterações em seus projetos de trabalho e práticas cotidianas em consonância com as mudanças socioeconômicas e políticas que ocorrem no país, como também nas políticas nacional e estadual de saúde, e acompanha as dinâmicas de redirecionamento do hospital.

Diante das condições de pobreza de ampla faixa populacional brasileira – especialmente a local – e dos papéis do Estado no tocante à condução da proteção social e dos serviços de saúde em particular, o setor redireciona concepções teórico-metodológicas e instrumental técnico-operativo segundo as demandas dos usuários e do Estado.

Ao final da década de 1990, em face da dinâmica da GQT no hospital, a equipe de serviço social foi instada a reelaborar

práticas e o fez, porém sem perder de vista a identidade da profissão⁴. Desse modo, a equipe definiu como missão intervir nas múltiplas formas de manifestações da questão social que, no âmbito hospitalar, se expressa como doenças, deficiências e carências socioeconômicas (CEARÁ, 2001).

Em decorrência dessa mudança, o setor definiu como visão prestar serviço de qualidade aos usuários, fundamentando-se na Lei Orgânica da Saúde e nos princípios éticos da profissão, como o respeito às diferenças de classe social, gênero, religião, etnia, opção sexual, idade e condições físicas, bem como à liberdade, defesa dos direitos humanos, da cidadania, da democracia, da equidade e da justiça social (IDEM).

Era objetivo geral do serviço social do HGF, no período, contribuir para a concretização do objetivo central do hospital, inerente à recuperação das condições de saúde da população cearense, assegurando os princípios constitucionais na prestação de serviços. Os objetivos específicos eram: a) planejar, implementar, avaliar e realimentar programas e projetos voltados para a humanização do ambiente hospitalar; b) intervir no sentido de uma melhor resolubilidade dos problemas relacionados à saúde, contribuindo nos processos de racionalização de recursos e serviços prestados pelo hospital.

Esses dois objetivos operacionalizavam-se mediante seis grandes processos de trabalho, sintetizados a seguir⁵:

1. Estudos socioeconômicos e culturais de fenômenos que interferem no processo saúde-doença dos usuários do hospital. Visava respaldar a dimensão propriamente interventiva do serviço social no hospital e, ao mesmo tempo, manter atualizados seu banco de dados e informações

⁴Assume-se perspectiva relacional segundo a qual a identidade se constrói socialmente e de modo constante. Ver a respeito: BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região. O poder simbólico. Lisboa: DIFEL, 1989.

⁵ Escrito com base em documento HGF- *Projeto de Trabalho do Serviço Social*, 2000.

(constantemente utilizados pelos profissionais desta e de outras áreas), possibilitando meios de realimentação de atividades nos diferentes setores do hospital.

Os estudos dessa natureza eram realizados com pacientes, familiares ou integrantes do seu grupo de referência, respeitando as condições sociais e de saúde dos pacientes e considerando a fase de tratamento em que eles se encontrem, ou seja: pacientes cujo plano de tratamento está em processo de definição; pacientes internados em Unidades de Terapias de Urgência (UTU); pacientes pós-cirúrgicos com passagem na Sala de Recuperação (SR); pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pacientes internados em enfermarias.

Destaque-se como parte importante desse processo a Pesquisa de Satisfação dos Usuários, cujo objetivo eram as avaliações permanentes dos serviços prestados pelo hospital, com a finalidade de realimentação de processos de trabalho⁶.

2. Atendimento de demandas sociais emergenciais de pacientes externos e internos e/ou familiares voltado a minimizar os impactos desencadeados pela situação de emergência na vida cotidiana dos pacientes e familiares, respondendo às demandas constituídas em decorrência de situações inesperadas, como doenças, traumas provocados por acidentes ou violência e morte.

3. Acompanhamento social de pacientes internados com a finalidade de contribuir para a implementação do tratamento de modo contínuo, evitando desperdício de recursos, e para, pelo menos, a minimização dos transtornos no cotidiano do trabalho e da família do paciente, em virtude da doença.

⁶A ideia de realizar pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e servidores do hospital originou-se na equipe de serviço social admitida pelo Estado para o setor de emergência do hospital, em 1991, logo em sua implantação, após a estadualização desse hospital. Posteriormente, em 1994, no processo de implantação da GQT no hospital, sua diretoria assimilou o trabalho de pesquisa iniciado pela equipe, e delegou ao serviço social a tarefa de estendê-la a todo o hospital. Desde então, a Pesquisa de Satisfação é prática corrente da equipe de serviço social, que começou sua quinta versão em 2010, mas encontra-se suspensa temporariamente em virtude de redefinições do hospital.

4. Participação em Grupos Operativos de pacientes e familiares (oncologia, renais crônicos, pediatria), focada no apoio ao paciente que vivencia as patologias crônicas, no intuito de melhorar sua qualidade de vida. Cada um desses grupos possuía objetivos e dinâmicas próprias, as quais eram definidas em subprojetos, mas sua reprodução não caberia no espaço do presente capítulo.

5. Participação em Programas Especiais como Estimulação Precoce, Renais Crônicos, Órtese e Prótese, Planejamento Familiar, Assistência Domiciliar (PAD), Suporte de Vida para a Imunodeficiência e Sala de Acolhimento, todos definidos em subprojetos específicos.

6. Educação Continuada de Servidores de Apoio e Auxiliares de Enfermagem. Tratava-se da participação do serviço social em ações e treinamentos destinados à melhoria do atendimento aos usuários do hospital, bem como de articulações com as várias coordenações (médica, enfermagem, nutrição e fisioterapia, farmácia), com vistas à resolução de problemas cotidianos que dificultavam a efetivação dos serviços, sobretudo os relacionados aos segmentos de servidores, ora referidos.

Já naquele período, diante dos muitos esforços de adequação e qualificação da Unidade de Emergência do Hospital, havia tentativas de implementação de um projeto de Acolhimento dos Pacientes e/ou Acompanhantes e Familiares cuja perspectiva seria contribuir para a melhoria das condições de prestação dos serviços da equipe multiprofissional. Incluía entre suas estratégias o desenvolvimento de ações socioeducativas abrangendo pessoas que buscavam atendimento ou o esperavam, em virtude da grande e desorganizada demanda pelos serviços do hospital ou em decorrência de problemas relacionados à dinâmica operacional dos diversos setores.

Como evidenciado, a operacionalização dos processos de trabalho anteriormente referidos impelia a equipe de assistentes sociais a uma constante atualização, a qual se efetiva mediante

sessões sistemáticas de estudos quanto às teorias explicativas da realidade social em sua dinâmica de mutação; atualização do instrumental técnico-operativo da profissão em face de novas demandas dos usuários e do Estado; estudos de casos em reuniões de trabalho, para socializar informações, dificuldades, procedimentos e condutas; exame e aprofundamento acerca das Normas Operacionais Básicas pertinentes à política de saúde; atualização de questões relacionadas à legislação da saúde, previdência social, assistência social, Estatuto da Criança e do Adolescente e Política Nacional do Idoso; acompanhamento do debate relativo aos novos programas e propostas do Ministério da Saúde, em particular, os que não podiam prescindir da participação do serviço social.

Além disso, naquele contexto, o serviço social participava da elaboração ou reelaboração de normas e rotinas do hospital (oportunidade em que expressava demandas de pacientes, acompanhantes e visitantes) atualizava, permanentemente, o Cadastro de Instituições Prestadoras de Serviços Sociais e de Saúde, e congêneres, Delegacias Policiais e Funerárias (credenciadas pelo poder público) na capital e no interior do estado, como a tomar ciência das formas de acesso e suas dinâmicas de atendimento.

Ao final de cada exercício administrativo, a equipe de profissionais do setor promovia encontro destinado à análise detalhada de todas as ações e projetos previstos e em andamento, detectava acertos e falhas e planejava o trabalho do exercício seguinte, prevendo correções e redirecionamentos (HGF, 2000).

O debate, o consenso e as respostas do setor: a primeira edição do manual

Consoante mencionou-se, havia um contexto de demandas da sociedade e de reforma da administração pública que chegava ao hospital, especialmente por

ser campo de experiências piloto. Como as diversas categorias profissionais elaboravam seus manuais de padronização de procedimentos, o setor de serviço social foi instado a também elaborar o seu, sob a justificativa de não inviabilizar o processo de acreditação do hospital. Entretanto, adotou dinâmica, metodologia de elaboração e estrutura peculiares.

A equipe desenvolveu uma prática alimentada pela reflexão e enriquecida mediante experiência de engajamento de alguns dos seus membros em instâncias organizativas da profissão e da sociedade civil. Desse modo, respondeu a essa demanda sem perder de vista o horizonte do projeto ético-político da profissão. Conforme se entende, neste aporte:

[...] cabe ao serviço social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde [...] (BRAVO; MATOS, 2010, p. 43).

Como exposto, as definições da missão e da visão do setor, antes descritas, foram antecedidas de prolongados debates da equipe, de forma pluralista, mas organicamente calcados na teoria social crítica e no Código de Ética da profissão. Tendo em vista esse horizonte, embora não houvesse uma unanimidade de pensamento, havia uma posição crítica hegemônica no próprio grupo, o qual, a despeito de todas as vicissitudes da época, era merecedor de consideração dos demais setores do hospital e de parte da direção.

Guardado o respeito à pluralidade de visões de mundo existentes no grupo, porém sem abandonar a reflexão crítica, a dinâmica de produção dos procedimentos em referência constou dos seguintes momentos: a) escolha de uma comissão elaboradora do manual dentro da equipe de serviço social; b) realização de várias sessões de estudos teóricos nas quais

eram discutidas as grandes transformações sociais daquele momento, o grave aprofundamento da pobreza que adquiria novas dimensões, bem como as estratégias de redefinições do Estado brasileiro e suas repercussões nas políticas sociais, no sistema de proteção social e no trabalho dos assistentes sociais, especialmente na área de saúde.

Essas discussões ensejaram a necessidade de adoção de uma nova concepção do Projeto de Trabalho para Serviço Social do HGF, porquanto o projeto então vigente não mais responderia às novas requisições do contexto, da instituição, nem dos usuários.

Em continuidade, a comissão sistematizou uma versão preliminar de um conjunto de Procedimentos Operacionais-Padrão (POPs), seguindo também algumas das sugestões da Direção do Programa da Qualidade, conforme a seguir: quatro procedimentos relacionados a Estudos Socioeconômicos e Culturais; treze, destinados a Atendimentos de Demandas Emergenciais; quatro, referentes a Acompanhamento e Orientação a Pacientes Internados; três, direcionados a Grupos Operativos; seis, a Programas Especiais; e, finalmente, dois, à Educação Continuada (Quadro 1).

Todos esses POPs foram exaustivamente discutidos e constituíram uma primeira versão do manual que constou do detalhamento das prováveis dinâmicas incluindo: Processo, Ação, Responsável, Recursos necessários, Atividades essenciais, Cuidados especiais, Resultados esperados e Ações corretivas. Toda a equipe de serviço social envolveu-se na discussão durante seminário ao longo de trinta horas, intitulado *Repensando nossa prática*, organizado especialmente para tal fim.

Ressalta-se o esforço sistemático da equipe de serviço social no intuito de compreender e clarificar que a sistematização das experiências na forma de procedimentos operacionais tinha cunho meramente didático, visto serem as ações profissionais todas entrecruzadas.

Esforçou-se também a equipe para evitar que jamais se identificasse o manual com estratégia de controle de tempos, movimentos ou pensamentos teóricos. Portanto, a demanda da Divisão de Qualidade do hospital poderia obter como resposta proposições de alternativas de atendimento, construídas coletivamente pelo grupo, sintonizadas com as necessidades dos usuários do hospital e, deste modo, com as da rede do SUS, jamais previsões de natureza formais ou standardizações.

Ante a impossibilidade de reprodução integral do manual neste espaço, deixam-se, a seguir, a imagem da capa e alguns exemplos de “padronizações” (Quadros 2 a 6) que não são, de fato, padronizações em sentido estrito, mas um considerável esforço com vistas a não ignorar as novas demandas institucionais e, desse modo, garantir também as dos usuários (pacientes e famílias).



Quadro 1 – Padronização de procedimentos operacionais do serviço social no HGF

1. ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS
 - 1.1 – Pacientes à espera de definição de tratamento
 - 1.2 – Pacientes das Unidades de Terapia de Urgência
 - 1.3 – Pacientes internados
 - 1.4 – Avaliação dos serviços prestados no hospital
2. ATENDIMENTOS DE DEMANDAS EMERGENCIAIS
 - 2.1 – Pacientes em situação de risco social
 - 2.2 – Direitos de vítimas de acidente, de trânsito e do trabalho
 - 2.3 – Reclamações sobre o hospital
 - 2.4 – Liberação de transporte
 - 2.5 – Liberação de vale-transporte
 - 2.6 – Declaração de internamento e/ou comparecimento
 - 2.7 – Comunicação de acidentes ou intercorrências de urgência
 - 2.8 – Transporte de pacientes da pediatria para hospitais infantis
 - 2.9 – Encaminhamentos para serviços especializados de saúde
 - 2.10 – Alimentação extra para acompanhantes ou pacientes
 - 2.11 – Identificação de desconhecidos e/ou desorientados
 - 2.12 – Ocorrências de óbitos anteriores à chegada ao hospital
 - 2.13 – Encaminhamento ao Instituto Médico Legal
3. ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO A PACIENTES INTERNADOS
 - 3.1 – Visita inicial
 - 3.2 – Visita subsequente
 - 3.3 – Participação em visita médica
 - 3.4 – Apoio ao acompanhante
4. GRUPOS OPERATIVOS
 - 4.1 – Internação pediátrica
 - 4.2 – Renais crônicos
 - 4.3 – Oncologia
5. PROGRAMAS ESPECIAIS
 - 5.1 – Estimulação precoce
 - 5.2 – Planejamento familiar
 - 5.3 – Acompanhamento a pacientes renais crônicos
 - 5.4 – Assistência domiciliar
 - 5.5 – Órtese e prótese
 - 5.6 – Suporte para imunodeficientes
6. EDUCAÇÃO CONTINUADA DE SERVIDORES DE APOIO
 - 6.1 – Projetos específicos de acordo com as demandas

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

Quadro 2 – Acompanhamento a pacientes internados/setor de emergência.

