



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL ESCOLA: tensões entre
continuidades e rupturas**

REINALDO DOS SANTOS MENDES DA SILVA

JOÃO PESSOA – PB

2020

REINALDO DOS SANTOS MENDES DA SILVA

**IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL ESCOLA: tensões entre
continuidades e rupturas**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Viana Lugo Pereira

JOÃO PESSOA – PB

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catálogo e Classificação

S586i Silva, Reinaldo Dos Santos Mendes da.
Imagem do Serviço Social em um Hospital Escola: tensões
entre continuidades e rupturas / Reinaldo Dos Santos
Mendes da Silva. - João Pessoa, 2020.
88 f.

Orientação: Danielle Viana Lugo Pereira.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCHLA.

1. Imagem social. 2. Serviço Social. 3. Saúde. 4.
Projeto Ético Político Profissional. 5. Hospital
Universitário. I. Pereira, Danielle Viana Lugo. II.
Título.

UFPB/CCHLA

REINALDO DOS SANTOS MENDES DA SILVA

**IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL ESCOLA: tensões entre
continuidades e rupturas**

Aprovada em 13/04/2020

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Danielle Viana Lugo Pereira

Orientadora

Prof.^a Dr.^a

Banca Examinadora

Prof.^a Andréa Fábila Freitas da Silva

Banca Examinadora

João Pessoa - PB

2020

*Este trabalho é especialmente dedicado
aqueles que lutam pela saúde como
direito.*

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Roseane Olinto e minha tia Rosicélia Avelino por serem minha base e incentivo, proporcionarem condições para meus estudos durante toda minha formação escolar e acadêmica.

Agradeço a Rede Margaridas Pró Crianças e Adolescentes por me acolher e apoiar na no meu construímos processo de formação política

A todos(as) do movimento em a defesa de direitos humanos de crianças e adolescentes da Paraíba, especialmente Rosinete Velos, Maria da Conceição, Lorenzo Delaini, Joelma Oliveira, Maria Senharina que são exemplos de compromisso com a causa

À Professora Orientadora, Doutora Danielle Viana Lugo Pereira pela orientação e as valiosas considerações e apreciações críticas, imprescindíveis para o amadurecimento e enriquecimento deste trabalho.

Às professoras Doutora, Ana Lúcia Batista Aurino, e Mestra Andréa Fábila Freitas da Silva por aceitarem a avaliação deste trabalho, compartilhando do seu conhecimento com valorosas considerações, sugestões e análises, qualificando a o trabalho com responsabilidade e ética.

Aos professores e professoras do departamento de Serviço Social da UFPB que contribuíram para minha formação e para o amadurecimento teórico-crítico, refletido na pesquisa.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW, por permitir a execução desta pesquisa e dirimir as dúvidas emergentes no percurso.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso analisa a imagem do Serviço Social a partir da visão dos/as usuários/as à luz dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), Hospital-Escola de referência em média e alta complexidades na saúde, do estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, realizada entre janeiro de 2019, cuja amostra foi composta por 27 entrevistados/as o que corresponde a 51% do universo de leitos da unidade, sendo 23 usuários (85%) e 4 (15%) acompanhantes. Na análise dos dados os 4 acompanhantes foram incluídos como usuários do serviço do HULW, pois compreendemos que essas pessoas também estão inseridas no atendimento. Do ponto vista metodológico, a pesquisa foi conduzida a partir da Teoria Crítica, utilizou como técnicas o estudo de campo e exploratório, com vistas a desenvolver procedimentos metodológicos do tipo quantitativo e qualitativo, com maior abordagem nesse último. Os resultados da pesquisa, apontam que 78% dos entrevistados compreendem que a atuação do Assistente Social está em conformidade com os Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde que, por sua vez, segue em consonância Projeto Ético-Político Profissional (PEPP). Na análise referente as atribuições e competências do Assistente Social na política de saúde foram constatadas duas variantes: a primeira com 55% que atribuiu ações alinhadas com a autoimagem que corresponde ao preconizado pelos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde e o PEPP. A segunda variante com 45% atribuiu ações de cunho administrativo que destoam da imagem construída pela categoria profissional alinhada com a perspectiva crítica. Quanto a análise das principais ações do Assistente Sociais do HULW tivemos uma maior incidência as ações do atendimento direto aos usuários com maior destaque para as ações de cunho socioassistencial (49%); seguida das ações socioeducativas (33%) e as ações de articulação com a equipe de saúde (18%). Os dados da pesquisa refuta a hipótese de que a baixa escolaridade dos usuários interfere no entendimento sobre a atuação do Assistente Social, pois 78% dos entrevistados(as) possuem baixa escolaridade e mesmo assim conseguiram articular a imagem social da profissão como elementos de sua autoimagem alinhada com os dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde. Por fim, apresentamos as considerações finais que apontam como um dos principais resultados que, ainda há na atualidade, ao mesmo tempo, tensões entre a imagem social apresentada pelos usuários que relaciona o fazer profissional com a “ajuda” e a autoimagem construída pela categoria profissional a partir da inserção da perspectiva crítica. Tal direção crítica é expressa no PEPP, em particular, nos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde.

Palavras-Chave: Imagem social; Serviço Social; Saúde, Projeto Ético Político Profissional; Hospital Universitário.

ABSTRACT

The present work of conclusion of the course analyzes the image of Social Work from the perspective of the users in the light of the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy at the University Hospital Lauro Wanderley (HULW), Hospital- Reference school of medium and high complexity in health, in the state of Paraíba. This is a qualitative field research, carried out between January 2019, whose sample was composed of 27 interviewees, which corresponds to 51% of the universe of beds in the unit, being 23 users (85%) and 4 (15 %) companions. In the data analysis, the 4 companions were included as users of the HULW service, as we understand that these people are also part of the service. From a methodological point of view, the research was conducted from the Critical Theory, using field and exploratory study techniques, with a view to developing methodological procedures of the quantitative and qualitative type, with a greater approach in the latter. The survey results show that 78% of the interviewees understand that the role of the Social Worker is in accordance with the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy, which, in turn, follows in line with the Professional Ethical-Political Project (PEPP). In the analysis referring to the duties and competencies of the Social Worker in health policy, two variants were found: the first with 55% that attributed actions aligned with the self-image that corresponds to that recommended by the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy and the PEPP . The second variant with 45% attributed actions of an administrative nature that differ from the image constructed by the professional category aligned with the critical perspective. As for the analysis of the main actions of the HULW Social Worker, we had a greater incidence of actions of direct service to users, with greater emphasis on actions of a social assistance nature (49%); followed by socio-educational actions (33%) and actions of articulation with the health team (18%). The research data refutes the hypothesis that the low level of education of users interferes with the understanding of the work of Social Assistente, as 78% of the interviewees have low level of education and still managed to articulate the social image of the profession as elements of their self-image aligned with those of the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy. Finally, we present the final considerations that point out as one of the main results that, at the same time, there are still tensions between the social image presented by users who relates the professional doing with the “help” and the self-image built by the professional category from the insertion of the critical perspective. Such a critical direction is expressed in the PEPP, in particular, in the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy..

Keywords: Social image; Social Service; Health, Professional Political Ethical Project; Universitary hospital.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUs	Hospitais Universitários
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LEPS	Laboratório de Estudos e Práticas Sociais
LOA	Lei Orçamentária Anual
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAPP	Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana
PDE	Plano Diretor Estratégico
PMDB	Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAS	Política Nacional de Assistência Social

PNH	Política Nacional de Humanização
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dados relativos à escolaridade dos(as) usuários (as) entrevistados (as).	
.....	65
Gráfico 2: Dados relativos à renda familiar dos(as) usuários (as) entrevistados (as).....	67
Gráfico 3: Dados relativo as principais ações do Assistente Sociais do HULW.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sexo dos(as) usuários (as) entrevistados (as).....	63
Tabela 2: Faixa etária dos(as) usuários (as) entrevistados (as).....	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL ...	16
2.2 PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA BREVE SÍNTESE	28
3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	35
3.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY E O SERVIÇO SOCIAL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS.....	51
4 IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NUM HOSPITAL ESCOLA: TENSÕES ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS	61
4.1 PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS (AS).....	62
4.2 A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DOS(AS) USUÁRIOS(AS)	69
5 CONSIDERAÇÃO FINAIS	81
6 REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES	90
ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, realizado em âmbito da graduação em Serviço Social apresenta a análise da imagem do Serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), Hospital-Escola referência em média e alta complexidades na saúde, do estado da Paraíba.

A saúde, desde que assumiu o patamar de política pública no final dos anos 1980, vem sofrendo embates e retrocessos concernentes à garantia do acesso universal, integral e equânime a todo cidadão, especialmente no tocante a recursos e a otimização do uso do dinheiro público. Tais retrocessos são resultantes da prerrogativa neoliberal de que a política pública é onerosa para o Estado, principalmente em termos de manutenção e financiamento.

Mesmo que, a partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil se coloque como Estado Democrático de Direito e assuma, constitucionalmente, a responsabilidade em assegurar a saúde como seu dever e direitos de todos, o que, de fato, se constata é um verdadeiro desmonte do que está posto no texto constitucional. Pois, dentre muitas outras problemáticas, encontramos no contexto hospitalar graves problemas de precariedades na estrutura física e na condição material, na quantidade e qualidade dos equipamentos, medicamentos e profissionais, o que tem soterrado cada vez mais o projeto de reforma sanitária.

É nesse contexto que surgiu o nosso interesse em estudar o trabalho profissional do Assistente Social na política de saúde motivado pela experiência vivenciada no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HUWL, campo de realização do Estágio Supervisionado I e II da graduação em Serviço Social, no período dezembro de 2018 a setembro de 2019. No qual a partir das observações e do acompanhamento direto da atuação da supervisora de campo junto aos usuários, e dos diálogos construídos com outros estagiários de Serviço Social, verificou-se a existência de distorções, por parte dos usuários, no entendimento da atuação profissional realizada pelo Serviço Social dentro do Hospital. Esta questão despertou a curiosidade em analisar essa atuação a partir da visão dos usuários. Desta foram traçados alguns objetivos, a saber:

O estudo tem por objetivo geral analisar a imagem do Serviço Social na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, a

partir da percepção dos usuários, à luz dos Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde. E como objetivos específicos, identificar dados de perfil socioeconômicos dos usuários da Clínica Médica do HULW; verificar a aproximação da prática profissional do Serviço Social com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde, especificamente no tocante ao atendimento direto aos usuários. Com vista a identificar as aproximações dessa atuação profissional com as legislações que regulamentam a profissão, assim como o modo como ela vem sendo visualizada por aqueles que recebem seus serviços.

A pesquisa teve como hipótese que a baixa escolaridade dos usuários dificulta o entendimento coerente sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde, geralmente associando-a ao assistencialismo. Tal imagem do Serviço Social remete a um traço presente nas protoformas da profissão, considerando que a atuação profissional, a época era vista como à prática do favor realizada pela “moça boazinha”, o que nega a prática profissional concebida à luz do direito.

Nesse sentido, essa imagem acarreta diversas implicações, sobretudo, porque essa percepção gera uma incompatibilidade com o significado sociohistórico da profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Assim, mesmo diante da existência de mais de oitenta anos do Serviço Social no Brasil ainda a visão dos usuários em alguma medida não apreende o real significado social da profissão.

Partindo do pressuposto de que a atuação profissional do Serviço Social encontra-se dentro do movimento dinâmico da realidade e se encontra influenciada pelo processo de produção e reprodução social na sociedade capitalista, que a fundamenta e consolida, optamos por conduzir esse estudo a partir de análises crítico-dialéticas proporcionadas pela Teoria Social Crítica. Desse modo, a pesquisa teve como método o materialismo histórico-dialético, entendido como o mais adequado para apreender a realidade de forma ampla, por favorecer aproximações com a totalidade a que o objeto pertence (TONET, 2013).

A pesquisa foi de campo e exploratória, do tipo quantitativo e qualitativo, com maior abordagem nesse último, por considerá-lo o mais adequado para responder a investigação que a pesquisa se propõe realizar, tendo em vista que, ao investigar a visão dos usuários quanto à atuação profissional do Serviço Social.

Para fundamentar a pesquisa recorreremos a levantamento bibliográfico dos materiais já tornados públicos, em relação a análises do Serviço Social, como

publicações livros, pesquisas, teses, monografias, entre outros. Fizemos também uso de pesquisa documental, junto aos materiais produzidos pelo Serviço Social do HULW, que compreendem a história da atuação dessa profissão.

Assim como levantamentos sobre os usuários realizados pela equipe, registrados e documentados, usualmente, nas entrevistas sociais. Comumente, as entrevistas sociais são documentos que tem o objetivo de registrar e sistematizar dados e informações do usuário, tais como dados pessoais, socioeconômicos e composição familiar, descrição do seu acompanhante e família visitante. Além disso, registra identificações possíveis de demandas para a intervenção profissional junto ao usuário.

Os sujeitos desta pesquisa, foram 27 (vinte e sete) usuários hospitalizados na Unidade Hospitalar de Clínica Médica do HULW, cujo espaço, atualmente, comporta 53 (cinquenta e três) leitos distribuídos entre a ala A e B. Desse modo, a amostra da pesquisa corresponde a 51% do universo da pesquisa.

Como critérios de inclusão desta pesquisa, adotou-se a escolha por usuários que se encontram hospitalizados na Unidade de Clínica Médica no período de janeiro a fevereiro de 2020. Em caso que, o usuário não pode responder a entrevista ou não manifeste interesse, foram incluídos como sujeitos da pesquisa os seus acompanhantes, que se mostram dispostos a participar da pesquisa. Como critérios de exclusão, foi adotado a negativa do usuário e de seu acompanhante à entrevista, ou que o usuário hospitalizado se encontrou impossibilitado física ou psicologicamente para responder a entrevista.

Para a fase de coleta dos dados primários recorreremos ao formulário de entrevista semiestruturado. Também levamos em consideração as observações assistemáticas, cujos apontamentos foram registrados no diário de campo, instrumento que acompanhou todo o processo da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente com os usuários e/ou seus acompanhantes nos leitos da Clínica Médica.

Para a fase de sistematização de dados, foram utilizados tabelas e gráficos. Quanto à análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo que seguiu os passos apontados por Bardin (2011) a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

A presente pesquisa¹ tomou como base as informações coletadas através de entrevistas, dessa forma, é uma pesquisa científica que envolve seres humanos. Portanto, tomamos como parâmetro ético as Resolução e 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para fins didáticos dividimos este trabalho em três capítulos: o primeiro faz um breve resgate histórico da trajetória do serviço social no Brasil. O segundo fala sobre a trajetória da política de saúde brasileira, faz o debate sobre os Hospitais Universitários, com recorte para o Lauro Wanderley e dialoga sobre os avanços e histórico do Serviço Social nesse contexto. E no terceiro apresenta e dialoga com a parte os dados da pesquisa de campo.

Diante do exposto, pretende-se contribuir com novas investigações acerca da imagem do Serviço Social a partir da percepção dos usuários sobre a atuação profissional do Serviço Social, com vistas a apreender se as reais competências e atribuições profissionais estão sendo efetivadas pela categoria e também (re)conhecidas pelos sujeitos que recebem seus serviços. Portanto um dos principais desafios é afirmar o trabalho profissional na sua integralidade das dimensões da intervenção técnica-operativa, fundamentada nos princípios ético-políticos e teórico-metodológico firmados no Projeto Ético-Político.

¹ O projeto de pesquisa foi submetido a Plataforma Brasil, em dezembro de 2019, mesmo mês que foi analisado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley através do parecer: 3.785.894.

2 BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Para caracterizar o trabalho profissional do assistente social se faz necessário situá-lo no Sistema Capitalista de Produção, e seu processo de produção e reprodução das relações sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993), bem como analisá-lo frente às diversas expressões da “Questão Social”.

A “Questão Social” tem diferentes compreensões se levarmos em consideração a análise de autores como Netto (2001), Telles (1996), Castel (2005) e Iamamoto (2012). Contudo, podemos encontrar alguma convergência no que se refere a gênese da “questão social”, pois está intrinsecamente ligada a ascensão do sistema de produção capitalista e a presença de duas classes antagônicas. Tais classes são compostas pela burguesia detentora dos meios de produção e a classe subalterna, a qual é essencialmente constituída pelos trabalhadores, os quais vendem a sua força de trabalho em troca de um salário.

Segundo Iamamoto (2012):

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho forma-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO 2012, p.27).

Netto (2001) afirma que além da “questão social” ser constitutiva do desenvolvimento do capitalismo, ela está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual engendra as desigualdades sociais. E se a “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo para o referido autor “não se suprime a primeira conservando a segunda” (NETTO, 2001, p. 45).

Na década de 1930 a “Questão Social” passa a ser vista como um problema administrativo, daí a necessidade da atuação de profissionais que desenvolvessem ações políticas/administrativas e de controle e ajustamento (Yazbek, 2009).

Nesse sentido é preciso ter cautela para compreender a profissão “[...] a análise da profissão, das suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvendar a lógica no interior da qual essa demanda, tarefa e atribuição ganha sentido”. Segundo Yazbek (2009, p. 03).

É preciso ultrapassar a análise do serviço social em si mesmo para situa-lo no contexto das relações mais ampla que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que essa sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas manifestações, em múltiplas dimensões. (YAZBEK, 2009, p.03).

Tendo como referência o conceito de produção e reprodução social cunhado na tradição marxista, que explica que, “produção e reprodução da riqueza material, inseparável da criação e recriação das formas sociais de que se reveste, é um processo eminentemente social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993, p.65.). Desse modo, compreende-se que as relações sociais ao se reproduzirem, reproduzem também um modo de vida, seus valores, suas práticas culturais e políticas, bem como essa sociedade produz ideias.

Tendo por base esse conceito de reprodução social, considera-se a profissão de Serviço Social a partir de dois ângulos analíticos, que são indissociáveis e interdependentes, apontados por Iamamoto e Carvalho (1993, p.73)

Como a realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressas pelo discurso teórico-ideológico sobre o exercício profissional; a atuação profissional como atividade socialmente determinadas pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes. (IAMAMOTO; CARVALHO 1993, p.73).

O Serviço Social brasileiro, enquanto profissão, se gesta e institucionaliza na divisão sociotécnica do trabalho no contexto de desenvolvimento do sistema capitalista, quando os processos de industrialização e urbanização se encontram acelerados e em expansão.

Para Iamamoto e Carvalho (1993) a profissão de Serviço Social se afirma como um tipo de trabalho especializado ligado, diretamente, à intervenção do Estado e da classe dominante com o suporte da Igreja Católica no enfrentamento e regulação das sequelas da “Questão Social” nos anos 1930 (IAMAMOTO; CARVALHO 1993). Desse modo, seu exercício profissional contribui, de forma específica, para a reprodução das relações sociais capitalistas, configurando modos particulares de atuação em cada contexto e momento histórico.