- AÇÃO: Visita inicial
- RESPONSÁVEL: Assistente social
- RECURSOS NECESSÁRIOS: Formulário padronizado; caneta; prancheta
- ATIVIDADES ESSENCIAIS
- Identificar-se (nome e função).
- Entrevistar o paciente ou acompanhante, explicando a razão do apanhado de informações e observando os seguintes aspectos: identificação do paciente por meio de documentos; endereço e telefone (s) para contato; responsável pelo paciente e endereço; forma de encaminhamento ao hospital; situação ocupacional e vínculo previdenciário; dinâmica familiar; situação de saúde; motivo da internação; necessidade de encaminhamento para perícia ou seguro; necessidade de acompanhante.
- Fornecer Autorização de Acompanhante, observando a legislação pertinente e os critérios de concessão estipulados pelo hospital.
- Quando necessário, entrar em contato com a família ou grupo de referência para comunicar a necessidade de acompanhante.
- Informar o acompanhante sobre as rotinas hospitalares.
- Prestar orientações sobre direitos sociais referentes à Seguridade Social, em conformidade com as demandas dos pacientes, assim como em relação a acidente de veículo, acidente de trabalho, seguro-desemprego, entre outros.
- Preencher Ficha de Acompanhamento Social, quando necessário.
- CUIDADOS ESPECIAIS
- Verificar se o paciente vem transferido de outra unidade de internação do hospital e, em caso positivo, examinar se ele já possui Ficha de Acompanhamento Social. Caso não a tenha, tomar as providências nesse sentido.
- Ler cuidadosamente o prontuário médico para inteirar-se dos seguintes aspectos: diagnóstico ou hipótese diagnóstica (HD); trajetória do paciente no hospital; procedimentos médicos efetivados e/ou planejados.
- Observar as condições de verbalização, orientação e afetividade do paciente.
- Preferir perguntas abertas que permitem o alargamento do campo perceptivo do paciente, incentivando-o a expressar seus sentimentos, pensamentos e opiniões.
- Evitar o uso do “por quê”. Esta forma de pergunta só deve ser utilizada para chegar a fatos e não a sentimentos ou emoções.
- As perguntas devem ser únicas e não duplas ou múltiplas.
- Preferir a forma de pergunta indireta à direta.

- AÇÃO: Visita inicial
- RESPONSÁVEL: Assistente social
- RECURSOS NECESSÁRIOS: Formulário padronizado; caneta; prancheta
- ATIVIDADES ESSENCIAIS
- Identificar-se (nome e função).
- Entrevistar o paciente ou acompanhante, explicando a razão do apanhado de informações e observando os seguintes aspectos: identificação do paciente por meio de documentos; endereço e telefone (s) para contato; responsável pelo paciente e endereço; forma de encaminhamento ao hospital; situação ocupacional e vínculo previdenciário; dinâmica familiar; situação de saúde; motivo da internação; necessidade de encaminhamento para perícia ou seguro; necessidade de acompanhante.
- Fornecer Autorização de Acompanhante, observando a legislação pertinente e os critérios de concessão estipulados pelo hospital.
- Quando necessário, entrar em contato com a família ou grupo de referência para comunicar a necessidade de acompanhante.
- Informar o acompanhante sobre as rotinas hospitalares.
- Prestar orientações sobre direitos sociais referentes à Seguridade Social, em conformidade com as demandas dos pacientes, assim como em relação a acidente de veículo, acidente de trabalho, seguro-desemprego, entre outros.
- Preencher Ficha de Acompanhamento Social, quando necessário.
- CUIDADOS ESPECIAIS
- Verificar se o paciente vem transferido de outra unidade de internação do hospital e, em caso positivo, examinar se ele já possui Ficha de Acompanhamento Social. Caso não a tenha, tomar as providências nesse sentido.
- Ler cuidadosamente o prontuário médico para inteirar-se dos seguintes aspectos: diagnóstico ou hipótese diagnóstica (HD); trajetória do paciente no hospital; procedimentos médicos efetivados e/ou planejados.
- Observar as condições de verbalização, orientação e afetividade do paciente.
- Preferir perguntas abertas que permitem o alargamento do campo perceptivo do paciente, incentivando-o a expressar seus sentimentos, pensamentos e opiniões.
- Evitar o uso do “por quê”. Esta forma de pergunta só deve ser utilizada para chegar a fatos e não a sentimentos ou emoções.
- As perguntas devem ser únicas e não duplas ou múltiplas.
- Preferir a forma de pergunta indireta à direta.

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

Quadro 3 – Acompanhamento a pacientes internados

- **AÇÃO:** Visita subsequente
- **RESPONSÁVEL:** Assistente social
- **RECURSOS NECESSÁRIOS:** Formulários padronizados; caneta; prancheta.
- **ATIVIDADES ESSENCIAIS**
- Acompanhar as formas de relacionamento da família com o paciente identificando a existência de conflitos que possam interferir em sua recuperação.
- Reforçar orientações relacionadas à Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social), em conformidade com as demandas colocadas pelo paciente ou familiares e de acordo com as leis que regem cada uma dessas áreas.
- Prestar orientações e/ou realizar encaminhamentos relacionados aos recursos comunitários disponíveis.
- Verificar a adaptação do paciente à rotina hospitalar, identificando se há temores e de que natureza.
- Em caso de pacientes cirúrgicos: prestar apoio psicológico no pré-cirúrgico; verificar se a família (ou o paciente) assinou Termo de Responsabilidade, explicando o seu alcance; acompanhar o estado emocional do paciente após a cirurgia e observar a necessidade de acompanhante ou de apoio específico; em caso de pacientes amputados, efetivar o encaminhamento à obtenção de órtese ou prótese, estimulando-o à reabilitação, quando for o caso, e o apoiando.
- Sensibilizar a família do paciente para a doação de sangue.
- Viabilizar o deslocamento temporário do paciente quando ele precisar resolver assuntos relacionados à Previdência Social (Cartórios, Bancos, etc.)
- Identificar situações de pacientes que demandam acompanhamento especial, a exemplo de pessoas com HIV, detentos ou familiares detentos, homossexuais em dificuldade, crianças, idosos ou mulheres em situação de risco e outros.
- Acompanhar os casos de resistência à transferência para Hospitais de Apoio, quando necessário.
- Acompanhar alta do paciente, garantindo que a forma de egresso respeite as condições adequadas à sua completa recuperação.
- Acompanhar casos em que o paciente está de alta mas resiste em deixar o hospital.
- Acompanhar casos em que o paciente está de alta e necessita engajar-se em programas públicos que garantam a continuidade do seu tratamento.
- Acompanhar casos em que o paciente está de alta e não tem para onde ir (população de rua e itinerantes de abrigos e casas de passagem).

- Tomar as providências cabíveis em caso de óbito, pautando-se na rotina existente no hospital.
- CUIDADOS ESPECIAIS
- Verificar os prontuários e contatar com a equipe de saúde, quando necessário, para apreender a evolução do tratamento do paciente e identificar demandas emergentes no transcorrer do tratamento.
- Verificar, diariamente, as Fichas de Acompanhamento Social, para identificar os procedimentos e encaminhamentos dos demais assistentes sociais, com vistas a garantir um acompanhamento sem interrupções.
- RESULTADOS ESPERADOS
- Contribuir para a resolubilidade do caso, amenizando os efeitos da doença no cotidiano do paciente.
- AÇÕES CORRETIVAS
- Avaliar, constantemente, o acompanhamento do caso e redirecioná-lo quando necessário.

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

Quadro 4 – Acompanhamento a pacientes internados

- **AÇÃO:** Acompanhamento às visitas médicas
- **RESPONSÁVEL:** Assistente social
- **RECURSOS NECESSÁRIOS:** Prontuários, Fichas de Acompanhamento Social; caneta e papel.
- **ATIVIDADES ESSENCIAIS**
 - Descrever, de modo sucinto, o perfil socioeconômico e cultural do paciente.
 - Relatar problemas de natureza social que estejam interferindo no andamento do plano de tratamento do paciente.
 - Situar o paciente quanto ao seu núcleo familiar e/ou comunitário destacando a relação destes com o seu processo de tratamento.
 - Destacar repercussões da doença do paciente no seu trabalho e família.
 - Abordar situação previdenciária do paciente e as providências da equipe de saúde no sentido de agilizar direitos nesse campo.
- **CUIDADOS ESPECIAIS**
 - Ler cuidadosamente todos os prontuários.
 - Preparar relato sucinto de aspectos a serem descritos durante a visita.
- **RESULTADOS ESPERADOS**
 - Contribuir para a agilização de providências a serem tomadas pelos demais membros da equipe.
- **AÇÕES CORRETIVAS**
 - Aperfeiçoar as formas de relato retro propostas.

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

Quadro 5 – Acompanhamento a pacientes internados

- AÇÃO: Apoio e Orientação ao Acompanhante.
- RESPONSÁVEL: Assistente social
- RECURSOS NECESSÁRIOS: Formulários de autorização de acompanhante; Formulários de diárias de acompanhante; *Folders* de orientação ao acompanhante.
- ATIVIDADES ESSENCIAIS
- Acompanhar, diariamente, a justificativa de permanência do acompanhante, observando os casos previstos em lei.
- Inteirar-se da forma de relacionamento do acompanhante com o paciente e vice-versa.
- Observar atentamente o estado físico e emocional do acompanhante.
- Realizar reuniões periódicas com os acompanhantes no sentido de garantir-lhes maior integração no ambiente hospitalar.
- Prestar orientações a respeito de:
 - Direitos do paciente;
 - Normas e rotinas hospitalares;
 - Cuidados a serem tomados para evitar infecção hospitalar;
 - Revezamento de familiares para não sobrecarregar pessoas vulneráveis, como grávidas e idosos;
 - Revezamento de acompanhantes no horário das refeições;
 - Colaboração entre os acompanhantes;
 - Relacionamento com o corpo técnico e funcionários em geral.
- CUIDADOS ESPECIAIS
- Acompanhar o estado emocional do acompanhante, considerando-o como pessoa em condição de sofrimento que, entretanto, deve respeitar normas, rotinas e regras de convívio.
- RESULTADOS ESPERADOS
- Contribuir para a agilização de providências a serem tomadas pelos demais membros da equipe.
- AÇÕES CORRETIVAS
- Rever, quando necessário, as formas de orientação e abordagem aos acompanhantes.

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

Quadro 6 – Acompanhamento a pacientes internados desconhecidos

- **AÇÃO:** Identificar pacientes desorientados, desacompanhados e sem registro de dados pessoais
- **RESPONSÁVEL:** Assistente social
- **RECURSOS NECESSÁRIOS:** Material de expediente; Ficha de registro de pacientes; Telefone com linha direta e catálogo telefônico; Cadastro dos meios de comunicação que dispõem de serviço de utilidade pública; Livros de Ocorrência.
- **ATIVIDADES ESSENCIAIS**
 - Certificar-se da inexistência de dados pessoais, número de telefone, etc.
 - Verificar a existência do registro da procedência do paciente (por meio da ficha de atendimento inicial, do formulário preenchido pelos maqueiros ao receber pacientes desorientados e desacompanhados ou através dos documentos portados pelo paciente).
 - Se houver o registro do endereço do paciente, identificar números telefônicos que possam facilitar o contato com família, grupo de referência ou amigos (telefone da residência, comunitário, de vizinhos ou de amigos).
 - Realizar ligações telefônicas com vistas à identificação do paciente.
 - Se houver apenas o registro das proximidades onde foi encontrado o paciente, buscar identificar pessoas, por meio de contato telefônico, que possam repassar informações que facilitem o acesso à família, grupo de referência ou amigos (vizinhos, líderes comunitários, agentes de saúde, líderes religiosos, instituições sociais, entre outros).
 - Caso não tenha sido possível o contato através desses procedimentos, aguardar, durante vinte e quatro horas, a retomada de consciência do paciente ou o comparecimento de familiares ou amigos.
 - Após vinte e quatro horas, se permanecer o quadro inicial de completo desconhecimento do contato familiar do paciente, acionar a assessoria de imprensa do HGF e solicitar dos meios de comunicação que dispõem de serviço de utilidade pública a veiculação de matéria indicando a permanência do referido paciente na instituição hospitalar e solicitando informações que possam facilitar comunicação com amigos ou familiares.
 - Repetir os referidos procedimentos por dois ou três dias consecutivos.
 - Após todas as tentativas, diante da inexistência de contatos com familiares ou pessoas de sua referência, realizar os seguintes procedimentos:

- Em caso de alta hospitalar, procurar abrigo em instituições sociais que possam acolhê-lo até completar a recuperação;
- Caso seja identificado que o paciente é “morador de rua”, ocorra a alta hospitalar e não haja instituição disponível para ajudá-lo, procurar outras alternativas, inclusive a permanência no hospital até que haja possibilidade de seu retorno ao local de origem, procurando apoio de instituições sociais que possam ajudá-lo com alimentação ou outros cuidados necessários;
- Em caso de óbito, enviar relatório ao setor de anatomia patológica para providências cabíveis ao caso (previstas na rotina de óbito do hospital).
- CUIDADOS ESPECIAIS
- Registrar, detalhadamente, todas as informações colhidas e procedimentos tomados na Ficha de Acompanhamento Social, e as observações importantes no Livro de Ocorrências;
- Ao procurar os serviços de utilidade pública, repassar as informações que possam facilitar a identificação do paciente por parte da família, grupo de referência ou amigos (sexo, idade, traços físicos característicos, local e data em que foi encontrado, entre outros).
- RESULTADOS ESPERADOS
- Localizar familiares, grupos de referência ou amigos de pacientes que deram entrada no hospital sem acompanhante e sem registro de dados pessoais.
- AÇÕES CORRETIVAS
- Em casos dessa natureza as correções são imprevisíveis.