Inicialmente, o Serviço Social passa a atuar diretamente com a classe mais empobrecida, que são desprovidas das condições objetivas de vida, num contexto marcado pelo aprofundamento do modelo de Estado intervencionista, sob a égide do capitalismo monopolista internacional, e por uma política nacional que privilegiava o crescimento industrial.

É no contexto dos anos 1930 e 1940 que a profissão se legitima na divisão sociotécnica do trabalho, dá início a construção das suas atribuições e identidade profissional a partir do atendimento das demandas estatais de controle da classe trabalhadora. Desse modo, incorporou um perfil técnico-instrumental, focado a desenvolver ações educativas e organizativas, assim como de harmonização dos ditos “desequilibrados” e “desajustados” dos indivíduos e famílias (CARDOSO, 2016, p.444). Tal perfil corrobora para a adequação da classe trabalhadora ao sistema vigente, partindo do pressuposto que os indivíduos é que precisam se adequar a um sistema concebido como correto, perfeito e imutável.

As protoformas do serviço social, tal qual é entendido hoje, tem origem nas obras e instituições que começaram se ampliar após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), sob a influência do Tratado de Versailles². Assim, institui internacionalmente um novo modelo de política social, com olhar mais atento para a classe operária principalmente após os grandes movimentos de 1917 e 1921, deram visibilidade para a sociedade a existência da “Questão Social” e da necessidade de sua intervenção (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993).

No Brasil, instituições como a Associação das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro e a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo, passam a atuar na perspectiva de intervir frente a “questão social”. Essas instituições são vinculadas aos nomes de famílias ligadas a burguesia paulista e carioca que têm contato com o Estado que permite que estas planejem obras assistenciais de maior abrangência e eficiência técnica (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993).

² O Tratado de Versalhes (1919) foi um tratado de paz assinado pelas potências europeias que encerrou oficialmente a Primeira Guerra Mundial. O principal ponto do tratado determinava que a Alemanha aceitasse todas as responsabilidades por causar a guerra e que, sob os termos dos artigos 231-247, fizesse reparações a um certo número de nações da Tríplice Entente (MATTOSO, 1977).

A institucionalização do Serviço Social brasileiro como profissão, tem sua gênese na sociedade capitalista em um contexto de processos sociais, políticos e econômicos, que acentua o antagonismo entre as classes sociais na medida que o capitalismo monopolista se consolida. A institucionalização da profissão é comumente associada, nos países industrializados, a gradativa intervenção do Estado como agente de regulação social.

Netto (2011) afirma que qualquer análise da história do Serviço Social, que não considere o processo econômico, sócio-político e teórico-cultural perde consistência e torna-se uma análise essencialmente histórica e linear. E acrescenta que:

a constituição da profissão seria resultante de um processo cumulativo, cujos o ponto de arranque estaria na “organização” da filantropia e cuja culminação se localiza na gradual incorporação, pelas atividades filantrópicas já “organizadas”, de parâmetro teórico-científico e no afinamento de instrumental operativo de natureza técnica; em suma das protoformas do Serviço Social a este enquanto profissão, o envolve como desenharia um *continuum*. (NETTO, 2011, p.69).

Nos anos 1930 o Estado brasileiro, na gestão de Getúlio Vargas, a economia se caracterizava por um modelo industrial, de substituição de importação, modelo urbano-industrial do modelo agroexportador. Essas mudanças produziram profundas alterações sociais, levando à crescente urbanização, que conseqüentemente agrava problemas e conflitos sociais.

O Serviço Social se institucionaliza como um recurso mobilizado pelo Estado e pelo empresariado, com suporte da Igreja Católica, na regulação da “questão social”, quando suas expressões passam a ser vista com maior intensidade no cotidiano da vida social, principalmente da parcela mais empobrecida da população.

A formação das primeiras Assistentes Sociais, esteve na década de 1930, sob a responsabilidade da Igreja Católica, o aporte teórico nos postulados filosóficos tomistas e neotomistas é à doutrina social da Igreja através das encíclicas *Rerum Novarum* do Papa Leão XIII de 1891 e a *Quadragesimo Anno*, de Pio XI de 1931, que tratava a questão social sob uma ótica antiliberal e antissocialista (YAZBEK, 2009).

O Serviço social nos anos 1940, tem a incorporação do conservadorismo da igreja Católica, pois avança no sendo da técnica do trabalho como o contato com o serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho com forte caráter

conservador pautado na teoria social positivista. Portanto, incorpora o conservadorismo³ tanto na perspectiva religiosa como no direcionamento da teoria científica positivista (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993).

As mudanças econômicas dos anos 1950, marcado pelo processo de industrialização, sob o impulso das multinacionais, agrava as contradições sociais e estimula o êxodo rural. No âmbito do Serviço Social, em nível mundial, evidencia a erosão das bases do Serviço Social tradicional, fruto do envolvimento da profissão com outras categorias profissionais e com o contato direto com movimentos sociais organizados, assim como da influência do processo de laicização da profissão e da participação estudantil, que se torna ainda mais intensa na década de 1960 (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993).

O cenário social e político brasileiro dos anos 1960-1970 é marcado pelo regime ditatorial, caracterizado pela repressão, tortura e a censura o que impedia o exercício da cidadania e aos direitos humanos. Destaca-se nesse período histórico o Ato Institucional Número Cinco – AI-5

O AI-5 instaura uma perseguição mais ampla contra a oposição, com a criação do Departamento de Operações de Informações – Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI), que tinha como trabalho específico monitorar e reprimir todas as manifestações de oposição ao governo.

Contudo, mesmo diante desse cenário a os movimentos sociais “tornaram-se mais diversos e complexos, expressão de uma sociedade que não ficou completamente passiva diante do autoritarismo ocorrendo assim, várias transformações na política e na sociedade” (NAPOLITANO, 2014, p.10).

Segundo Napolitano (2014) o regime ditatorial de 1964 foi resultado de uma ampla coalizão civil-militar, conservadora e antirreformista, suas origens estão além das reações aos eventuais erros e acertos de presidente João Goulart (1961- 1964). Esse golpe resulta “de uma profunda divisão na sociedade brasileira, marcada pelo embate de projetos distintos de país, os quais faziam leituras diferenciadas do que

³ o conservadorismo nunca deixou de permear a formação e o trabalho profissional. Por vezes explícita, por vezes implicitamente, sempre esteve presente, e também não é uma exclusividade do Serviço Social. O conservadorismo não é um traço novo que distanciaria uma “base” conservadora de assistentes sociais de uma suposta “vanguarda” progressista. O que orienta essas reflexões é uma perspectiva que defende que o conservadorismo é, e sempre será, alimento imprescindível da reprodução do capital, e por isso nunca sai de cena. Ou seja, é um alimento central para conservar a sociedade capitalista e sempre estará a seu dispor. (BOSCHETTI, 2015, p.639)

deveria ser o processo de modernização e de reformas sociais” (NAPOLITANO, 2014, p.12).

É nesse contexto que o Capital nacional e internacional, passa a implementar respostas à “questão social” de forma mais intensa pela via da repressão. “Os conflitos de interesses entre capital e trabalho seria resolvido pelo controle, apaziguamento e opressão, buscando o restabelecimento da ordem e o progresso” (CARDOSO, 2013, p. 130).

Destaca-se nesse período, a realização dos “seminários de teorização” realizados pela Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviço Social - CBCISS, Araxá (1967)⁴, Teresópolis (1970)⁵, Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984)⁶, esses momentos não foram homogêneos, mas foram momentos privilegiados para a condensação das reflexões do movimento de renovação do Serviço Social brasileiro sob a autocracia burguesa⁷, entendido como um processo acumulativo, com distintos estágios e influências ideopolítica e cultural, que se entrelaçam e se sobrepõem.

Diante desse contexto, destaca-se pela primeira vez da historicidade do Serviço Social um movimento amplo e contraditório em que é possível constatar uma

⁴ Seminário de Araxá (1967) é o primeiro seminário de teorização do Serviço Social e é identificado dentro do movimento de renovação o marco da perspectiva da modernização conservadora. É nesse momento que a profissão começa a questionar as bases da profissão no processo de teorização do Serviço Social. O seminário trabalho como os seguintes eixos temáticos: 1) O que é o Serviço Social qual é a sua natureza; 2) Serviço Social de caso; 3) Serviço Social de grupo; 4) Trabalho no trabalho com as comunidades; 5) Administração de programas (NETTO, 1994).

⁵ No Seminário de Teresópolis (1970) a perspectiva da modernização conservadora é cristalizada. O foco desse momento é dialogar sobre a necessidade da criação de uma metodologia para o serviço social. Temos nesse momento a atuação profissional pautada na intervenção e uma maior preocupação com a instrumentalização programática, que tem início no seminário de Araxá. Teoricamente Diagnosticar o neopositivismo ganha força dentro da categoria com a incorporação de uma perspectiva técnica burocrática com raízes conservadoras do serviço social tradicional. É nesse momento que é discutido também sobre qual o papel socio técnico do assistente social (NETTO, 1994).

⁶ Seminário de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) esses seminários marcam o deslocamento da perspectiva modernizadora da arena central. Compondo o segundo ciclo histórico de renovação do Serviço Social, a reatualização do conservadorismo, retoma as bases tradicionais da profissão, incorpora a fenomenologia como referência teórico e tons de anacronismo (NETTO, 1994).

⁷ Para se aprofundar no assunto recorrer a José Paulo Netto, no livro Ditadura e Serviço Social- uma análise do serviço social no Brasil pós-64.

diversidade de direções. Tais direções foram, em alguma medida, provenientes da inflexão causada pelo Movimento de Reconceituação, de caráter latino-americano que, expressou a crítica ao Serviço Social tradicional, trazendo questionamentos sobre o papel e o significado social da profissão diante da “questão social”.

[...] a reconceituação do serviço social como um movimento, que tem se caracterizado, para muitos de nós, como um processo de desconstrução de um paradigma dominante na formulação teórica e prática do serviço social e de construção de um paradigma questionador e crítico da ordem dominante, expresso de distintas formas, como: “serviço social crítico”, “serviço social dialético” ou “serviço social marxista”. (FALEIROS, 2005, p. 22).

Segundo Faleiros (2005) para compreender a reconceituação não basta contrapor o “novo” ao “velho” Serviço Social é preciso ir aos fundamentos da reconceituação como um paradigma crítico de análise e de estratégias socioprofissionais

Nesse sentido, Netto (2008) constata a existência um processo de renovação do Serviço Social que, por sua vez, identificar fundamentalmente três direções, a saber: 1) perspectiva modernizadora, que buscou adequar a atuação do Serviço Social às exigências sócio-políticas do período ditatorial, inserindo os valores e as concepções tradicionais em uma nova teoria e metodologia; 2) perspectiva de reatualização do conservadorismo, que teve como base teórico-metodológica a fenomenologia, que visava construir uma articulação do exercício profissional à ajuda psicossocial; 3) perspectiva de intenção de ruptura, que buscava a análise crítica e o rompimento com o pensamento conservador e com o reformismo, recorrendo à tradição marxista. (NETTO, 2008).

No final do contexto ditatorial, especificamente em 1979, a realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS⁸, conhecido como o “Congresso

⁸ III CBAS é um marco na recusa do conservadorismo no Serviço Social brasileiro e destaca que este encontro foi a primeira e tardia manifestação massiva da categoria dos assistentes sociais contra a ditadura militar-empresarial. Vai ressaltar as diversas mobilizações de trabalhadores e entidades da sociedade civil que em aproximação com as lutas, organizações e movimentos sociais faziam a defesa dos direitos e projetos societários das classes subalternas, na criação de forças de resistência à ditadura do grande capital e no apoio ao processo de construção democrática. Destaca também as forças acadêmico-profissionais acumuladas pelo Serviço Social latino-americano e assistentes brasileiros que foram decisivas para a “virada” do Serviço Social (YAZBEK; BRAVO; RAICHELIS, 2019)

da Virada”, que é considerado decisivo no compromisso do Serviço Social com um projeto profissional articulado com os setores populares (ABRAMIDES; CABRAL, 1995)

Nesse clima de fortalecimento ético-político, bem como de disputas entre grupos favoráveis a rupturas que coexiste com reações conservadoras, a direção de “intenção de ruptura” ganha lastro nos anos 1980, junto aos seguimentos acadêmicos, aos movimentos estudantis, às entidades representativas da categoria e demais profissionais, alterando a formação profissional e acadêmica dos Assistentes Sociais a partir da aproximação com o marxismo.

Nesse primeiro momento da aproximação, as condições de apropriação do marxismo foram realizadas a partir de fontes secundárias, por manuais e intérpretes, “sob exigências teóricas muito reduzidas – as requisições que a comandavam foram de natureza sobretudo ideopolítica, donde um cariz fortemente instrumental nessa interlocução” (NETTO, 1989, p. 97). Segundo Netto (1989) essa “aproximação enviesada derivado dos constrangimentos políticos, do ecletismo teórico e do desenvolvimento das fontes “clássicas”. (NETTO, 1989, p.98).

Esse marxismo enviesado foi problemático, por reafirmar antigas posturas profissionais de caráter conservador a partir de leituras equivocadas da teoria social crítica. Mas se configurou como positivo, no sentido que se aproximação, da categoria, de um referencial teórico crítico. Este percalço só foi superado a partir da apropriação ontológica do pensamento de Marx.

A incorporação das teorias de Marx, ganha em alguma medida uma forte hegemonia dentro da profissão que passa a atuar dentro de uma leitura crítica da realidade, como espaço de conflito e contradições. A referência à tradição marxista oferece elementos cruciais para compreender o significado social da profissão, ilumina a intervenção socioprofissional, por sua natureza macroscópica e dinamiza a elaboração teórica dos assistentes sociais (NETTO, 1989).

A década de 1980 é um marco no debate sobre os fundamentos do Serviço Social no Brasil inspirado na teoria social crítica, que norteia um projeto acadêmico-profissional do Serviço Social brasileiros expresse na renovação da legislação profissional (1993), na normatização ética (1993) e nas diretrizes curriculares nacionais. [...]. Seu núcleo central é a compreensão da história a partir das classes sociais e suas lutas, o reconhecimento da centralidade do trabalho e dos trabalhadores. (IAMAMOTO, 2014, p. 615).

Esses aspectos correspondem ao processo de construção de um Projeto Profissional marcado pela recusa e crítica do conservadorismo e da prática interligada ao voluntarismo e ao messianismo. Assim, o Serviço Social apresenta uma distinta configuração na sua autoimagem, composta pelos valores que a legitimam, sua função social, seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas e práticas.

O projeto ético-político foi construído pelos sujeitos coletivos de representação da categoria, compreendendo o sistema Conselho Federal de Serviço Social - CFESS/Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social - ENESSO, os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais (NETTO, 1999).

Entretanto, segundo Ortiz (2010) existe uma tensão entre a autoimagem e imagem social da profissão. O fato de a categoria legitimar a autoimagem através do seu projeto ético político, não significa a eliminação dos traços daquela imagem socialmente consolidada.

Há, na verdade, uma tensão entre os traços tradicionais, que conformaram historicamente a imagem da profissão desde sua emergência na divisão social e técnica do trabalho; e outros, novos, emergentes do salto qualitativo experimentado pelo Serviço Social nas últimas décadas, os quais convivem dialeticamente. Esta tensão, marcada por continuidades e rupturas, atravessa a imagem da profissão configurando-a, enquanto uma totalidade constituída dialeticamente por uma dupla face: a imagem social e a autoimagem profissional, diversos lados da mesma unidade: a imagem da profissão. (ORTIZ, 2010, p.155).

De acordo com Teixeira e Braz (2009), o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional põe. Para que esse Projeto Profissional se afirme na sociedade, “[...] ganhe solidez e respeito frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão é necessário que ele tenha em sua base um corpo profissional fortemente organizado.” (NETTO, 1999, p. 04).

É importante suscitar, também, que tal projeto profissional tem gênese nos contraditórios interesses de classe e que não pode ser dissociado do projeto societário, seja ele de natureza transformadora ou conservadora. De acordo com Teixeira e Braz (2009) o Assistente Social ao atuar no movimento contraditório das classes, acaba por imprimir uma direção social, bem como suas ações profissionais favorecem a um ou outro projeto societário (TEIXEIRA; BRAZ, 2009). Especificamente, o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro está alinhando com um projeto de transformação da sociedade pelo direcionamento político da emancipação humana.

A discussão sobre emancipação humana é apresentada por Marx (2010) na qual ele expõe a diferença na concepção de emancipação humana da emancipação política. Assim, o autor enfatizando o que elas representam em termos históricos concretos, sendo a emancipação política relacionada a concepção burguesa de cidadania, em que permanece a exploração da classe trabalhadora; enquanto a emancipação humana é a superação das formas de opressão e exploração da classe trabalhadora, ou seja, aquela que elimina a sociedade de classes, portanto o modo de produção capitalista (MARX, 2010).

exploração do homem pelo homem, da sociedade de classes e a emancipação humana é a do proletariado, da superação da exploração do homem pelo homem, ou seja, a que elimina a sociedade de classes (MARX, 2010).

Importante ressaltar que, o avanço desse projeto profissional nos anos 1980 deveu-se à construção de elementos que o matizaram, entre eles, o Código de Ética de 1986. Nesse componente, há o “coroamento da virada histórica promovida pelas vanguardas profissionais.” (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 195). Enquanto, o processo de materialização do projeto pode ser circunscrito à década de 1990, período que explicita a maturidade profissional do Serviço Social através de um escopo significativo de centros de formação que amplificou a produção de conhecimentos no seio da categoria.

Nos anos 1990 o projeto ético-político torna-se mais sólido, contudo, igualmente sofre interferências do neoliberalismo que se toma força no cenário político do país e repercute na categoria profissional, sobretudo, com o chamado neoconservadorismo profissional.

Segundo Barroco (2011) o enfrentamento do neoconservadorismo sob o ponto de vista profissional é de caráter político, em dois aspectos articulados:

Por um lado, é preciso que nossa organização política esteja fortalecida e renovada com novos quadros, supondo o trabalho de base, junto à categoria, com as entidades de representação, as unidades de ensino, os profissionais e alunos. Por outro lado, só conseguiremos consolidar politicamente o nosso projeto, na direção social pretendida, se tivermos uma base social de sustentação; logo, é fundamental a articulação com os partidos, sindicatos e entidades de classe dos trabalhadores, com os movimentos populares e democráticos, com as associações profissionais e entidades de defesa de direitos. (BARROCO, 2011, p.212).

O avanço político do projeto profissional, está articulado ao avanço dessas forças sociais mais amplas. É nessa década que a profissão intensifica sua organização política através das instituições de representação da categoria (CFESS/CRESS e ABEPSS) e atualizam e reformula o seu aparato jurídico profissional, expressos na Lei que Regulamenta a Profissão e no novo Código de Ética em 1993.