Fonte: *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2001.

A atualização e a segunda edição

A primeira edição do manual foi utilizada em planejamentos estratégicos do hospital e consultada por setores diversos deste hospital e pela própria equipe de serviço social em várias oportunidades, assim como serviu de inspiração para outras instituições da área de saúde.

Entretanto, decorrida uma década o manual tornou-se desatualizado, por vários motivos internos e externos do/ao hospital.

Durante essa década, em meio a muitas reformas tanto da sua estrutura física como sob o ponto de vista administrativo, a Direção da Qualidade foi extinta, a despeito de liderar várias atividades inerentes à condição assumida pelo hospital de servir de Centro Colaborador do MS para a Qualidade de Gestão e Assistência Hospitalar e experimentação do Programa de Acreditação Hospitalar. A extinção ocorreu em 2003, logo no início de nova gestão estadual que se iniciava¹ e substituía toda a direção do HGF.

No período, houve forte centralização da nova administração, a qual passou a direcionar pontualmente as demandas para o serviço social somente a determinados profissionais do setor. A equipe posicionou-se reativamente à postura da direção e apesar de ter dado continuidade a projetos iniciados anteriormente (entre os quais, a avaliação dos serviços prestados pelo hospital, que era coordenada pelo setor de serviço social), os responsáveis viam-se totalmente desestimulados nesse contexto de centralização que desvalorizava ou procurava inviabilizar projetos, especialmente o de avaliação dos serviços, muito embora lançasse mão dos resultados diante do MS.

Posteriormente (na vigência de governo estadual eleito por uma coligação de esquerda liderada pelo Partido Socialista Brasileiro), a composição da equipe modificou-se em face da saída voluntária de profissionais de carreira que decidiram submeter-se a concursos para outras instituições (sobretudo, universidades públicas) ou para ocupar cargos em outras esferas governamentais estaduais e federais. Nessa nova dinâmica, houve ainda o desmonte do plano de cargos e salários dos servidores estaduais de saúde. Isto também acarretou grande desmotivação da equipe que, a

essas alturas, já havia acolhido considerável número de profissionais “terceirizados”.

Apesar de ocorrerem mudanças no país depois de 2003, as quais reverberavam no HGF, como por exemplo as novas formas de relações entre o Estado e a sociedade, propiciando políticas públicas inclusivas de segmentos sociais até então silenciados ou estigmatizados, e no campo da saúde terem se firmado os pactos pela vida e em defesa do SUS, ser proposto o reforço da rede de atenção e ampliada a oferta de serviços ainda persistiram grandes problemas no hospital e a equipe continuava desmotivada. Na composição da equipe não havia mais aquele segmento hegemônico em número e em defesa de um projeto universalista de saúde, que respeitava a pluralidade, mas tinha posicionamentos firmes diante das tentativas de restrição de direitos no campo da saúde e nos demais.

Nesse contexto, prosseguiram as obras de ampliação e revitalização do HGF, crescia e se diversificava a oferta de serviços, surgia nova dinâmica de gerenciamento e renovavam-se equipamentos propiciadores de novas tecnologias.

O hospital tornou-se referência em 63 especialidades e subespecialidades médicas e procedimentos de alta complexidade, destacando-se em transplantes de órgãos e neurocirurgias. Passou a ter 563 leitos e realizar, mensalmente, cerca de 19 mil consultas, aproximadamente 600 cirurgias, 210 mil exames laboratoriais e mais de 8 mil exames de imagens. Como hospital de ensino, atua na formação de médicos em 26 especialidades e está inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas (RNPC) e na Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Oferta também Residência Multiprofissional (em fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e serviço social, entre outras áreas) (www.hgf.ce.gov.br). Segundo dados estatísticos do hospital,

particularmente na Unidade de Emergência, em 2013, foram feitos cerca de 26.578 acolhimentos, 20.715 internamentos e 5.672 referencia mentos.

Entretanto, mesmo diante da ampliação e das mudanças sociopolíticas no país e, até certo ponto, no Ceará, os problemas de atendimento permaneciam, por razões exógenas situadas em toda a extensão da rede de atenção à saúde, entre as quais a precarização do trabalho de todas as categorias profissionais.

Nesse clima e em face da nova dinâmica do setor de serviço social, a revisão do manual foi sendo postergada, embora ele fosse solicitado em várias ocasiões pelas direções e a equipe tivesse certeza quanto à necessidade e a urgência de sua atualização. Apesar de perceber esse panorama e refletir sobre suas repercussões na atuação do serviço social, somente em 2011, a equipe decidiu-se pela reedição do manual, quando a direção do hospital o solicitou, mais uma vez.

No caminho metodológico de elaboração da segunda edição do manual, preparada em seis meses e cerca de oito reuniões de trabalho, a equipe focou-se em aprofundar a compreensão acerca da reciprocidade entre teoria e prática, em razão desse novo contexto e das suas repercussões no caso específico do HGF.

O sentido das discussões era o de qualificar e sistematizar as próprias práticas em forma de um proposta operacional, porquanto essas práticas eram experienciadas “anos a fio”, por quase toda a equipe, mediante critérios éticos, teóricos, técnicos e não raras vezes conflitantes, especialmente por serem marcadas pelo corajoso enfrentamento do difícil cotidiano de um hospitalar terciário do SUS e efetivadas no tênue fio da indescritível experiência da relação vida-finitude.

Por isso, a equipe posicionou-se sempre favorável à política de humanização dos serviços de saúde, compreendendo, com Martinelli (2011), que a consolidação

da identidade da profissão de serviço social relaciona-se ao fortalecimento dos profissionais como seres humanos quando eles são capazes de humanizar a prática e que

Na área da saúde, onde existem múltiplas identidades em interação, este é um desafio cotidiano, que se transforma em verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de uma prática competente, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte [...] sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe (MARTINELLI, 2011, p. 4).

Nessa ótica, os principais suportes na elaboração do manual foram as histórias sociais e dinâmicas familiares dos pacientes e acompanhantes atendidos pelo serviço social do HGF – seja em plantões de emergência, em equipes multiprofissionais, em programas e serviços especiais, comissões ou conselhos –, interpretadas pelas lentes das diversas teorias sociais, psicológicas ou antropológicas que dão respaldo à profissão.

Ao mesmo tempo, em todos os momentos da produção do manual, a equipe consultou, permanentemente, seu projeto de intervenção (Projeto de Serviço Social 2011-2013), cuja dinâmica de elaboração se encontra no próximo capítulo deste livro. Assim, no intuito de reafirmar as bases da sua prática profissional, respaldou-se, mais uma vez, no Código de Ética da profissão, na legislação do SUS, direitos sociais em geral e na referente a segmentos específicos como crianças e adolescentes, idosos, deficientes, público LGBT e pessoas pertencentes a culturas diferenciadas, bem como nas diversas convenções internacionais a respeito dos direitos humanos.

Em síntese, a elaboração contou com a participação de toda a equipe e transcorreu em várias reuniões de trabalho, a maioria delas realizadas no auditório do Conselho de Serviço Social do Ceará (CRESS) e no Núcleo de Pesquisas Sociais (NUPES) da Universidade Estadual do Ceará. Durante

as reuniões foram sistematizadas experiências vividas pelas assistentes sociais da equipe e antecipadas novas proposições, sempre buscando “clarear os caminhos com a luz da teoria”, conforme bibliografia constante deste manual, jamais adotando qualquer modelo *a priori*.

Finalmente, o *Manual Operacional de Serviço Social: uma proposta de padronização de procedimentos* abrange processos e ações de serviço social relativos à Unidade de Emergência, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Internamentos, Ambulatórios, Programas, Projetos e Serviços Especiais, Comissões e Conselhos.

O Manual foi divulgado em várias oportunidades e instituições, destacando-se as sessões específicas com essa finalidade realizadas no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) por solicitação do então Presidente Elísio Loyola; na Assembleia Legislativa do Ceará (ALCE) em sessão especial solicitada pela então Presidente da Comissão de Seguridade Social e Saúde, Deputada Mirian Sobreira; em vários Centros Universitários, destacando-se a Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO) e em várias instituições de saúde de Fortaleza.

Dada a impossibilidade de reprodução do manual neste capítulo, exemplificam-se alguns processos, conforme a seguir⁷:



⁷ A numeração dos processos é um código, por isso não estão expostos em sequência.

PROCESSO 6 – ACOMPANHAMENTO AO PACIENTE INTERNADO NO SETOR ELETIVO

AÇÕES

6.1 Realização de visita inicial

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Preparação (Ler prontuário para inteirar-se dos seguintes aspectos: diagnóstico ou hipótese diagnóstica, trajetória do usuário no hospital, procedimentos efetivados e/ou planejados pela equipe interdisciplinar e verificar se existe Ficha de Acompanhamento Social em todos os prontuários);
- Observar as condições de verbalização, orientação e emocionais do paciente;
- Identificar-se (nome e função);
- Tratar o paciente (ou acompanhante, quando o paciente não apresentar condições de verbalização, orientação e emocionais) pelo nome;
- Entrevistar o paciente ou acompanhante, explicando a razão da solicitação de informações e observando os seguintes aspectos: identificação do paciente através de documentos, endereço e telefone (s) para contato, responsável pelo paciente e endereço, forma de encaminhamento ao hospital, situação ocupacional, socioeconômica e cultural, vínculo previdenciário e socioassistencial, dinâmica familiar, situação de saúde, motivo da internação, necessidade de encaminhamento para perícia ou seguro, rede de serviços socioassistenciais, psicossociais ou jurídicos, assim como a necessidade de acompanhante;
- Ao entrevistar, preferir perguntas abertas, que permitam o alargamento do campo perceptivo do usuário, incentivando-o a expressar seus sentimentos, pensamentos e opiniões, evitar o uso do “por quê”, visto que esta forma de pergunta só deve ser utilizada para chegar a fatos e não a sentimentos ou emoções; as perguntas devem ser *únicas* e não *duplas* ou *múltiplas*; preferir a forma de pergunta indireta à direta;
- Fornecer Autorização de Acompanhamento, observando a legislação pertinente, os critérios de concessão estipulados pelo hospital e o consenso da equipe multidisciplinar;
- Informar o acompanhante sobre seus direitos e deveres e sobre as rotinas hospitalares;
- Quando necessário, entrar em contato com a família ou grupo de referência para comunicar a necessidade de acompanhante;
- Identificar meios para facilitar o acesso do paciente e/ou de seu representante legal às informações referentes ao seu diagnóstico, tratamento clínico/cirúrgico e demais condutas indicadas;
- Orientar sobre os direitos do paciente e, em conformidade com as suas demandas (explícitas ou potenciais), prestar esclarecimentos sobre os direitos sociais e formas de acesso;
- Disponibilizar informações e subsídios importantes para as diversas possibilidades de evolução do tratamento do paciente (alta, transferência ou óbito);
- Contribuir para a melhoria do grau de resolubilidade do caso;
- Democratizar informações que possibilitem o exercício da cidadania dos pacientes e/ou seus familiares.

AÇÕES

6.1 Realização de visitas subsequentes

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Verificar, diariamente, as Fichas de Acompanhamento Social, para identificar os procedimentos e encaminhamentos feitos pelos demais assistentes sociais, de modo a garantir um acompanhamento ininterrupto, evitando procedimentos desnecessários e/ou repetitivos;

- Verificar os prontuários e contatar com a equipe multiprofissional, quando necessário, para apreender a evolução do tratamento do paciente e identificar demandas emergentes no transcorrer do tratamento;
- Identificar situações de pacientes que demandam acompanhamento especial, a exemplo de soropositivos, detentos ou familiares de detentos, crianças, idosos ou mulheres em situação de risco e outros;
- Acompanhar as formas de relacionamento da família com o paciente identificando a existência de conflitos que possam interferir em sua recuperação;
- Reforçar orientações e/ou realizar encaminhamentos relacionadas à Seguridade Social, rede de serviços socioassistenciais, psicossociais ou jurídicos, em conformidade com as demandas (explícitas ou em potencial) do paciente;
- Verificar a adaptação do paciente à rotina hospitalar, identificando se há temores e de que natureza. Caso isso ocorra, comunicar ao serviço de apoio psicológico para avaliação e providências;
- Nos casos em que o paciente se submeterá a tratamento cirúrgico, verificar se a família (ou o paciente) assinou Termo de Responsabilidade explicando o seu alcance, acompanhar o estado emocional do paciente e, quando necessário, encaminhá-lo para o serviço de apoio psicológico;
- Nos casos em que o paciente se submeteu à cirurgia, verificar a necessidade de acompanhante e/ou de apoio específico, e fazer o encaminhamento devido;
- Em casos de pacientes que se submeteram a amputação, orientar sobre os serviços e/ou Programas de Órtese ou Prótese, estimulando-o também à reabilitação, quando for o caso, apoiando-o;
- Acompanhar as intercorrências acerca da solicitação de saída de paciente internado para resolver assuntos relacionados à Previdência Social (Cartórios, Bancos etc.) e/ou benefícios socioassistenciais, orientando-o acerca de outras alternativas de soluções, sempre resguardando a segurança e a integridade do paciente;
- Contribuir para a resolubilidade do caso, e apoiar as famílias dos pacientes no enfrentamento aos efeitos da doença no cotidiano do paciente;
- Identificar os pacientes de alta e realizar os devidos encaminhamentos (Vide 6.4 deste Manual);
- Tomar as providências cabíveis em caso de óbito, pautando-se na rotina existente no hospital (Vide 6.6 deste Manual).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