Autores como Netto (2007) e Braz (2007) vão chamar atenção para a crise que vem sofrendo o projeto ético político do Serviço Social.

Segundo Braz (2007) essa crise é motivada pela articulação de dois problemas centrais. O primeiro diz respeito a ausência de uma proposta alternativa à do capital na sociedade brasileira, capaz de unificar interesses sociais distintos relativos ao trabalho. E o segundo “está centrado em fatores objetivos que incidem sobre as bases materiais do projeto profissional.

Por sua vez Netto (2007), indica duas questões que vem inviabilizando o Projeto Ético Político Profissional, o primeiro é os objetos e funções profissionais. Segundo o autor:

o elenco dos objetivos do Serviço Social tem sido intencional e acintosamente minimizado mediante a centralização das suas funções no plano assistencial [...] a redução do Serviço Social à ‘profissão da assistência’ configura uma enorme regressão. (NETTO, 2007, p.38-39).

A segunda questão colocada por Netto (2007), corrobora com a identificação da crise apontada por Braz (2007). Para Netto (2007) a crise do projeto ético-

político, “se refere aos requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício - está claro que aqui se insere, entre outros componentes, toda a problemática da formação profissional” (NETTO, 2007, p.39).

Mesmo considerando que estamos diante de ameaças ao Projeto Ético Político, Netto (2007) atualiza sua análise e reafirma que o “projeto ético-político tem futuro”.

[...] porque aponta precisamente para o combate - ético, teórico, ideológico, político e prático-social - ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população. (NETTO, 2007, p.38-39 apud NETTO, 1999, p.158).

Assim o Projeto Ético Político “segue na contramão da história” (NETTO, 2007), pois afirma princípios e valores contrários a lógica capitalista. Tais princípios norteiam a atuação profissional de Assistentes Sociais, os quais estão expressos no Código de Ética de 1993, esse destaca para “a necessidade de criação de novos valores éticos, fundamentados na definição mais abrangente, de compromisso com os usuários, com base na liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social” (CREES, 1993, p. 18).

Esse Código atrela o projeto profissional ao projeto de sociedade democrática em defesa da classe trabalhadora. Tendo a liberdade como valor ético central e a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.

Contudo, as transformações econômicas e sociais pelas quais vem passando a sociedade capitalista, assim como a conjuntura política de ascensão da extrema direita, interferem diretamente na atuação profissional do Assistente Social, na medida que este é um dos profissionais chamados para atuar junto às diversas expressões da “questão social” no contexto das políticas públicas de seu enfrentamento.

Segundo Barroco (2011) diante desse cenário a esquerda e os projetos socialistas de modo geral perde hegemonia na medida que os projetos conservadores ganham espaço para se reatualizar.

apoiando-se em mitos, motivando atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais, comportamentos e ideias valorizadoras da hierarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da

autoridade. Uma das expressões dessa ideologia é a reprodução do medo social. (BARROCO, 2011, p.210).

De modo particular, ressaltamos o sucateamento do setor público e da falência das políticas sociais de caráter universais, com destaque para a saúde, as quais foram implementadas pelo Estado pós-Constituição de 1988. Essa realidade agrava as condições e relações de trabalho de Assistentes Sociais, considerando que as Políticas Sociais são *locus* privilegiado da atuação profissional.

Podemos mencionar dois aspectos que interferem diretamente nos avanços e retrocessos que perpassam a profissão, a saber: o primeiro, no que se refere aos impactos da política neoliberal que limita a amplitude das políticas sociais. E o segundo, os impactos provocados pelas contrarreformas dos direitos trabalhistas e sociais. Tais impactos acarretam mudanças profundas, tanto no que se refere aos seus impactos sobre as respectivas políticas nas quais realiza seu exercício profissional, quanto nas condições objetivas como trabalhadores.

Desse modo, a atuação profissional de Assistentes Sociais precisa estar cada vez mais qualificada sob a perspectiva crítica. Portanto, compreendo a necessidade de compreender a indissociabilidade das dimensões presentes na atuação profissional, como: a teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativas. Essas dimensões corroboram para a construção do exercício profissional, pautado no Projeto Ético-Político Profissional e, especificamente na Política da Saúde, com os princípios universais defendidos no SUS. Nessa mesma direção destacamos no próximo subcapítulo a discussão dos Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

2.2 PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA BREVE SÍNTESE

A atuação profissional do Assistente Social na saúde, vem sendo legitimada ao longo dos anos, caracterizada por traçar um perfil profissional capacitado em identificar causalidades e multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida da população, para além da relação saúde-doença.

O Assistente Social passa a ser reconhecido como um profissional da saúde com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, a resolução do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999

e a resolução nº. 196 de 1996 tratam da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos.

Como já mencionado o Assistente Social tem no cotidiano da sua atuação profissional as expressões da “questão social” como objeto de intervenção. E que a atuação deve se distanciar das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que tendem a reforçar práticas conservadoras, nas quais problemas sociais são vistos e tratados como problemas pessoais dos indivíduos, e devem serem tratados por eles (CFESS, 2010).

Conforme as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, o Assistente Social é um profissional devidamente capacitado nas perspectivas teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, para atuar em uma perspectiva totalizante, bem como na identificação de demandas sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (ABEPSS, 1996). Nesse sentido CFESS, reafirma que

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 35).

Assim, independente de qual área das políticas sociais este profissional esteja atuando esse fazer profissional precisa transpor o caráter emergencial e burocrático para uma perspectiva socioeducativa na defesa e garantia de direitos.

A práxis profissional precisa está estritamente alinhada como os preceitos éticos estabelecidos pela profissão para materialização de práticas cada vez mais humanizadas, no trato com a vida. Tendo em vista que é no atendimento direto aos usuários, sobretudo na área da saúde que segundo Martinelli (2011) “trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2011, p.499).

Nesse sentido, destacamos alguns documentos importantes para nortear uma atuação ética e humanizada na Política de Saúde, os quais respaldam o trabalho profissional.

O Código de Ética profissional se configura como um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições que orientam a atuação ética do profissional do assistente social. Os princípios nele apresentados se vinculam a profissão à perspectiva de transformação social, ao direcionar sua prática pautando-se na liberdade e democracia (CFESS, 1993). Vasconcelos (2007) enfatiza:

Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero. (VASCONCELOS, 2007, p. 253).

A Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social (Lei 8.662/1993) é resultado do processo de debates em torno do Código de Ética, e implementada no mesmo ano. Essa normativa jurídica apresenta as competências, as atribuições privativas do Assistente Social, bem como, as competências dos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social (CFESS, 1993). Importante destacar dentre as conquistas da categoria está a aprovação da Lei 12.317/10, que instituiu a jornada de trabalho de 30 horas semanais sem redução salarial para assistentes sociais.

A Diretrizes Curriculares (1996) se constitui como produto de um amplo e sistemático debate para a revisão curricular, realizado pelas Unidades de Ensino a partir de 1994. Esse documento estabelece:

Diretrizes estas que estabeleçam um patamar comum, assegurando, ao mesmo tempo, a flexibilidade, descentralização e pluralidade no ensino em Serviço Social, de modo a acompanhar as profundas transformações da ciência e da tecnologia na contemporaneidade. Os novos perfis assumidos pela questão social frente à reforma do Estado e às mudanças no âmbito da produção requerem novas demandas de qualificação do profissional, alteram o espaço ocupacional do assistente social, exigindo que o ensino superior estabeleça padrões de qualidade adequados. (ABEPSS, 1996, p.4).

As Diretrizes Curriculares (1996) juntamente com Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social (Lei 8.662/1993) e o Código de Ética (1993) se complementam e são materialização do Projeto Ético-Político Profissional. Estes são formulados para dar sustentação legal ao exercício profissional dos/as assistentes sociais, mas que não se restringem a essa dimensão.

A Política Nacional de Saúde, Lei n. 8080/90 com seus princípios que se direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população.

A Política Nacional de Assistência Social — PNAS, de 2004, que permite um novo olhar para o social entendendo a proteção social como direitos, e sendo este elemento fundante da cidadania.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do Ministério da Saúde, 2006, que retoma os princípios da Constituição Federal de 1988, no artigo 196, que apresenta a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

A Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde, de 2003, sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido. Este documento defini a humanização como uma aposta ético-estético-política. Ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (PNH,2013).

A PNH tem como princípios: a transversalidade, inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais (PNH,2013).

Vale ressaltar que a PNH, deve ser trabalhada de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Portanto, para se efetivar a humanização é fundamental

que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Diante desses marcos legais e normativo é importante ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, lançado pelo CFESS no ano de 2010, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11). Assim como:

fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil. (CFESS, 2010, p.15).

Estes documentos sintetiza elementos de todas os marcos normativos citados anteriormente além de orientam quais as atribuições e competências do Serviço Social área da saúde, objetiva responder “a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho” (CFESS, 2010,p.11-12,). Demandas que tanto são requisitadas pelos usuários quanto pelos empregadores.

Sendo assim, para que não seja incorporada à atuação profissional ações que não competem a profissão ou que destoem o caráter ético-político desta a atuação profissional do Assistente Social na Política de Saúde deve estar alinhada com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, do CFESS, considerando o caráter técnico e ético-político da profissão.

Os “parâmetros” estão em consonância com o Projeto Ético-Político Profissional e, especificamente estão alinhados com a Política de Saúde direcionada pela Reforma Sanitária marco importante para construção do SUS.