6.3 Acompanhamento ao acompanhante

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Acompanhar, periodicamente, a justificativa de permanência do acompanhante, observando os casos previstos em Lei;
- Observar atentamente o estado físico e emocional do acompanhante e tomar as providências cabíveis às situações (contatos com outros familiares e/ou pessoas de referência, encaminhamento para atendimento médico, quando necessário);
- Inteirar-se acerca do vínculo e da dinâmica de relações entre acompanhante e paciente, e, quando necessário, dar encaminhamento adequado ao caso;
- Inteirar-se da dinâmica de relações entre acompanhante e equipe multiprofissional de saúde e, quando necessário, dar encaminhamento adequado ao caso;
- Inteirar-se da dinâmica de relações entre acompanhantes e, quando necessário, dar encaminhamento adequado ao caso;
- Observar as formas de sociabilidade entre os acompanhantes, estimulando as que contribuem para o bem-estar do paciente e desestimulando as que forem contrárias;

- Realizar reuniões periódicas com os acompanhantes visando à socialização dos direitos e deveres;
- Prestar orientações direcionadas a direitos do paciente, normas e rotinas hospitalares, cuidados direcionados à prevenção de infecção hospitalar, revezamento de familiares para não sobrecarregar pessoas em situação de vulnerabilidade e possível revezamento de acompanhantes em horários de refeições;

AÇÕES

6.4 Acompanhamento ao paciente em alta hospitalar

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Realizar contato com familiar ou responsável pelo paciente e, mediante relatório de Alta Hospitalar, comunicá-los. Caso haja alguma necessidade específica (roupas, objetos de uso pessoal etc.), dar ciência a família para que sejam tomadas as providências cabíveis;
- Em caso de paciente de Fortaleza, que se encontre acamado ou com outras necessidades que inviabilizem seu deslocamento, solicitar transporte ao setor competente do hospital;
- Em caso de paciente de outro município ou estado, que se encontre acamado ou com outras necessidades que inviabilizem seu deslocamento, solicitar transporte ao setor competente do seu município ou estado de origem;
- Quando o paciente necessitar de Atestado Médico para fins trabalhistas, previdenciários ou assistenciais, certificar-se de que tal providência foi tomada e, quando for o caso, fazer o encaminhamento devido;
- Quando se tratar de pacientes renais crônicos, com Solicitação da Terapia Substitutiva (TRS), fazer os devidos encaminhamentos, após esclarecimentos e informações sobre as formas de acessos;
- Encaminhar o paciente ou o acompanhante ao Setor de Nutrição para receber orientação sobre a dieta indicada, quando necessário;
- Acompanhar os casos de alta a pedido e discuti-los com a equipe de saúde e, se possível, com o paciente e/ou familiar, ou com o responsável;
- Acompanhar casos de alta social, observando vínculos familiares, grupais, institucionais e comunitários, forma adequada de deslocamento (respeitando as condições a sua completa recuperação), motivos geradores de resistências de pacientes que, embora estando de alta médica, não desejam sair do hospital, pacientes de alta médica que necessitam se engajar em programas públicos garantidores da continuidade do seu tratamento (incluídos os programas que visam à proteção social), paciente de alta médica que não têm para onde retornar, como pessoas em situação de rua, itinerantes e estrangeiros, entre outros;

AÇÕES

6.5 Acompanhamento a paciente em transferência

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Transferência intra-hospitalar
- Após recebimento de informação de alta pela Equipe de Enfermagem e a constatação de que o paciente está sem acompanhante, comunicar-se com a família ou pessoa de referência para que seja providenciado o acompanhamento, esclarecendo as condições e informando que ao chegar ao hospital o acompanhante se dirija ao Serviço Social para receber documento de Autorização de Acompanhamento, orientações e encaminhamentos concernentes ao caso;
- Transferência extra-hospitalar
- Comunicar-se com a família ou pessoa de referência, informando-a para onde o paciente foi transferido e prestar as orientações e informações cabíveis ao caso.

AÇÕES

6.6 Participação na equipe multiprofissional de saúde, em caso de óbito de usuário

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Receber a Notificação de Óbito, observando o nome da pessoa falecida, horário e local do óbito, e assinatura do profissional responsável pela constatação;
- Conferir o nome da pessoa falecida, por meio da FAS ou Boletim de Atendimento;
- Caso a Notificação de Óbito apresente divergência de qualquer natureza em relação aos registros do Serviço Social, comunicar-se com o setor que a remeteu, esclarecer dúvidas e providenciar correções, quando for o caso;
- Solicitar a presença de familiar ou responsável para tomada de providências, observando na FAS se há destaque de familiar (ou pessoa de referência) a ser contatado;
- Solicitar da família ou pessoa de referência o comparecimento ao hospital e documento de identificação do falecido;
- Receber os familiares ou responsáveis, de forma acolhedora e encaminhar um deles à Unidade onde ocorreu o óbito, para que preste as informações necessárias à elaboração de Declaração de Óbito;
- Em caso de demanda de auxílio funeral público, encaminhar à instituição ou serviço responsável e mediar o acesso;
- Em caso de demanda de traslado, quando a família não dispuser de meios para fazê-lo, comunicar-se com a instituição competente do município, estado, ou (consulado) do país de origem do falecido, tendo em vista mobilizar meios e mediar os acessos necessários;
- Prestar orientações acerca dos direitos previdenciários e da rede socioassistencial ou jurídica, relacionados ao caso;
- Caso a pessoa falecida não possua documento de identificação e tenha familiar ou responsável, encaminhá-los à Delegacia de Plantão para registro de Boletim de Ocorrência (BO) e orientá-los sobre a necessidade de retorno ao Hospital para que seja providenciada a Declaração de Óbito, o encaminhamento ao SVO, ou ao IML, dependendo do caso;
- Nos casos de encaminhamento ao SVO, observar as rotinas (HGF e SVO), orientar a família e efetivar os encaminhamentos cabíveis ao Setor de Serviço Social;
- Nos casos de encaminhamento ao IML, observar as rotinas (HGF, Delegacia de Plantão e IML), orientar a família e efetivar os encaminhamentos cabíveis ao Setor de Serviço Social;
- Quando o paciente for desconhecido, observar a rotina em vigência no Hospital.

PROCESSO 9 – ACESSORIA SOCIAL EM PROGRAMAS E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

AÇÕES

9.4 Participação na equipe multiprofissional responsável pelo Programa de Assistência Domiciliar (PAD).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Realizar atendimentos hospitalares e domiciliares destinados a:
- Efetivar estudos socioeconômicos e culturais do paciente situando-o em relação à família, grupo e/ou pessoa de referência na comunidade;
- Compreender a dinâmica relacional entre o paciente e sua família, identificando possibilidades e/ou dificuldades daí decorrentes;

- Prestar esclarecimentos ao cuidador e à família, grupo e/ou pessoa de referência do paciente acerca do funcionamento do Programa;
- Sugerir e orientar, de modo respeitoso, acerca de modificações ambientais no domicílio do paciente, visando sua locomoção e acomodação, quando necessário;
- Orientar a família do paciente quanto à escolha do cuidador;
- Esclarecer acerca de direitos e deveres do paciente e de seus familiares engajados no Programa;
- Desenvolver atividades com vistas à assimilação do funcionamento do Programa e escolha correta do paciente;
- Prestar orientações e/ou realizar encaminhamentos relacionadas à Seguridade Social, outras formas de proteção social e/ou jurídica, bem como aos serviços disponibilizados no território onde reside o paciente, em resposta às suas demandas (explícitas ou potenciais);
- Verificar a adaptação do usuário e cuidador à nova rotina recomendada pelo Programa, identificando se há inseguranças e temores, e de que ordem;
- Contribuir com a equipe multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades do cuidador para a assistência a ser prestada ao usuário;
- Buscar a intersetorialidade entre os demais Programas e políticas sociais e efetivar encaminhamentos, quando assim for necessário;
- Prestar orientações relativas aos cuidados com o paciente;
- Incentivar os familiares, grupo e/ou pessoa de referência do paciente a desenvolver ações que interferiram na melhoria das condições desse paciente;
- Avaliar a participação, aceitação e satisfação do usuário e da sua família relativamente ao funcionamento do Programa;
- Orientar sobre a importância do estímulo à participação do paciente no autocuidado e quanto ao fortalecimento de sua autonomia, envolvendo o cuidador e a família;
- Observar possíveis dificuldades do cuidador quanto ao desempenho de suas funções, verificando se as orientações prestadas são assimiladas e postas em prática, e se há sobrecarga emocional do cuidador e, caso identificado, realizar os encaminhamentos devidos;
- Estimular a participação do cuidador, em relação às orientações prestadas pela equipe do Programa, esclarecendo as possíveis dúvidas relativas aos procedimentos orientados;
- Apoiar emocionalmente o cuidador, tendo em vista os sentimentos provenientes do novo papel em desempenho;
- Nos casos em que, porventura, o cuidador não se desempenhe satisfatoriamente, discutir com a família a sua substituição e iniciar novo processo de orientação com o novo cuidador;
- Avaliar o trabalho junto à equipe multiprofissional no Programa e buscar alternativas de melhorias, de modo a aproximar-se dos objetivos propostos.
- Realizar visitas domiciliares e/ou outra(s) intervenção(ões) quando a equipe visitadora identificar a necessidade da atuação do Serviço Social;
- Desenvolver atividades no sentido de contribuir para a prevenção de intercorrências e a redução da quantidade de reinternações;
- Na hipótese de grande incidência de reinternações, reavaliar ações com a equipe multiprofissional e sugerir a efetivação de medidas cabíveis;
- Orientar o cuidador e sua família a dirigir-se à Unidade Básica de Saúde mais próxima para a integração/reintegração do paciente após a alta do Programa;

- Realizar visitas domiciliares pós-óbitos objetivando dar apoio emocional à família, assim como as orientações devidas.

AÇÕES

9.5 Participação na equipe multiprofissional responsável pelo Serviço de Transplante Renal

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Acolher paciente e/ou familiar/cuidador para a entrevista inicial;
- Realizar escuta social;
- Examinar, cuidadosamente, o prontuário pré-transplante do paciente, verificando a evolução/consulta de outros profissionais para se apropriar de dados/ informações;
- Esclarecer, em linguagem clara e objetiva, acerca do processo doação - transplante como parte de uma política pública;
- Prestar orientações direcionadas a direitos e deveres do paciente e sobre normas e rotinas hospitalares;
- Proceder a entrevista percebendo os determinantes socioeconômicos, culturais, habitacionais, familiares, psicológicos e psiquiátricos envolvidos na situação e, se necessário, encaminhar o paciente para o Serviço de Psicologia ou Psiquiatria do Setor de Transplante;
- Encaminhar o paciente para outros serviços de acordo com as demandas (explícitas ou implícitas) apresentadas;
- Solicitar a presença de familiar do paciente, sempre que necessário;
- Realizar visita domiciliar para aprofundamento de dados e informações necessárias à elaboração de Parecer Social, ou quando se fizer necessário;
- Informar e orientar o paciente/familiar/ acompanhante acerca do processo de pré e pós-transplante, no que diz respeito ao período de internação, no pós-operatório e enfermagem, assim como ao seu tratamento e acompanhamento hospitalar e ambulatorial;
- Verificar se o paciente originário de outro estado ou município tem o benefício de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e/ou ajuda de custo na capital, visto que a continuidade do tratamento no ambulatorio é necessária, inicialmente, duas vezes por semana. Caso contrário, orientá-lo sobre os procedimentos necessários à aquisição do benefício e realizar encaminhamento ao Órgão competente;
- Orientar sobre direitos relacionados à Seguridade Social e benefícios socioassistenciais. Nos demais casos, orientar de acordo com a demanda apresentada ou em potencial;
- Acionar a rede de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), quando necessário, e fazer encaminhamentos mediante relatório consubstanciado;
- Observar de maneira cuidadosa as condições emocionais do usuário, tais como: medo, insegurança, tristeza, raiva, ansiedade, receio, angústia, dentre outros;
- Solicitar a presença da família/cuidador para entrevista subsequente, caso identifique a real necessidade;
- Disponibilizar dados e informações importantes para os demais membros da equipe multiprofissional, como forma de favorecer a "linha do cuidado em saúde" do paciente;
- Fornecer Declaração de Comparecimento ao Hospital para paciente e/ou cuidador/acompanhante, quando for solicitado;
- Nos casos de transplante com doador vivo realizar a intervenção social na sua totalidade, incluindo o receptor, o doador e a família;
- Informar à instituição responsável pelo usuário em seu município ou estado de origem sobre o tempo de permanência desse usuário em Fortaleza;

- Elaborar e emitir Parecer Social para a realização (ou não) do transplante.

AÇÕES

9.6 Participação na equipe multiprofissional responsável pelo Programa Suporte de Vida para Imunodeprimidos

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Atividades Grupais:

- Realizar e/ou aprofundar estudos socioeconômicos e culturais acerca do paciente, da sua família e/ou unidade de referência, visando à identificação de determinantes que dificultam o tratamento;
- Promover dinâmicas de grupo com vista a propiciar trocas de experiências relacionadas à sua condição de soropositividade (enfrentamento à discriminação e continuidade da vida social e em família);
- Propiciar palestras e debates com especialistas e integrantes de Grupos de Apoio diversos, visando ao esclarecimento de dúvidas e questionamentos relacionados com a doença, o tratamento e o convívio social;
- Desenvolver oficinas de Educação em Saúde, de acordo com os anseios dos paciente e as necessidades do serviço;
- Possibilitar o desenvolvimento de atividades visando à ampliação dos laços de solidariedade entre os usuários, tendo em vista o enfrentamento dos estigmas que os cercam;
- Prestar orientações e/ou realizar encaminhamentos relacionadas à Seguridade Social, outras formas de proteção social, direitos sexuais e reprodutivos, assim como outros direitos em geral relacionados a sua condição de soropositividade;
- Socializar a compreensão da intersetorialidade, de modo a ampliar o alcance das possibilidades de suporte às demandas do grupo;
- Apoiar as formas de sociabilidade construídas no grupo, respeitando as diversidades de subjetividades e opiniões;
- Fomentar ações direcionadas à avaliação e redirecionamentos de ações e atividades dentro da própria dinâmica grupal, quando necessário.

Atividades Individuais:

- Realizar estudos socioeconômicos e culturais acerca do paciente, da sua família e/ou unidade de referência, visando à identificação de determinantes que dificultam a adesão ao tratamento;
- Realizar busca ativa de pacientes faltosos ao tratamento;
- Discutir com a equipe multiprofissional de saúde a respeito dos motivos das ausências de pacientes ao tratamento e sugerir formas de soluções;
- Mobilizar meios de garantia do direito de locomoção dos usuários (em dificuldade financeira) para o comparecimento às consultas, exames e trabalhos grupais, especialmente a concessão de vale-transporte quando se tratar de paciente de Fortaleza, e o transporte quando se tratar de paciente do interior do estado;
- Encaminhar integrantes do grupo com dificuldades emocionais ao Serviço de Psicologia do setor;
- Realizar escuta social de queixas, reclamações e sugestões dos pacientes da Unidade, discuti-los com a equipe e, quando necessário, fazer encaminhamentos à Ouvidoria.

Considerações finais

Em sua primeira edição, em 2001, a proposta de “padronização” dos procedimentos do setor de serviço social do HGF foi realizada sem jamais perder de vista os efeitos deletérios da chamada globalização sobre o país, o estado do Ceará e, sobretudo, a história e a existência de cada usuário que recorria ao referido setor.

O empenho da equipe em “padronizar”, de modo reflexivo, seus procedimentos expressou sua decisão de manter uma interlocução com o movimento de acreditação hospitalar, por entendê-lo como possibilidade de vir a ser utilizado como um dos instrumentos de melhoria do SUS, o qual dependia especialmente de posicionamentos éticos dos profissionais envolvidos, aqueles que desenvolvem a capacidade de colocar a vida em primeiro lugar, indo além do cálculo entre custo e benefício. Compreende-se não serem possíveis ações estanques no âmbito de uma política que atua diretamente com a vida, mas o planejamento das ações norteiam as múltiplas práticas que se inserem no cotidiano do serviço social no HGF.

À luz deste entendimento, a equipe considerou as formas de inclusão precária da maioria dos cidadãos que recorrem ao atendimento no HGF tendo em vista o desemprego estrutural e o esgarçamento do frágil sistema de proteção social brasileiro – e deste modo, o SUS – que contribuía para a ampliação do exército de desvalidos: os sem-saúde, sem-transporte, sem-moradia, sem-remédio, sem-emprego, sem-previdência, sem-justiça, “sem-nada”, cujas demandas ao hospital encobriam, não raras vezes, a busca por atendimentos básicos de saúde não inerentes ao serviço terciário, ou pelo suprimento de necessidades básicas fundamentais, sem as quais é impossível ter saúde.

Em sua segunda edição, mesmo com um novo panorama político no país e a existência de políticas e programas sociais

inclusivos, muitos problemas de atendimento em saúde persistem e a equipe, evidentemente, levou em conta tudo isso.

Reforça-se que em ambas as edições a função do manual é apenas nortear as ações técnico-operativas da própria equipe de serviço social que o elaborou e posteriormente o redimensionou. De fato, consiste na sistematização de práticas efetivadas cotidianamente, as quais foram repensadas coletivamente e fundamentadas nos referenciais teóricos atinentes à profissão.

O estilo peculiar de exposição adotado e adequado a esse tipo de documento, sua forma sucinta e esquematizada de expressar os processos e ações de uma equipe de profissionais qualificados, éticos e competentes, não significa a repetição de quaisquer modelos dados aprioristicamente. Não obstante essa forma de “padronização” de procedimentos, afirma-se que se trata de trabalho ético porque se movimenta no campo de valores, reconhece a condição humana dos usuários, e político porque busca sempre a sua emancipação, ao abranger a relação saúde, doença, e cuidados à população atendida, seus familiares e sua comunidade.

É um esforço coletivo, mas ao mesmo tempo singular de atender a uma demanda que é institucional, porém se reveste de grande importância no sentido da qualificação do atendimento aos usuários e suas famílias. No entendimento da equipe, em ambas as versões, muito mais relevante que “produtos finais” (os manuais em si) foram os seus processos de produção, os quais propiciaram ricos momentos de estudos, debates e reflexões acerca das profundas transformações da contemporaneidade, da gestação de novas formas de sociabilidade, assim como a oportunidade de compreender as novas e potenciais demandas para a profissão e ainda a certeza de ser preciso, sempre, redimensionar-se profissionalmente para respondê-las de modo competente.

Sempre aberta a críticas e sugestões bem fundamentadas, a equipe as acolheu e buscou revertê-las em reflexões – um dos caminhos adotados pela profissão de serviço social na dinâmica de construção do desafiante e encantador processo de intervenção na realidade social em seu incessante movimento de “ser” e “vir a ser”. Provavelmente, as demandas institucionais por padronizações de procedimentos continuarão. Cabe aos profissionais construir respostas, para as quais não haverá, jamais, um modelo preestabelecido.

Bibliografia

BARRETO, Sirlene Aparecida Pessalacia; BERTANI, Iris Fenner. Rituais do poder nas organizações de saúde. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 4, n. 4, maio 2005.

BARROCO, Maria Lucia Silva. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do serviço social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n.79, 2004.

BEZERRA, Teresa Cristina Esmeraldo. O serviço social no contexto contemporâneo: uma reflexão inicial sobre os sentidos da ação profissional. In: COSTA, Liduína Farias Almeida; LESSA, Ana Paula Girão (Orgs.). *O Serviço Social no SUS*. Fortaleza: EdUECE, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1998.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2004-2007*. Brasília: MPOG, 2003.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2008-2011*. Brasília: MPOG, 2007.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. *Reforma Sanitária e Projeto Ético-político do Serviço Social*. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2014.

CEARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: SESA, 2001.

_____. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Planejamento Estratégico 2009-2013*. Relatório Final. Fortaleza: SESA, 2009.

_____. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. [COSTA, Liduina Farias Almeida da; SILVA, Ana Rosa Alves da; PEIXOTO, Socorro Letícia Fernandes (Orgs.)]. *Manual Operacional de Serviço Social: uma proposta de padronização de procedimentos*. Fortaleza: SESA, 2012.

_____. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/ HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Sistema de leitura orientada*. Textos selecionados sobre o Controle da Qualidade Total. Fortaleza: SESA, s/d.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org.). *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos – Contribuições ao debate no Judiciário, Penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: Cortez, 2003.

CORDEIRO, Hesio. *Acreditação de serviços em saúde: controvérsias perspectivas e tendências para o aprimoramento da qualidade*. *Ensaio*. Rio de Janeiro, v.9, nº especial, jan. 2000.

COSTA, Liduina Farias Almeida da; LESSA, Ana Paula Girão. *O Serviço Social em hospital de referência do Ceará: uma experiência de padronização de procedimentos*. Disponível em: www.propgpq.uece.br/semanauniversitaria/.../humanas_19.doc.

COSTA, Maria Dalva Horácio. *O Trabalho nos serviços de*

saúde e a inserção dos assistentes sociais. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 62, 2000.

DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio (Orgs.). *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. Brasília: Editora UnB, 1997.

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Projeto de Trabalho do Serviço Social*. Fortaleza: HGF, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em Questão*. Brasília, DF: CFESS, 2002.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, nº 107, jul./set. 2011.

MENEZES, Dalgimar Bezerra de. Corredor – Ensaio. *Jornal Conselho*. Publicação do Conselho Regional de Medicina - CE, s/d.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo, HUCITEC, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; COIMBRA JR., Carlos

Everaldo Alvares (Orgs.). *Críticas e Atuantes – Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabeth (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. *Manifestações da prática profissional dos assistentes sociais: um enfoque no Hospital Geral de Fortaleza*. (Monografia/Universidade Estadual do Ceará), 1996.

SANTOS, M. M. et al. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. *Ensaio*. Rio de Janeiro, v.9, n. especial, jan. 2000.

SEVERINO, Sá (Org.). *Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. São Paulo: Cortez, 2000.

SODRÉ, Francis. Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social e Sociedade*, n.103, São Paulo, jul./set. 2010.

Planejamento estratégico e serviço social em unidade terciária de saúde: experiência no Hospital Geral de Fortaleza

Liduína Farias Almeida da Costa
Maria Sônia Lima Nogueira
Ana Rosa Alves da Silva¹

Introdução

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) integra a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de unidade de atendimento terciário, de alta complexidade. Inaugurado em maio de 1969, quando a política de saúde era responsabilidade da Previdência Social, o hospital popularizou-se como o “Hospital do INPS” simbolizando, durante quase duas décadas, o que havia de mais moderno e eficaz em termos de tecnologias médicas. Entretanto, a dinâmica de atendimento do HGF concretizava-se segundo o modelo de organização dos serviços de saúde daquele período, quando o acesso ao atendimento se restringia à população urbana vinculada à Previdência Social, e a assistência era marcadamente curativa, individual e especializada (SESA, 2002).

A partir da segunda metade da década de 1970, com o contingente populacional urbano ampliado, o sonho do *Brasil grande* em desmoronamento, a progressiva redução do orçamento da União para os programas sociais e a emergência de movimentos contestatórios do modelo de saúde, especialmente o movimento sanitário, é incrementada a contratação de serviços privados, a qual contribui para o

¹ Todas as assistentes sociais do HGF colaboraram, de modo direto ou indiretamente, na re-atualização do projeto que originou este texto, durante o curso *Planejamento em Serviço Social na Área da Saúde*, entre junho e setembro de 2009, com apoio do Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais (NUPES) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

agravamento da “crise de recursos” também nas instituições hospitalares públicas e, desse modo, no HGF.

Na década de 1990, posterior à “década perdida”, criou-se no país um cenário de “quase perplexidade” em razão dos receituários de “ajustes estruturais” impostos pelos países então hegemônicos aos países considerados periféricos e/ou “em desenvolvimento”, os quais têm a aquiescência dos governos então vigentes. A referida “crise” adquire novas configurações, especialmente porque será justificativa do governo para uma reforma de Estado que enfraquece, cada vez mais, o sistema de proteção social garantido constitucionalmente, mas não consolidado, conforme análise em capítulo anterior deste livro.

Nos hospitais da rede pública, a repercussão desses “ajustes” e em consequência a restrição de recursos seria mais agravante que em quaisquer outros serviços, visto que havia uma ampliação significativa das demandas da população por atendimentos especializados e emergenciais. Naquele contexto, tal ampliação não ocorria apenas por causa da ampliação do número de trabalhadores vinculados à Previdência Social, pois já se configuravam os fenômenos de desemprego estrutural e precarização do trabalho e, em consequência, a redução da quantidade de trabalhadores com o referido vínculo. No período, com o sistema de saúde já independente do sistema previdenciário, o aumento da demanda guardava razão direta com a universalização dos serviços de saúde e a alteração da pirâmide demográfica, entre outros elementos, ao tempo em que o Estado se afastava de suas responsabilidades sociais, agravando cada vez mais as precárias condições de vida da população e, com isso, as perspectivas de adoecimento.

Não obstante as reformas do Estado com drástica redução de recursos para o sistema de proteção social, já no início dos anos 1990 o HGF foi estadualizado e compelido

pelo contexto social e político a ampliar a oferta de serviços, seguindo a proposta de organização do SUS por níveis de complexidade, em obediências aos princípios constitucionais, entre eles a universalização.

Tal ampliação implicou a construção de novo pavimento de três andares destinados à instalação de nova Unidade de Emergência, a qual constava de seis consultórios médicos, 3 Unidades de Terapia de Urgência, 6 Enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação. Essas instalações substituiriam as do período em que o hospital era federal e constavam de apenas 6 leitos.

Para garantir o funcionamento da nova Unidade de Emergência, foi realizado concurso público para quase todas as categorias profissionais da área de saúde. Imediatamente após a implantação desta unidade, somente ela passou a prestar cerca de seis mil atendimentos mensais. Com isso, houve maior complexificação dos processos de trabalho e o surgimento da necessidade de utilização de novas tecnologias de gestão também dos processos administrativos.

Assim sendo, em 1993, a direção do hospital, buscando novas formas de administração desses processos e da escassez de recursos, iniciou um programa de reestruturação com base nos pressupostos da Gestão da Qualidade Total (GQT), como também o Planejamento Estratégico do Hospital.

Tal forma de gerenciamento dos processos de trabalho, definida por seus idealizadores como um conjunto de inovações técnicas e gerenciais, tornou-se obrigatória no mundo empresarial brasileiro face ao novo modo de inserção do país no cenário de internacionalização da economia, como exemplifica o Projeto Brasileiro de Qualidade, vigente à época. Naquele contexto, a GQT foi adotada também pelas instituições públicas brasileiras, evidentemente de modo adaptado aos seus objetivos, tanto como forma de enfrentamento dos problemas gerados a partir de cortes de recursos, como

na perspectiva de manutenção da credibilidade do serviço público pela população.

Entre outras medidas tomadas pela Direção do HGF no período, destaca-se a assimilação da pesquisa de Avaliação do Atendimento que já se realizava como iniciativa própria do setor de Serviço Social, cujos objetivos direcionavam-se à humanização da assistência à saúde, muito embora inexistisse qualquer iniciativa governamental a este respeito.

Tal como a equipe de serviço social, a Direção em referência considerou também a iniciativa de pesquisa ora mencionada como estratégia possível de controle social da população (além de outras que têm suporte na legislação brasileira que trata do SUS) e, ao mesmo tempo, como instrumento propiciador de monitoramento e realimentação da dinâmica operacional dos serviços.

A participação direta ou indireta do setor de serviço social na sistemática gerencial que a Direção prenunciava foi colocada, recorrentemente, como objeto de reflexões sistemáticas do referido setor, o qual estabelecia relações entre as mudanças sociais e institucionais propriamente ditas e as ambiguidades na efetivação da política nacional e estadual de saúde, o Código de Ética da profissão e as possibilidades de respostas às demandas que chegavam ao setor.