A Reforma Sanitária, defende a universalização da saúde como direito de todos e propõe a concepção ampliada de saúde, a partir dos determinantes sociais em saúde - DSS. DSS são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p.78)

Em seu processo de elaboração os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde foi amplamente discutido, nos anos de 2008 - 2009, em todas as capitais brasileiras e cidades do interior do país. Contando com debates nas regiões, (CFESS, 2010, p.13)

Região Norte foram realizados 7 debates, que envolveram 1800 participantes; na Região Nordeste foram realizados 16 debates, que envolveram 970 participantes; na Região Centro-Oeste foram realizados 3 debates, que envolveram 200 participantes; na Região Sul foram realizados 4 debates, que envolveram 200 participantes; e na Região Sudeste foram realizados 22 debates, que envolveram 1630 participantes. (CFESS, 2010, p.13).

O documento final dos “Parâmetros” foi lançado em 2010 e está estruturado em quatro itens, a saber: o primeiro, versa sobre Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais, o texto faz um resgate da luta em prol da saúde como direito nos anos de 1980, com a construção do Projeto de Reforma Sanitária e os impasses vividos dos anos de 1990 até os dias atuais.

O segundo intitulado: “Atuação do Assistente Social na Saúde” faz a discussão teórica e política presente no Serviço Social na Saúde e apresenta os desafios para o fortalecimento do projeto ético-político e profissional.

O terceiro item caracteriza, as atribuições e competências gerais do Assistente Social e, posteriormente, enfatiza as ações do profissional na saúde. Quanto as atribuições e as competências do Assistente Social, o documento, reafirma que independente do espaço que estiver atuando o Código de Ética profissional e a lei que regulamentação devem ser a orientação, para os profissionais e instituições as quais estão desenvolvendo seu trabalho.

Este documento apresenta elementos de como tem que ser a atuação profissional do Assistente Social, tendo em vista que para intervir e imprescindível entender o processo histórico que se deu na política de saúde, fazendo a devida análise dentro da sociedade capitalista e as lutas da classe trabalhadora na conquista de por direitos. Considerando também as normativas jurídicas que regem a profissão no sentido do fortalecimento do projeto ético-político e profissional.

Nesse sentido, o documento discute a intervenção do profissional na saúde, a partir de quatro eixos de ação: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria,

qualificação e formação profissional. As ações socioassistenciais, considera-se, segundo Costa, (2000), *apud* CFESS (2010, p.42), a principal demanda dos Assistentes Sociais.

O documento destaca ainda que não se pode cometer o equívoco de compreender os quatro eixos de forma segmentada, estes estão dialeticamente articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Portanto, Martinelli (2011) aponta que apesar dos parâmetros reforçarem a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia, estes só se tornam efetivos a partir da atuação articulada com as demais categorias profissionais que atuam na saúde, através de práticas interdisciplinares, pautadas na ética, na humanização e no respeito à vida. A referida autora afirma isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, “pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social” (MARTINELLI, 2011, p.500)

3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A questão da assistência à saúde no Brasil é um tema amplo, no qual percebemos avanços e retrocesso em nossa história. Até se consolidar como política pública e dever do Estado a saúde no Brasil percorreu um longo processo histórico de luta, sobretudo dos movimentos sociais como Movimento Sanitários.

Neste capítulo analisamos a trajetória da política de saúde no Brasil, com ênfase nos condicionantes sociohistóricos, situaremos a década de 1930 e analisaremos a partir deste marco temporal o desenvolvimento da Política de Saúde brasileira. Entendendo que é nesse período que o Estado passa a intervir e regulação no campo da saúde. E esta começa a tomar corpo enquanto política pública de reponsabilidade do Estado.

O Brasil tem no contexto dos anos 1930, no cenário político o governo de Getúlio Vargas, com ele alterações de cunho social e político bastante significativos como o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento de políticas sociais decorrentes das mobilizações da classe trabalhadora. Sobre a necessidade de uma transformação conjuntural (Bravo, 2000). É importante destacar que,

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2000, p. 4).

As primeiras iniciativas viabilizadas do Estado foram decorrentes do caótico quadro sanitário do Rio de Janeiro caracterizado pela proliferação de várias doenças graves como a varíola, malária, febre amarela e a peste. Nesse contexto, foi criado o Departamento Federal de Saúde Pública baseado no modelo sanitário campanhista, e sob a influência de Oswaldo Cruz como ideário de educação sanitária com inclinações militares. (POLIGNANO,1995)

As ações de saúde na perspectiva do direito têm sua trajetória histórica articulado com a Previdência Social brasileira. O contexto de não garantia de direitos

do trabalhadores articulado a influência de imigrantes italianos com inclinações anarquistas protagonizaram duas grandes greves no Brasil: a de 1917 e a de 1919.

Essas lutas sociais da classe trabalhadora contribuíram para a aprovação da Lei Eloy Chaves no ano de 1923, que cria as caixas de aposentadoria e pensões, e que teve os ferroviários como os primeiros contemplados, logo em seguida os marítimos e portuários (1926). Dentre os direitos conquistados citamos a assistência médica previdenciária que se estende para os membros da família (BOSCHETTI, 2006).

Bravo (2010) pontua que nesse período, os cuidados com a atenção médica através da política de saúde se dividiam em dois subsetores: o subsetor de saúde pública que tratou de proporcionar condições sanitárias mínimas para a população, e o subsetor de medicina previdenciária que só foi superado no decorrer dos anos 1960.

Segundo Polignano (1995) à medicina previdenciária, se apresenta como uma iniciativa estatal como objetivo de garantir novos benefícios, incluindo assistência médica e hospitalar a todas as categorias de trabalhadores. Surgem então os Institutos de Aposentadorias e Pensões -IAP's que substituiu as antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAP's. Marítimos, comerciários e bancários são categorias que devido a sua organização política ganham destaque como primeiros a terem acesso aos IAP's.

Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL). (POLIGNANO, 1995, p. 10).

Apesar dos IAP's se apresentarem sob orientação contencionista⁹, o que para Reis (2010) representava a iniciativa de uma administração financeira que se baseava no regime de capitalização, no qual ocorria de forma contundente à

⁹ Reis (2010) salientam que embora não fosse mais possível uma resistência aberta às políticas do regime depois de 1935, dadas as suas características ferrenhamente autoritárias, ainda era necessário justificar as medidas contencionistas, de restrição dos serviços e benefícios previdenciários, já que o governo Vargas precisava e desejava ampliar sua base política junto aos trabalhadores urbanos.

restrição da concessão de benefícios e serviços aos trabalhadores, como tática para se alcançar a redução de despesas da previdência gerando, em contrapartida, intensos questionamentos por parte dos sindicatos e dos trabalhadores.

De acordo com Bravo (2000), a Política Nacional de Saúde iniciada na década de 1930 só vai se consolidar mais tarde, no período de 1945-1950. Contudo, o cenário político de 1930 é marcado pela crise dos anos 1930 e rompimento da política do café-com-leite trazem mudanças na estrutura do Estado caracterizado como liberal-oligárquico.

No cenário social verifica-se a emergência de atuação nas expressões da questão social. É nesse cenário a política de saúde avança com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (1930) a pulverização de ações de saúde para outros setores como o Ministério da Agricultura em 1934, higiene e segurança do trabalho em 1942, que então se vincula ao Ministério do Trabalho (POLIGNANO,1995).

Nos anos 1940 ações de cunho organizacionais são implementadas como a Reforma Barros Barreto (1941), a assistência sanitária hospitalar, a criação de órgão executivo de ação contra endemias atenção aos problemas de doenças degenerativas e mentais por meio de serviços especializados em âmbito nacional. (PAIM et al.,2011).

Na metade da década de 1950, o maior desenvolvimento industrial, a crescente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcela crescente da população, ocasiona uma maior pressão pela assistência médica via Institutos de Aposentadoria e Pensões, e viabiliza-se o crescimento aos previdenciários que se privilegia abertamente a contratação de serviços de terceiros.

As despesas com a assistência médica vão de 7,3% em 1949 para 24,7% no ano de 1966. A política de saúde avança, como os Governos liberais e populista entre 1945-1964 com a criação do Ministério da Saúde (1953), Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960), expansão da assistência hospitalar e surgimento de empresas de saúde (PAIM et al.,2011).

Nos anos 1960 com a Lei nº 3.807 Lei orgânica da Previdência social a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime de Consolidação das Leis Trabalhistas excluindo

os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, e os servidores públicos e autarquias que tiveram regime próprio de previdência (BOSCHETTI, 2006).

No período do Regime Militar mesmo caracterizado pelo autoritarismo e as várias violações de direitos podemos sinalizarmos algumas ações de importância para a saúde pública como a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde como a de formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsável pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral, o controle de drogas e medicamentos e alimentos, pesquisa médico-sanitário (PAIM et al., 2011).

Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social (POLIGNANO, 2001).

O Sistema Nacional de Saúde foi instituído em 1975, com o papel de estabelecendo o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2001). Sendo que “A medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde” (POLIGNANO, p.16, 2001). Mas o que fica notório é que o Ministério da Saúde tornou características burocrática e normativas e não um órgão executivo de política de saúde.

O enfraquecimento da Ditadura Militar (1964-1985) demarcou um momento propício para a luta da classe trabalhadora para conquistar direitos como as lutas e movimentos sociais, entre eles o Movimento de Reforma Sanitária que teve grandes conquistas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência de Saúde, em 1986, teve como tema central “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, versando sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Esta foi o marco determinante para que a saúde fosse vista pelo Estado como dever a partir dos direitos humanos fundamentais, entretanto só foi oficializado na Constituição Federal de 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o principal marco desse processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então

caracterizava o sistema de saúde brasileiro. (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 241).