Considerando a nova sociabilidade, construída e construtora das estratégias da chamada globalização, especialmente as alterações nos processos produtivos e a redução do Estado de Bem-Estar Social e de um “sistema de proteção social” que sequer haviam se consolidado no país, implicando o crescente aprofundamento da pobreza, o setor redimensionou suas concepções teórico-metodológicas e seu instrumental técnico-operativo². Visava oferecer

² Vide: CEARÁ, *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*, elaborado como exigência parcial do Ministério da Saúde para a candidatura do Hospital ao processo de acreditação.

respostas adequadas às múltiplas e crescentes demandas apresentadas pelos usuários do hospital e pelo Estado que implementava reformas sempre voltadas ao desmonte do Bem-Estar Social.

Após 2003, em novo contexto nacional, emerge a proposta de re-orientação dos papéis do Estado, o qual propunha ações de condução do desenvolvimento social e regional e indução do crescimento econômico, apontando metas de cunho social relevantes para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2004).

Quase finalizando a década de 2000, o HGF concluiu as primeiras etapas de um projeto grandioso de reformas da sua estrutura física e iniciou um processo de revisão do seu Planejamento Estratégico, o qual visaria à construção compartilhada das grandes linhas estratégicas que direcionariam as ações de organização no período de 2009 – 2013.

No processo de planejamento, os objetivos do HGF foram revistos e redefinidos, tratando-se de: alinhar a oferta de assistência com o perfil do hospital; obter a excelência no atendimento às necessidades dos pacientes/familiares; profissionalizar a gestão em todos os níveis; obter equilíbrio financeiro; consolidar um corpo estável de profissionais capacitados e comprometidos; fortalecer-se como hospital de ensino e pesquisa; melhorar as relações e comunicações internas; garantir a participação social nas decisões do hospital; fortalecer a credibilidade do hospital junto ao público externo; acreditar o hospital segundo padrões de qualidade (CEARÁ/SESA/HGF, 2009).

Nesse contexto, a missão do hospital também foi redefinida:

Prestar assistência à saúde da população como hospital do Sistema Único de Saúde de referência em procedimentos de alta complexidade, ofertando serviços humanizados,

seguros e de boa qualidade, contribuindo para a produção e transmissão de conhecimentos em sua área de atuação (CEARÁ/SES/HGF, 2009, p.7).

Mediante tais mudanças, o setor de serviço social toma a iniciativa de avaliar seu Projeto de Trabalho e atualizá-lo com o intuito de atender as novas demandas que chegavam ao setor, as quais eram oriundas dos usuários, direções e demais setores do hospital.

A dinâmica de elaboração de novo projeto de serviço social

A primeira medida adotada pelo setor de serviço social do HGF para a atualização do seu projeto de atuação foi a criação de um espaço de reflexão acerca do contexto institucional e sobre as novas demandas para a profissão no campo da saúde. Para tanto, foi realizado um curso de Planejamento em Serviço Social na Área da Saúde, com apoio do Núcleo de Estudos e Pesquisa Sociais do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade; Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), cuja metodologia utilizada incluiu a elaboração do novo projeto de atuação do setor.

Na justificativa do novo projeto foram considerados aspectos, tais como: o início do funcionamento de novos serviços no HGF, em razão de ampliação física iniciada na década de 1990; o novo Planejamento Estratégico e a nova missão do hospital; as expectativas e demandas da população em relação ao padrão de serviços ofertados; as perspectivas de re-organização dos serviços no contexto do SUS em conformidade com os pactos pela vida e gestão; a necessidade de re-estruturação organizacional da unidade de emergência do hospital; e redirecionamentos de propósitos dos governos federal e estadual em relação à política de saúde, especialmente o programa HUMANIZASUS, tudo isso

concorreria para que o setor de serviço social, mais uma vez, sem perder de vista suas especificidades, também redefinisse sua missão. Após intenso debate com a mediação de docentes da referida universidade, o setor redefiniu sua missão: *Intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que, no âmbito hospitalar, se expressam como doenças propriamente ditas, desigualdades econômicas, sociais, políticas, educacionais e culturais, assim como as carências daí originadas.* Quanto à visão, permaneceu a que fora consenso da equipe desde a primeira fase do Planejamento Estratégico do hospital, com base nas diretrizes do SUS e na ética profissional, conforme a seguir: *Prestar um serviço de qualidade, fundamentando-se no preceito constitucional que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e nos princípios éticos da profissão, como o respeito às diferenças de classe social, gênero, religião, etnia, opção sexual, idade e condições físicas, liberdade, defesa dos direitos humanos, da cidadania, da democracia, da equidade e da justiça social.*

Quanto ao objetivo geral, definiu-se que o serviço social contribuiria para o cumprimento da missão e objetivos estratégicos do hospital, conforme descritos anteriormente. Este objetivo desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos: a) Planejar, avaliar e realimentar programas e projetos de serviço social direcionados à humanização do ambiente hospitalar, de acordo com a Política Nacional de Humanização; b) Intervir no sentido de garantir uma melhor resolubilidade dos problemas relacionados às expressões da questão social, de modo a contribuir também para a racionalização de recursos e a qualidade dos serviços prestados pelo hospital; c) Ampliar os mecanismos de interlocução entre o setor de Serviço Social e os usuários, de forma a assegurar informações e orientações acerca de seus direitos e deveres (na unidade hospitalar e na rede de saúde em geral) e daqueles relacionados à sua condição de cidadão; d) Intensificar a articulação entre o

hospital e a rede de atenção social, de forma a potencializar a ampliação do acesso dos usuários aos serviços; e) Apoiar as reivindicações dos acompanhantes quanto às condições de permanência no Hospital; f) Colaborar com a Universidade na formação de Assistentes Sociais (estágio).

Relativamente à operacionalização dos objetivos, deveria inserir-se em perspectiva interdisciplinar e operar através de cinco grandes núcleos de objetivação do trabalho, descritos a seguir para efeitos meramente didáticos, pois todos eles se entrecruzam permanentemente.

A. Estudos sistemáticos e pesquisas relacionadas às condições e fenômenos socioeconômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença dos usuários do hospital e, por consequência, nas suas condições sócio-familiares. Adotar-se-ia linha de reflexão que considera o conhecimento científico como a base do serviço social no sentido de garantir respaldo à dimensão interventiva e, ao mesmo tempo, de manter um banco de dados e informações, como subsídios para a realimentação de processos de trabalho, quando necessário. No mesmo nível de importância, foi considerada parte desse processo a realização de *Pesquisa de Satisfação dos Usuários e Profissionais* que em sua quinta versão cumpria metas propostas no contexto do programa GESPÚBLICA tendo como objetivo a consolidação de um sistema de avaliação permanente dos serviços prestados pelo Hospital, também com a finalidade de realimentação e melhoria da dinâmica operacional dos diversos setores de trabalho.

B. Atendimentos a demandas sociais de pacientes e/ou familiares, compreendendo primeiramente as de natureza emergencial – ações desenvolvidas durante o processo de intervenção na perspectiva de minimização dos impactos provocados na vida cotidiana de pacientes e familiares, em razão de doença inesperada, traumas provenientes

de acidentes ou violência, assim como na iminência ou consumação da morte.

C. Acompanhamento e orientação individual em resposta às demandas de pacientes e/ou familiares. As ações, nesses casos, destinam-se a contribuir para que os planos de tratamento transcorram de modo contínuo, evitando sofrimentos desnecessários para os pacientes e familiares, na medida em que se desenvolvem no sentido da minimização dos transtornos no cotidiano do trabalho e da família do paciente, em virtude da doença. Ao mesmo tempo, tais ações contribuem no sentido de evitar o desperdício de recursos, portanto a sua racionalização.

D. Acompanhamento e/ou participação em trabalhos com grupos de pacientes e/ou familiares e trabalhadores do Hospital. As ações destinam-se ao fortalecimento das dinâmicas grupais, apoio e fortalecimento aos/dos sujeitos neles envolvidos, destacando-se: a) Grupo de Apoio “Renascer” com Mulheres mastectomizadas; b) Grupo “Cuidando do Cuidador”; c) Grupo de Trabalho de Humanização; d) Grupo de Trabalho de Acolhimento; e) Grupos de Acompanhantes; g) Grupos de Apoio em Geral.

E. Acompanhamento e/ou participação em programas do Ministério da Saúde e outros nos quais haja demanda para o setor e possibilidade de resposta. As ações direcionam-se ao acompanhamento das dinâmicas dos diversos programas, assessoramento social, apoio e fortalecimento aos/dos sujeitos neles envolvidos, destacando-se: a) Núcleo de Aleitamento Materno; b) Programa de Atendimento Domiciliar; c) Programa de Prótese Auditiva - Ocular; d) Projeto Rim Arte – Nefrologia – Transplante; e) Planejamento Familiar; f) Suporte de Vida de Imunodeficientes; g) Projeto de Atenção e Recuperação a Saúde da Mulher (mastectomizadas); h) Projeto de Acompanhamento aos Recém-nascidos de Alto Risco.

F. Acompanhamento e/ou participação em comissões nas quais haja demanda para o setor e possibilidade de resposta. As ações visam ao acompanhamento das dinâmicas dos diversos programas, assessoramento social, apoio e fortalecimento aos/dos sujeitos neles envolvidos, destacando-se: a) Câmara Técnica de Avaliação dos Serviços de Saúde; b) Comissão de Prevenção aos Maus-tratos Contra a Criança e Adolescente; c) Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes; d) Comissão de Ética em Pesquisa; e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; g) Comissão Interna de Promoção da Qualidade; h) Comissão de Avaliação da Morte Materna.

Ao mesmo tempo considerou-se como imprescindível o atendimento de demandas propriamente institucionais encontradas de modo explícito ou implícito no Planejamento Estratégico do Hospital, entre as quais as seguintes.

A. Contribuir para o alcance do OBJETIVO de *alinhamento da assistência com o perfil do hospital*. Nesse caso, foram priorizadas ações referentes à: construção de redes de comunicação com os demais níveis de atenção (primário e secundário); melhoria dos mecanismos de contra-referência; fornecimento de dados e informações do setor para implementação do *site* do hospital.

B. Contribuir para alcance do OBJETIVO de *obtenção da excelência no atendimento das necessidades dos pacientes/familiares*. Prioritariamente no que se refere às estratégias de difusão dos conceitos e práticas de humanização; acolhimento; gerenciamento de demandas reprimidas; e melhoria da resolubilidade, priorizando-se as seguintes ações: a) Cuidar para que os princípios básicos de humanização da assistência-hospitalar sejam seguidos, fortalecendo as ações já implantadas no hospital e criando novas através do incentivo e permanência do Programa de Humanização; b) Participar do projeto de educação e de práticas relativas

à humanização junto aos funcionários do hospital; c) Participar da equipe interdisciplinar e multissetorial (GTH) de coordenação das atividades de humanização; d) Participar de projeto voltado para o relaxamento com musicoterapia e outros projetos relacionados ao bem-estar no trabalho; e) Oferecer subsídios visando à acessibilidade aos serviços de emergência; f) Apoiar o “Programa “Quer Ajuda” (ou substituto) com vistas à melhoria da qualidade e quantidade dos serviços; g) Participar da elaboração de conteúdos para implantação de sistema audiovisual nos ambientes de espera; h) Acompanhar a dinâmica da central de leitos oferecendo subsídios para a fluência dos serviços e respeito aos critérios de chamada de usuários para procedimentos cirúrgicos; i) Contribuir nos processos de realização de mutirões; j) Ofertar subsídios visando agilizar resultados de exames e tratamentos complementares; l) Participar de processos que visem à integração entre os setores das atividades fim e meio.

C. Colaborar para o alcance do OBJETIVO de *obtenção do equilíbrio* financeiro, especialmente, as ações voltadas a atualizar a padronização de procedimentos do setor de Serviço Social.

D. Contribuir para o alcance do OBJETIVO de *consolidação de um corpo estável de profissionais capacitados* e comprometidos. Foram previstas participações no sentido de reforço às estratégias de sensibilização do poder público na regularização do corpo de profissionais, assim como dos processos de valorização do profissional, incluída a capacitação permanente, participação na difusão e implantação dos conceitos da gestão do conhecimento. As ações dizem respeito à: a) Participação em fóruns de políticas públicas e instâncias organizativas da categoria dos assistentes sociais; b) Participação do setor no Programa Saúde do Trabalhador; c) Realização de pesquisa avaliativa acerca do desempenho profissional na instituição visando à melhoria

das condições de trabalho e dos resultados do trabalho; d) Realização de capacitação permanente (intercâmbio com universidades e outras instituições); e) Contribuição no fortalecimento das atividades de ensino e pesquisa (estágio); f) Realização de cursos e seminários.

E. Contribuir para o alcance do OBJETIVO de *fortalecimento do HGF como hospital de ensino e pesquisa*. Foi priorizada a participação na estratégia de fortalecimento do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP), priorizando ações, tais como: a) Cursos e seminários, visando à educação permanente dos profissionais do setor; b) Prospecção de recursos destinados ao financiamento de projetos de pesquisa e efetivá-las.

F. Colaborar no sentido do alcance do OBJETIVO de *melhoria das relações e da comunicação internas*. Foram priorizadas participações nas seguintes estratégias: a) Participar da revisão e revitalização do regimento interno do hospital; b) Participar na formulação de uma política de comunicação interna; c) Participar dos fóruns de comunicação institucional; d) Contribuir para a ampliação dos espaços de participação na gestão (Conselhos, Comissões...).

G. Contribuir para o alcance do OBJETIVO de *garantia da participação social nas decisões do hospital*. Foi priorizada a participação na criação e consolidação do Conselho Local de Saúde. A principal ação é a mobilização das associações de usuários, dos representantes dos profissionais e dos representantes do Estado para constituição do referido conselho. Outras ações dizem respeito ao assessoramento permanente dos membros desse conselho, especialmente os representantes dos usuários.

H. Colaborar para efetivação do OBJETIVO de *obtenção da credibilidade do hospital junto ao público externo*. Foi priorizada a participação na estratégia de articulação com outras instituições e o poder público, cujas ações direcionem-

se à criação de fóruns de discussão sobre as propostas de melhoria do hospital;

I. Contribuir para o alcance do OBJETIVO relativo à *acreditação do hospital segundo padrões de qualidade*. A estratégia prioritária é a participação na disseminação da filosofia da qualidade. Como ação destaca-se: participar no processo de atualização e implementação de indicadores de avaliação relativos à estrutura, processos e resultados, especialmente no que se refere ao setor do serviço social.

Além da tomada de decisão do setor acerca da disposição de responder as demandas dos usuários e as institucionais, ficou definido também que o serviço social do HGF continuaria a divulgação das pesquisas realizadas, em atendimento a solicitações de outros profissionais ou setores do hospital (e demais instâncias da área de saúde) e participaria, sistematicamente, de comissões e/ou eventos de natureza científica.

Decidiu-se ainda que a equipe de serviço social daria continuidade aos processos destinados à capacitação em serviço. Para tanto, realizaria, de modo sistemático, atividades, tais como: sessões de estudos relacionados às teorias explicativas da realidade social; estudos de casos, objetivando a socialização de informações, procedimentos e condutas da ação profissional; atualização relativa ao instrumental teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão em razão de novas demandas colocadas ou em potencial; acompanhamento às redefinições das políticas públicas, especialmente a de saúde; acompanhamento do Planejamento Estratégico do Hospital; atualização permanente do cadastro da *Rede de Instituições Prestadoras de Serviços Sociais*, Hospitais, Centros e Postos de Saúde, Prefeituras, Delegacias Policiais e Funerárias (credenciados pelo poder público) e outras que se fizessem necessárias, detalhando endereços, telefones e dinâmicas de atendimento;

acompanhamento e discussão das normas e rotinas hospitalares e das instituições referidas.

Quanto às metas para o período 2009-2011, foi feita a seguinte previsão: incrementar o trabalho de articulação com as demais instituições da rede sócio assistencial; realizar 1 seminário com as instituições que compõem a rede sócio assistencial do Ceará; redefinir os objetivos e estratégias das reuniões mensais de trabalho e planejamento; redefinir a sistemática de trabalho (com a equipe multiprofissional) nas UTI's, incluindo familiares e grupos de referência; implementar trabalho de grupo com acompanhantes; reelaborar cartilha para orientação sobre as rotinas e funcionamento das UTI's, destinadas aos familiares e ou grupos de referência dos pacientes; abrir a discussão com os demais profissionais do hospital e participar da implementação da visita aberta e direitos dos acompanhantes; constituir um grupo de apoio multiprofissional aos familiares de pacientes das UTI's; retomar a participação na visita médica; criar plantão eletivo para o final de semana; assessorar a elaboração de Folders, Banners, Cartilhas e Vídeos Educativos; sistematizar material e/ou formas de sondagem de opinião acerca das reclamações dos usuários sobre os atendimentos realizados no Hospital (contribuir no trabalho da Ouvidoria); sistematizar os dados existentes sobre as formas de violência contra jovens, idosos e crianças; informatizar do setor de Serviço Social; atualizar o Manual de Procedimentos de Serviço Social.

Quanto aos recursos, a equipe previu a necessidade de ampliação do quadros de assistentes sociais (1 para o Programa Liga aos Hipertensos; 1 para a Unidade de Neurologia; 1 para o Conselho Local de Saúde; 1 para o Programa de Suporte de Vida ao Imunodeficiente) e, do ponto de vista material e físico, levantou as seguintes necessidades: adequação da estrutura física e de atendimento individual e/ou grupal de todas as salas de Serviço Social; adequação das condições físicas e de acolhimento dos acompanhantes (armários nas respectivas Unidades

de internação, espreguiçadeiras, melhoria de banheiros); computadores, impressoras, aparelhos de FAX, aparelhos de som e DVD, CD's (didático-pedagógicos); salas de atendimento (individual e grupal) em todas as Alas (eletivas e emergência); linhas para ligações telefônicas (urbanas e interurbanas) em todas as salas de serviço social; e bolsas para estagiários.

Finalmente, a equipe projetou modalidades de avaliação do projeto, conforme a seguir:

A equipe de serviço social daria continuidade ao processo de avaliação de suas ações, de modo sistemático, com periodicidade mensal e anual. As avaliações mensais ocorreriam durante as reuniões da equipe, quando os fenômenos mais recorrentes detectados no cotidiano do trabalho fossem relatados, tornando-se objeto de reflexões e passando por re-direcionamentos, quando necessário. Ao final do exercício administrativo, a equipe de profissionais do Setor realizaria encontro destinado à análise detalhada de todas as ações e projetos previstos e em realização, quando detectaria acertos e falhas com vistas ao planejamento do trabalho do exercício seguinte. Os instrumentos de avaliação seriam definidos anteriormente a cada encontro, e foi proposta a subdivisão da equipe em comissões por área de acompanhamento das metas e/ou projetos dos setores.

Após sistematização final, mediante participação de todo o setor o projeto de atuação, foi amplamente divulgado para outros profissionais da equipe de saúde, durante a *XLI Reunião Anual do Hospital*, realizada em 2010, tendo como tema *O novo HGF e os desafios da gestão: emergência, assistência e ensino*.

Considera-se importante lembrar que um projeto de atuação é uma espécie de baliza que nos mostra um rumo a seguir e certos consensos de ordem teórico-metodológica para a efetivação das ações profissionais, porém na sua dinâmica de implementação há reconstruções cotidianamente, visto que a realidade social é mutante e as políticas públicas também.

Redefinição do projeto para o setor de emergência do HGF no ano de 2011

O setor de emergência do HGF realiza mensalmente, em média, 7.500 atendimentos. Entretanto, muitos desses atendimentos deveriam ser feitos em unidades de saúde secundárias ou até nas de atenção primária da rede do SUS. Este fato ocasiona grandes problemas para a instituição e, especialmente, para a população, de modo que, em março de 2011, foi instituído um núcleo gestor para o setor, cujo objetivo seria a reestruturação, em termos de melhor utilização das áreas físicas, recursos humanos das variadas áreas do conhecimento e tecnologias médicas, assim como a aquisição de materiais e equipamentos.

O objetivo da reestruturação estaria relacionado à agilização do atendimento com vistas à humanização dos serviços prestados. Para tanto, o serviço de acolhimento com classificação de risco, cujo objetivo previsto visa “reduzir o fluxo de pacientes no setor para oferecer um atendimento mais humanizado”, também se redefine tendo em vista identificar os demandantes com perfil para atendimento em hospital terciário, de alta complexidade⁴.

Nesse contexto a equipe de serviço social, embora não tenha sido chamada a fazer parte do referido núcleo gestor, considerou importante solicitar da Direção Técnica do hospital uma reunião que propiciasse o conhecimento do referido projeto de reestruturação e com isso verificar as prováveis necessidades de redefinição de ações nesse contexto, tendo em vista as novas demandas, nem sempre tranquilas, da população e da equipe multiprofissional.

⁴ Redefinição de espaços: eixo vermelho, destinado a pacientes em estado mais grave, conta com sala de parada com 4 leitos e sala de estabilização com 8 leitos; o eixo azul, que compreende pacientes de menor risco, conta com recepção, sala de espera exclusiva à pacientes e três salas destinadas ao atendimento de urgência clínica e uma sala de medicação (disponível em www.hgf.ce.gov.br/).

Considerou a equipe, que bem anteriormente à instituição de projetos nacionais (Ministério da Saúde), estaduais (Secretaria Estadual de Saúde) e municipais (Município de Fortaleza) tendo em vista “Humanizar o SUS”, o setor de serviço social já contemplava a humanização entre os objetivos do seu projeto de trabalho, e que sempre caminhou “passo-a-passo” com todos os projetos que visavam à melhoria dos serviços e os direitos dos pacientes, redefinindo ações, aprofundando conhecimentos, padronizando procedimentos e realizando várias pesquisas de avaliação demandadas pelas Direções do hospital e pelo processo de *acreditação* do Hospital.

A reunião solicitada pelo setor realizou-se com a participação do núcleo gestor da emergência, parte da direção geral do hospital e representantes da equipe de assistentes sociais do setor de Emergência após discussão prévia, na qual foi considerada a necessidade de definir aspectos da proposta de intervenção para o setor com base no projeto geral, conforme a seguir: 1) Conservar e/ou redimensionar objetivos operacionais do Projeto de Serviço Social (2009 – 2011); 2) Atualizar processos propostos no Manual Operacional do Serviço Social relativos ao setor, descritos a seguir.

Processo 2 – Atendimentos às demandas sociais emergenciais

<p>AÇÕES</p> <p>ATIVIDADES ESSENCIAIS</p> <p>2.1 Atendimentos (s) de paciente (s) não selecionado (s) pelo setor de classificação de risco</p> <ul style="list-style-type: none">• Acolher familiares e/ou acompanhantes encaminhados de outros setores para a Realizar escuta qualificada• Contatar com o setor de classificação de risco, se necessário, para inteirar-se das condições que envolvem o caso• Comunicar-se com o serviço (capital ou interior do estado) que encaminhou o paciente para o hospital <p>2.2 Comunicações de acidente e/ou intercorrências de urgência</p> <ul style="list-style-type: none">• Acolher a solicitação de comunicação por parte de outros membros da equipe de saúde;• Colher dados pessoais e de referência do paciente (nome, endereço, local de abrigo, telefone, etc.), caso haja fonte;• Verificar o motivo da ocorrência e o estado geral do paciente;
--

- Identificar a existência de pessoas para receber a comunicação;
- Identificar a pessoa (familiar, amigo e/ou conhecido) mais adequada a receber a informação por meio de telefone;
- Realizar ligação telefônica para a comunicação da ocorrência de modo tranquilo, claro e preciso;
- Caso os dados pessoais do paciente não estejam disponíveis, realizar procedimento de identificação do mesmo;
- Registrar no Livro de Ocorrência.

2.3 Realizações de estudos socioeconômicos e culturais de pacientes que aguardam transferência

- Pesquisar dados de identificação do paciente, mediante documentos, familiares ou pessoa idônea;
- Reunir dados e informações visando à identificação das condições socioeconômicas e familiares do paciente;
- Situar o paciente em relação aos seus principais vínculos (família, agrupamento, vizinhança, localidade, cidade) e responsáveis diretos ou indiretos;
- Identificar o meio de contato mais eficaz com a(s) pessoa(s) de sua referência;
- Disponibilizar informações para os familiares do paciente ou órgãos que o acompanhem;
- Disponibilizar informações para a equipe de saúde e/ou setores do hospital; nos casos em que haja necessidade, mas resguardando o sigilo profissional.

2.4 Participações no processo doação-transplante de órgãos e tecidos

2.5 Apoio e orientação ao acompanhante

- Acompanhar diariamente a justificativa de permanência do acompanhante, observando os casos previstos em Lei;
- Inteirar-se da forma de relacionamento do acompanhante com o paciente e vice-versa e com os profissionais de saúde e demais acompanhantes;
- Observar atentamente o estado físico e emocional do acompanhante e tomar as providências cabíveis às situações;
- Realizar reuniões periódicas com os acompanhantes visando maior integração com as pessoas e com o ambiente hospitalar;
- Prestar orientações direcionadas aos direitos do paciente; normas e rotinas hospitalares; cuidados visando a evitar infecção hospitalar; revezamento de familiares para não sobrecarregar pessoas vulneráveis como grávidas e idosos; revezamento de acompanhantes no horário das refeições;
- Estimular a colaboração entre os acompanhantes;
- Estimular o bom relacionamento com o corpo técnico e funcionários em geral.
- Disponibilizar autorização de refeições

2.6 Atendimentos(s) a paciente (s) em situação de risco social

- Ao se tratar de mulheres vítimas de violência, em decorrência de sua condição de gênero;
- Receber a pessoa em local adequado, de forma acolhedora, considerando seu estado emocional;
- Observar cuidadosamente as condições emocionais do paciente que, em geral, vivencia sentimentos de medo, insegurança, culpa e apreensão, dentre outros;
- Realizar escuta qualificada;
- Proceder entrevista de ajuda com o objetivo de perceber os determinantes socioeconômicos, culturais, familiares, psicológicos e de gênero que envolvem a situação, respeitando o desejo da pessoa de estabelecer ou não algum diálogo sobre o assunto;
- Informar ou reforçar informações acerca dos serviços prestados por instituições públicas que trabalham com mulheres nessas condições;
- Elaborar relatório para a Comissão de Prevenção de Maus-Tratos existente no hospital;
- Realizar encaminhamento, após certificar-se acerca da aceitação por parte da pessoa, manter contato com a instituição competente relacionada ao caso e elaborar relatório de encaminhamento;
- Registrar o caso no Livro de Ocorrências.

2.7 Atendimentos(s) a paciente (s) em situação de risco social

Em casos que se tratem de crianças ou adolescentes com suspeitas de maus-tratos:

- Receber a pessoa de forma acolhedora, buscando transmitir segurança e atenção;
- Observar cuidadosamente as condições emocionais do paciente que, em geral, vivencia sentimentos de medo, insegurança, culpa e apreensão, dentre outros;
- Realizar escuta qualificada;
- Proceder entrevista de ajuda com vistas a perceber os determinantes socioeconômicos, culturais, familiares

- e psicológicos que envolvem a situação, de modo a colher a maior quantidade de informações possíveis;
- Elaborar relatório para a Comissão de Prevenção de Maus-Tratos existente no hospital;
- Na impossibilidade de encaminhamento do caso, pela referida comissão, encaminhá-lo à instituição competente, após manter contato com essa instituição e elaboração de relatório de encaminhamento;
- Propiciar acolhimento adequado à criança ou adolescente e seus acompanhantes, resguardando sua privacidade, até a chegada de funcionário do programa SOS Criança;
- Registrar o caso no Livro de Ocorrências.