Essa conferência contou com a participação de parcela da sociedade civil organizada nos mais diversos movimentos sociais em saúde – pastorais da saúde, agentes de saúde das dioceses e as entidades representativas do setor médico que se alinhavam com o movimento sanitário, entre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (1979), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES (1976) e sindicatos.

Esse movimento em defesa da saúde enquanto direito não estagna com a oitava conferência, segundo Costa (2007, p.91),

O “movimento sanitário” ocupava cada vez mais espaços importantes nas instituições estatais e nas organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPAS e OMS) - espaços definidores ou de influência sobre a política nacional de saúde. Alguns movimentos, como o Mops, tornavam-se localistas no processo de implementação da Reforma Sanitária; outros elaboravam estratégias múltiplas, articulando-se a espaços nacionais e locais de participação ao mesmo tempo. (COSTA, 2007, p.91).

A Reforma Sanitária propõe uma concepção ampliada de saúde, com ênfase na melhora das condições de vida dos usuários, a partir dos determinantes sociais, como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais interferem diretamente no processo saúde e doença da população.

‘Saúde’ compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde [...]. (BAHIA, 2019, n.p.).

Após amplo debate e reivindicações de movimentos sociais e políticos organizados em defesa da saúde enquanto direito universal, algumas das propostas dessa reforma são incorporadas na Constituição de 1988, que passa a ser operacionalizada com a construção do SUS (1990).

O SUS compreende um conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum. É possível o significado positivo do que foi o histórico do acesso a saúde brasileira, como produto social da concepção levantada para compreender a saúde no Brasil na VIII CNS. (BAHIA, 2019).

É a partir da Carta Magna que o Brasil se responsabiliza, em assegurar aos cidadãos proteção social. Este se materializa através das políticas sociais nas diversas áreas como educação, saúde, assistência social, alimentação, habitação, esporte, cultura, lazer, previdência social entre outras. Três dessas políticas integram a Seguridade Social brasileira, sendo elas as políticas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social, as quais apresentam caráter distinto quanto ao acesso. A previdência em regime de contribuição, a assistência social para quem dela necessitar e a saúde como direito de todos.

A discussão sobre seguridade social se configurou na história, de forma contraditória, ao mesmo tempo que se apresenta como conquista da luta da classe trabalhadora ela foi igualmente funcional ao sistema capitalista, na medida que assegura a reprodução da força de trabalho. Segundo CFESS (2010, p.18),

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. (CFESS, 2010, p.18).

Assim a política de saúde é funcional ao capitalismo assim como para a classe trabalhadora. Esta enquanto direito de todos, começam a tomar corpo os princípios que fundamentam a proposta do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988 e com as leis que o regulamenta, a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências dos recursos financeiros.

O SUS possui atendimentos simples de avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL,1990). E conta com três princípios os filosóficos a universalidade, a equidade e a integralidade. É tem a democratização e a descentralização como princípios organizativos

Segundo Costa (2007) a universalidade refere-se ao acesso de serviços, sem distinção de contribuinte ou não contribuinte previdenciário; a equidade, o atendimento é feito de acordo com a necessidade específica de cada um, para que todos sejam atendidos de forma igualitária, tratando o diferente de forma diferenciada; e a integralidade, que enxerga o indivíduo na sua totalidade, procurando de maneira preventiva integrar as instituições nos vários aspectos da saúde.

Em relação aos princípios organizativos, o SUS apresenta características fundamentais que norteiam as diretrizes de execução da política apresentada por Costa (2007) como a democratização da gestão materializada através da participação social nos Conselhos e Conferências de Saúde, e a descentralização que visa “[...] organizar os serviços a partir das necessidades da população do município tanto do ponto de vista da capacidade da rede de serviços e do perfil epidemiológico do lugar, quanto das necessidades de segmentos específicos da sociedade” (COSTA, 2007, p. 92).

De acordo com Polignano (1995) a abrangência dos objetivos do SUS e a existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais impedem a plena efetivação do sistema em nível nacional devido a sua demanda de uma enorme soma de recursos financeiros e humanos, assim como a execução de uma política deforma efetiva nos três níveis da federação com o intuito de viabilizar o sistema. Esses elementos associados causam descrédito equivocado ao SUS como se este fosse ineficaz para a realização daquilo a que foi proposto. Entretanto, o que se verifica é tão somente um ataque que emerge das arenas de disputa no âmbito federal, no sentido de retrain o significado histórico e político do SUS como uma conquista sem precedentes na esfera da política nacional.

Esse sistema assim como outros avanços na política de saúde são frutos das constantes lutas da classe trabalhadora, sobretudo dos Movimento Sanitários que propôs uma reforma ampla no quadro sanitário no país.

Na década de 1990, a ofensiva neoliberal encontra na eleição de Fernando Collor um terreno favorável para a implementação das reformas inclinadas ao mercado, sobretudo na consolidação de um seu traço mais específico: o enxugamento do Estado como resposta necessária para a crise econômica e social no país (BEHRING, 2008).

Segundo Behring (2008) a contrarreforma tem um caráter neoliberal de desmonte dos direitos socialmente conquistados, visando minimizar as ações e intervenção do Estado no âmbito das políticas sociais e de áreas de estratégias da econômicas pelas ditas reformas estruturais, claramente efetivadas no programa de privatizações.

A trajetória da história do capitalismo vem demonstrando a incompatibilidade da acumulação com a garantia de direitos sociais, estes só são favoráveis quando usados de forma a neutralizar a atuação da classe trabalhadora, e até mesmo como uma forma de controle pelo Estado com fins capitalistas (BEHRING, 2008).

A saúde, desde que assumiu o patamar de política pública no final dos anos 1980, vem sofrendo embates e retrocessos concernentes à garantia do acesso universal, integral e equânime a todo cidadão, especialmente no tocante a recursos e a otimização do uso do dinheiro público. Os retrocessos são resultantes da prerrogativa neoliberal de que a política pública é onerosa para o Estado, principalmente em termos de manutenção e financiamento.

Mesmo que, a partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil se coloque como Estado Democrático de Direito e assuma, constitucionalmente, a responsabilidade em assegurar a saúde como seu dever e direitos de todos, o que, de fato, se constata é um verdadeiro desmonte daquilo que estar posto no texto constitucional. Pois, dentre muitas outras problemáticas, encontramos no contexto hospitalar graves problemas de precariedades na estrutura física e na condição material, na quantidade e qualidade dos equipamentos, medicamentos e profissionais, o que tem soterrado cada vez mais o projeto de reforma sanitária.

Considerando a política de saúde, como um dos produtos relevantes, das transformações societárias brasileiras. E mediante a conclusão de que “o neoliberalismo em nível mundial configura-se como uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contrarreforma do Estado” (BEHRING, 2008, p. 129), e que também mantém

o processo de financeirização do capital, alinhado às estratégias de privatização, como: privatização da Previdência Social e das Políticas de Saúde.

Do ponto de vista mais específico, há um risco de segmentação dos usuários do sistema de saúde, já que as instituições podem celebrar convênios com os planos privados, criando dificuldades para a implementação dos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade, no que o programa de publicização termina por ser restritivo de direitos. (BEHRING, 2008, p. 258).

Diante desse contexto a resistência dos movimentos em defesa da saúde enquanto direitos foi de extrema importância para a manutenção da constituição do SUS. Os esforços contrários para a realização a IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, demarcou o receio do ideário neoliberal em constatar o avanço de um projeto que se fortalecia através da mobilização dos movimentos populares, que questionavam as bases retrógradas que necessitavam ser demolidas.

A resistência do governo Fernando Collor em promover sua realização provocou a mobilização dos movimentos em saúde – sanitário e popular. A intenção governamental era desarticular o SUS. A intensa mobilização em torno do impeachment começou a ser produzida no mesmo período. (COSTA, 2007, p. 95).

O evento marca a continuidade da luta pela defesa do sistema, não sem represálias, uma vez que o contexto político evidenciava tensões próprias da disputa inerente encontrada nos projetos antagônicos.

A IX Conferência cumpriu o propósito de ratificar socialmente a importância do SUS para a organização do sistema de saúde, ao propor um aprofundamento de sua implementação, a partir da reflexão sobre os quatro temas prioritários: modelo assistencial, recursos humanos, controle social e descentralização. Avaliou os avanços e debateu possíveis soluções para os problemas, especialmente para a questão do financiamento: a proposta de garantir um percentual mínimo no orçamento federal [...]. (COSTA, 2007, p. 96).

Esse marco histórico alcançou conquistas e inovações essenciais para a composição do sistema, que podemos verificar com a produção das Normas Operacionais Básicas - NOBs, que tiveram por objetivo traçar parâmetros para a regulamentação e o desenvolvimento da municipalização.

Segundo Marques e Mendes (2007) a saúde no primeiro mandato do governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), fortaleceu largamente os interesses de capital financeiro nacional e internacional, assim como implementa uma série de programas e iniciativas, direcionada aos segmentos mais pobres da população brasileira. O autor destaca que “uma leitura apressada do que foi o primeiro governo Luís Inácio Lula da Silva nos levaria a dizer que é possível servir a dois senhores, mesmo se assim estivéssemos contrariando a Bíblia” (MARQUES; MENDES, 2007, p.16)

A política de saúde nos governos de Lula da Silva (2003-2010) apresenta grandes mudanças com a criação de secretárias de vigilância em saúde, de gestão do Trabalho, de educação em saúde, de tecnologia e instrumentos estratégicos de gestão participativa. Estas secretarias passam a atuar em pontos estratégicos nas políticas de saúde, propondo programas e projetos mais eficazes que culminam no melhoramento na atuação da política de saúde no país (D'ARAUJO,2007).