2.8 Atendimentos(s) a paciente (s) em situação de risco social

Em casos que se tratem de idosos com suspeitas de maus-tratos

- Receber a pessoa idosa de forma acolhedora, buscando transmitir segurança e atenção;
- Observar cuidadosamente as condições emocionais do paciente que, em geral, vivencia sentimentos de medo, insegurança, culpa e apreensão, dentre outros;
- Realizar escuta qualificada;
- Proceder entrevista de ajuda com vistas a perceber os determinantes socioeconômicos, culturais, familiares e psicológicos que envolvem a situação, de modo a colher a maior quantidade de informações possíveis;
- Elaborar relatório para a Comissão de Prevenção de Maus-Tratos existente no hospital;
- Na impossibilidade de encaminhamento do caso, pela referida comissão, encaminhá-lo à instituição competente após certificar-se sobre a aceitação da pessoa idosa, manter contato com essa instituição e elaboração de relatório de encaminhamento;
- Registrar o caso no Livro de Ocorrências.

2.9 Atendimentos(s) a paciente (s) em situação de risco social

Demais pacientes em situação de risco social (moradores em situação de rua, pessoas desorientadas etc.)

- Acolher a pessoa e/ou profissional da equipe que demande a ação da assistente social;
- Realizar entrevista e/ou outras formas de investigação social do caso para compreender seus determinantes em geral;
- Identificar a existência de instituições sociais que trabalhem com a questão em pauta;
- Observar cuidadosamente as condições emocionais do paciente que, em geral, vivencia sentimentos de medo, insegurança, culpa e apreensão, dentre outros;
- Elaborar relatório e encaminhar o paciente à instituição apropriada, à família ou grupo de referência (caso exista), após certificar-se sobre sua aceitação ou não desse encaminhamento;
- Registrar o caso no Livro de Ocorrências.

2.10 Atendimento (s) a paciente(s) e/ou familiar (es) em razão de acidente (trânsito, trabalho, outros)

- Identificar casos de acidente de trânsito e de trabalho durante a entrevista inicial e abertura da Ficha de Acompanhamento Social (FAS);
- Informar acerca dos direitos previdenciários relacionados aos acidentes de trabalho (se for o caso);
- Orientar quanto à necessidade de preenchimento da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) pela empresa empregadora do paciente;
- Se o vínculo do paciente não for regulamentado, informar acerca dos Órgãos públicos competentes para o encaminhamento e a resolução do caso;
- Orientar o usuário para que se dirija ao INSS com relatório, caso a empresa se negue a preencher a CAT;
- Em casos de acidente de trânsito, informar a existência do seguro de acidente de veículo e as formas de acesso, bem como a necessidade de prestar queixa na delegacia de polícia.

2.11 Atendimento(s) a paciente(s) integrado(s) em programa ou serviço de saúde especializado (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde mental etc.).

- Verificar se o paciente possui encaminhamento médico para o serviço; especializado de que necessita;
- Realizar entrevista para identificar unidades de saúde que oferece o serviço que o paciente necessita e que melhor se adequam a sua realidade;
- Mobilizar condições ao engajamento no serviço especializado que necessita após atendimento de emergência;
- Socializar a informação para os demais profissionais de saúde;
- Caso o usuário não possua o encaminhamento médico escrito, encaminhá-lo à equipe médica para que o mesmo seja providenciado.

2.12 Atendimentos(s) de reclamações acerca dos serviços de saúde

- Realizar escuta qualificada;

- Identificar as queixas dos usuários e/ou acompanhantes;
- Constatar a natureza das queixas junto aos demais membros da equipe de saúde;
- Verificar as possibilidades de atendimento em articulação com os demais membros da equipe de saúde;
- Informar acerca dos setores do Hospital e/ ou Órgãos competentes na resolução do caso;
- Em caso de queixas sobre os serviços de hospitais conveniados encaminhar à Ouvidoria da SESA

2.13 Mobilização institucional para viabilizar retorno de usuários de Fortaleza sem acesso a ambulância

- Verificar se há necessidade da concessão do benefício;
- Colher dados pessoais do solicitante (nome, endereço, registro geral de identificação, etc.);
- Certificar-se de que o usuário tem condições de realizar o percurso necessário por meio de transportes coletivos;
- Identificar quantidade e tipo de vales-transporte necessários (a depender da existência ou não de acompanhante e do local de residência do paciente);
- Preencher formulário próprio, se possível mediante documento de identificação;
- Realizar a entrega dos vales-transporte solicitados;
- Solicitar assinatura ou outra forma de comprovação de recepção dos vales-transporte
- Caso seja inviável a locomoção do usuário através de transporte coletivo, providenciar liberação de ambulância.

2.14 Expedições de comprovante de permanência de paciente e/ou acompanhante no hospital

- Verificar o caso para identificar se a resposta à solicitação é competência do serviço social;
- Verificar Ficha de Acompanhamento Social para constatar o tempo de permanência do paciente e/ou acompanhante no hospital;
- Averiguar a finalidade do comprovante solicitado;
- Verificar a identidade do solicitante e os motivos de sua permanência no hospital;
- Preencher formulário específico incluindo dados de identificação do usuário;
- Caso o usuário necessite de declaração e/ou atestado com definição de diagnóstico e/ ou plano de tratamento, encaminhá-lo à equipe médica.

2.15 Atendimentos de solicitação de informações e/ou documentos componentes de prontuários médicos por paciente e/ou familiar

- Verificar se o solicitante das informações e/ou documentos é o próprio usuário ou seu responsável legal;
- Identificar documento de identidade do usuário e/ou solicitante, o número e os documentos do prontuário desejados;
- Preencher formulário próprio;
- Encaminhar ao setor de arquivo do hospital para que os documentos sejam identificados, reproduzidos e disponibilizados devidamente;
- Caso o paciente não saiba informar o número do prontuário, encaminhá-lo ao setor de registro de prontuário, portando documento de identidade, para colher tal informação.

2.16 Acompanhamentos a paciente(s) desconhecido(s)

- Certificar-se da inexistência de dados pessoais, número de telefone, etc.;
- Verificar a existência do registro da procedência do paciente (através da ficha de atendimento inicial, do formulário preenchido pelos maqueiros ao receber pacientes desorientados e desacompanhados ou através dos documentos portados pelo paciente);
- Havendo o registro do endereço do paciente, identificar números telefônicos que possam facilitar o contato com a família, grupo de referência ou amigos (telefone da residência, comunitário, de vizinhos ou de amigos);
- Realizar ligações telefônicas;
- Havendo apenas o registro das proximidades onde foi encontrado o ciente, buscar identificar pessoas, através de contato telefônico, que possam fornecer informações que facilitem o acesso à família, grupo de referência ou amigos (vizinhos, líderes comunitários, agentes de saúde, líderes religiosos, instituições sociais, entre outros);
- Caso não tenha sido possível o contato através dos procedimentos acima, aguardar num prazo de vinte e quatro horas a retomada de consciência do paciente ou o comparecimento de familiares ou amigos;
- Após vinte e quatro horas, permanecendo o quadro inicial de completo desconhecimento do contato familiar do paciente, acionar a assessoria de imprensa do HGF e solicitar dos meios de comunicação que dispõem de serviço de utilidade pública, a veiculação de matéria indicando a permanência do referido paciente na instituição hospitalar e solicitando informações que possam facilitar comunicação com amigos ou familiares;
- Repetir os referidos procedimentos por dois ou três dias consecutivos;

- Registrar, detalhadamente, todas as informações colhidas e procedimentos tomados na Ficha de Acompanhamento Social, e as observações importantes no Livro de Ocorrências;
- Após todas as tentativas, permanecendo a inexistência de contatos com familiares, pessoas de sua referência ou familiares, realizar os seguintes procedimentos:
 1. Em caso de alta hospitalar, procurar abrigo em instituições sociais que possam recebê-lo até completa recuperação;
 2. Caso seja identificado que o paciente é “morador de rua”, ocorra a alta hospitalar e não haja outra instituição capaz de abrigá-lo, verificar a possibilidade de seu retorno ao local de origem, procurando apoio de instituições sociais;
 3. Em caso de óbito, enviar relatório ao setor de anatomia patológica para providências cabíveis ao caso (previstas na rotina de óbito do Hospital).

2.17 Acompanhamentos em caso de óbito anterior à internação

- Identificar acompanhantes do paciente;
- Recebê-los de forma acolhedora, buscando verificar as expectativas em relação ao desenrolar dos acontecimentos (se já tinha ciência do nível de gravidade da ocorrência, se já aguardava o possível óbito ou não, etc.);
- A depender da informação colhida anteriormente, informar o óbito mostrando-se compreensivo com o momento de dor vivido pela família e amigos;
- Observar se os presentes estão em condições de receber as orientações referentes ao processo de sepultamento. Caso não estejam, procurar identificar outro membro da família ou amigos que possam ajudar nas providências necessárias;
- Observar se algum familiar necessita de encaminhamento à assistência médica e tomar as providências cabíveis;
- Em caso de morte violenta ou sob suspeita, encaminhar familiares à Delegacia de Polícia mais próxima, ou a de plantão (finais de semana) para que seja liberada guia ao Instituto Médico Legal;
- Em caso de morte natural, solicitar documento de identificação do paciente aos familiares, com vistas à elaboração de Declaração de Óbito;
- Informar acerca da existência e formas de acesso aos Serviços Funerários garantidos pelo poder público;
- Orientar quanto aos procedimentos necessários ao registro do óbito em cartório.
- Informar os trâmites necessários para a liberação do corpo.
- Colocar-se à disposição da família para outras orientações e/ou formas de apoio consideradas necessárias.
- Orientar quanto aos direitos previdenciários, pecúlios, seguros e outros serviços, quando necessário.
- Estando o paciente desacompanhado e sem identificação de dados pessoais, tomar providências específicas junto a outros setores do hospital;
- Após tomadas todas as providências previstas para a identificação do paciente, caso não se tenha localizado familiares, grupo de referência ou amigos do mesmo, comunicar ao setor competente para encaminhar o envio do corpo ao IML.

Algumas considerações

No trabalho de atualização do projeto de atuação do serviço social do HGF a equipe de profissionais da área sintonizou-se com as características do Estado brasileiro daquele contexto sociopolítico, cujas formas de regulação social e do sistema de planejamento nacional, estadual e municipal se expressavam nas dinâmicas vivas das instituições públicas, portanto também, nas responsáveis pela efetivação da política de saúde. A equipe compreendeu ser necessário eleger novos objetivos e nova missão e, para tanto, teria também de situar-se em relação ao Planejamento Estratégico

do hospital. Portanto, deveria se atualizar não somente naquela ocasião, mas permanente, para adquirir meios propiciadores de interpretação profunda da realidade social em suas mutações e, com base na atualização teórico-metodológica colocar-se diante dessa realidade de modo crítico, ético e propositivo. Isto, porque o intuito seria contribuir para a melhoria dos serviços ofertados pelo hospital, tendo como principal meta o respeito aos direitos dos usuários desses serviços, condição *sine qua non* à consolidação do HGF como hospital de alta complexidade e parte integrante do SUS.

Bibliografia

BARRETO, Sirlene Aparecida Pessalacia; BERTANI, Iris Fenner. Rituais do poder nas organizações de saúde. *Serviço Social & Saúde*, v. 4, n.4, Campinas: UNICAMP, 2005.

BERTANI, Íris Fener. O processo de trabalho do serviço social no ambulatório do InCor. *Serviço Social e Sociedade*, n. 42, São Paulo, 1993.

BEZERRA, Teresa Cristina Esmeraldo. O serviço social no contexto contemporâneo: uma reflexão inicial sobre os sentidos da ação profissional. In: COSTA, Liduína F. Almeida; LESSA, Ana Paula Girão (Orgs.). *O Serviço Social no SUS*. Fortaleza: EdUECE, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1998.

_____. *Estatuto da criança e do adolescente*.

_____. *Lei Orgânica da Assistência Social*.

_____. *Lei Orgânica da Saúde*.

_____. *Lei Orgânica da Previdência Social*

_____. *Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso*. Brasília.

_____. ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros*. Brasília: ENAP, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Brasília, 1998.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Atenção à pessoa portadora de deficiência na área de assistência social*. Brasília, 1996.

CEARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Manual Operacional do Serviço Social do HGF – A Equipe de Saúde a Caminho da Interdisciplinaridade*. Fortaleza: SESA, 2001.

_____. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Planejamento Estratégico 2009-2013*. Relatório Final. Fortaleza: SESA, 2009.

_____. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/ HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. *Sistema de leitura orientada. Textos selecionados sobre o Controle da Qualidade Total*. Fortaleza: SESA, s/d.

COSTA, Liduina Farias Almeida da; LESSA, Ana Paula Girão. *O Serviço Social em hospital de referência do Ceará: uma experiência de padronização de procedimentos*. Disponível em: [www. propgpq.uece.br/semana_universitaria/.../humanas_19.doc](http://www.propgpq.uece.br/semana_universitaria/.../humanas_19.doc)

COSTA, Maria Dalva Horácio. *O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais*. *Serviço Social e Sociedade*, n. 62, São Paulo, 2000.

COHEN, Ernesto, FRANCO, Rolando. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1993.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. *Recomendações gerais sobre o trabalho do serviço social com pacientes em Hospital Geral*. Fortaleza: mimeo, 1997.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Renovação e conservadorismo no serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: *Atribuições privativas do(a) assistente social – em questão*. Brasília: CFESS, s/d

MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis / Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte – Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares (Orgs.). *Críticas e Atuantes – Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Transformações societárias e serviço social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, n.50, São Paulo, abr., 1996.

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. *Manifestações da prática profissional do serviço social: um enfoque no Hospital Geral de Fortaleza. (Monografia/Graduação)*, Universidade Estadual do Ceará, 1996.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.*

RINALDI, Doris. A finitude humana: algumas reflexões sobre o tema da morte. *Serviço Social e Sociedade*, n. 51, São Paulo, 1996.

SAMARA, Juan. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis / Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SILVA, Lindalva Laurindo. *Ameaça de identidade e permanência da pessoa*. São Paulo: Cortez, 2004.