Mesmo diante dos avanços se faz necessário entender que, mesmo em governos de cunho progressista visualizamos a continuidade do movimento de contrarreforma do Estado. Que é visível nos governos Lula da Silva, mais que se mostra ainda mais forte no decurso do primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff (2010-2014).

O contexto nacional caracterizado por uma administração pública vislumbrando amortizar os efeitos da crise internacional, que desacelerou a econômica. Essa forma de gestão se mostrou eficazes até 2013, quando analisado a partir da preservação de indicadores econômicos, mas nos dois anos seguintes apresenta discreta piora. O conflito entre as medidas pró-ajuste e cunho social desenvolvimentista foi marca registrada desse período. Mas nessa relação de força a perspectiva perfil tecnocrático associado ao sistema financeiro ganha maior relevância acarretando uma progressiva pressão para a contenção de gastos públicos (MACHADO, et. al, 2017, p.148).

O processo político da saúde tem a figura de Alexandre Padilha, do Partido dos Trabalhadores – PT, na gestão do Ministério da Saúde (2011-2014). Ministro com legitimidade na saúde e boa passagem no governo, boa relação do com outras esferas de governo, com o Conselho Nacional de Saúde e movimentos sociais. No mesmo ano o quadro tem mudanças significativas na gestão do Ministério da Saúde,

sob a responsabilidade de Arthur Chioro do PT- São Paulo, de 2014 à outubro de 2015, o ministério teve tensões com o Conselho Nacional de Saúde e como entidades do movimento sanitário, pela defesa de medidas governamentais polêmicas e conflitantes com a Constituição, como a abertura da saúde ao capital estrangeiro (MACHADO, et. al, 2017, p.148).

A Saída do Ministro em outubro de 2015 se dá em virtude da necessidade de conceder cargos ao Movimento Democrático Brasileiro - PMDB no esforço de recomposição diante da crise política. A Gestão do Ministro da Saúde por Marcelo Castro do PMDB-Piauí (outubro de 2015 a maio de 2016) o parlamentar conhecido por seu perfil conservador, sob resistências de atores setoriais. O início de sua gestão foi marcado por protestos de entidades e grupos de atores dos movimentos sanitários e antimanicomial, pela indicação de ex-diretor do maior hospital psiquiátrico do país para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental (MACHADO, et. al, 2017, p.148).

Mesmo diante de tantas mudanças na gestão do Ministério da Saúde a política de saúde da continuidade as ações do governo Lula, conforme afirma Machado:

[...] - a agenda da política de saúde e demarcada pela continuidade das políticas prioritárias durante os governos Lula (Brasil Sorridente, Farmácia Popular, SAMU), com mudanças incrementais; adoção inicial como marco governamental das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que já existiam, com a expansão expressiva de serviços. - lançamento e expansão do Programa Mais Médicos, em 4 vertentes: provimento de médicos em locais remotos e com escassez (inclusive de médicos estrangeiros sem reconhecimento de diploma, com destaque para cubanos contratados por meio de convênio OPAS na 1ª fase do Programa); ampliação de cursos e vagas de Medicina no país; ampliação de vagas de residência médica; incentivo a mudanças curriculares na formação em Medicina.- Ao final de 2014 - medidas de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro. (MACHADO, et. al, 2017, p.148),

Na política a um fortalecimento de ideias conservadoras e liberais, expressas na campanha política presidencial de 2014. A polarização e disputa acirrada na campanha, entre Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores - PT e Aécio Neves do Partido da Social Democracia Brasileira -PSDB, culmina com reeleição de Dilma por margem estreita. O primeiro ano de seu segundo mandato a presidenta enfrenta um cenário adverso, caracterizado por forte oposição da grande mídia à Presidente.

Em 2015 a crise política se acentua, com denúncias de corrupção em empresas estatais, envolvendo membros do governo e do Congresso Nacional, críticas a políticas governamentais e redução do apoio do PMDB à Presidente em 2016 (MACHADO, et. al, 2017, p.148).

Esse caótico cenário político gerou queda da aprovação popular do governo e da Presidente. A abertura de processo do *impeachment*, sob acusação e pedaladas fiscais gerou o afastamento temporário da Presidente em maio de 2016 e definitivo em agosto, do referido ano, mesmo diante de acusações pouco claras quanto as pedaladas fiscais (MACHADO, et. al, 2017, p.148).

A contrarreforma perpassa os diferentes governos brasileiros e em cada um de uma forma diferente, e segundo Soares (2018) após o golpe institucional na ex-presidente Dilma Rousseff projeto se agudiza com o governo de Michel Temer.

Esse interesse pelo desmonte dessa política de saúde é evidente quando, segundo Soares (2018), há no *impeachment* em 2016, grupos de interesse na área da saúde se mobilizam para discutir modificações no SUS e em projetos de planos de saúde populares. Visto que nos últimos três anos os planos de saúde particulares tiveram uma perda de 3,1 milhões de usuários (CASEMIRO, 2018).

O Ministro da saúde Ricardo Barros indicado por Michel Temer, após uma reunião no hospital Sírio Libanês com a “elite” médica e grupos financeiros da saúde afirma seu compromisso com o capital privado ao dizer, “[...] sou o ministro da saúde, não sou o ministro do SUS” (CANCIAN, 2016, apud SOARES, 2018, p.27).

O governo de Michel Temer (2016-2018) aflige a política de saúde descaradamente voltado para os interesses do grande capital, e chega a aprovar a Ementa Constitucional 95, que congela os gastos públicos primários ferindo principalmente o princípio de universalidade do SUS, “quando impõe uma restrição orçamentária por 20 anos. O governo Temer coloca em patamares jamais vistos o subfinanciamento do SUS num momento de aumento da demanda do sistema” (SOARES, 2018, p.28).

Outras áreas também sofrem retrocessos como o governo Michel Temer como a Reforma trabalhista de 2017, que altera de forma significativa a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, ao liberar a terceirização para atividades-fim com a Lei da Terceirização, na educação temos a reforma do ensino médio. É

uma proposta de reforma da previdência, que o governo não conseguiu levar adiante, mas que é retomada no governo seguinte.

O avanço neoliberal no Estado rebate de forma violenta sobre a classe trabalhadora e no governo de Michel Temer a contrarreforma encontra campo fértil, e no que toca a política de saúde é visível as ações de desmonte tanto no campo institucional quanto no campo ideológico, promovido pela demonização do SUS pela mídia e o incentivo promovido pelo governo a planos de saúde populares.

A privatização da política de saúde é ponto de embate, se encontra no atendimento efetivo das demandas dos setores públicos e privados de saúde, deixando desta forma de atender o princípio da universalidade. Em relação ao setor privado esta relacionada a uma política de planos de saúde e de convênios, passa a ser uma questão enfrentada numa esfera de direito do consumidor, distanciando da garantia do direito a saúde como interesse de todos.

No que diz respeito ao SUS, essa questão é referenciada pelo “Documento do Conselho Nacional de Saúde - CNS (2000) mostra alguns dados de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em convênio com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 1998” (BEHRING, 2008, p. 269), e que ainda está presente nos dias atuais como aponta o CNS.

[...] cuja oferta não tem sido suficiente para a cobertura da demanda; o problema da fila dupla, que fere frontalmente os princípios da universalidade, e da equidade; ausência de mecanismos de controle para aferir o grau de investimentos da saúde (financiamento, qualidade e grau de resolutividade do sistema); aumento de demanda ocasionado pelos problemas sociais, sem a devida ampliação da capacidade de atendimento; falta de compromisso de parte dos gestores com a implementação do SUS, com graves consequências para o usuário. (CNS, 2001 *apud* BEHRING, 2008, p. 269).

Mesmo com os avanços que tivemos na política de saúde, as precárias condições supracitadas ainda são uma realidade em algumas regiões do país que, por sua vez, tendem a se agravar com a implementação de medida de enxugamento dos recursos da saúde a exemplo o congelamento dos gastos públicos por vinte anos com aprovada no Governo de Michel Temer.

O governo Jair Bolsonaro (2019) se apresenta como um “Novo Governo, nova política, nova previdência, novo pacto federativo”, mas vem materializando um

projeto que remete ao passado, no qual as políticas sociais não tinham caráter de direito (NAPP,2019).

A saúde integra uma das linhas das de ação do Plano de governo, alocada com a educação. O plano acentua que a Saúde e educação: eficiência, gestão e respeito com a vida das pessoas. Melhorar a saúde e dar um salto de qualidade na educação com ênfase na infantil, básica e técnica, sem doutrinar.

As duas outras linhas são: a Segurança e combate à corrupção, como foco no enfrentamento o crime e cortar a corrupção. E a Economia: Emprego, Renda e Equilíbrio Fiscal. oportunidades e trabalho para todos, sem inflação (Plano de Governo de Bolsonaro,2018, p.22)

O Plano de governo, afirma que a saúde no Brasil deveria ser melhor tendo em vista o montante de recursos destinados à Saúde. E afirma que é possível fazer muito mais com os atuais recursos. Essa direção reafirma a perspectiva de contingenciamento de recursos por parte do governo para como a política de saúde.

O ministro da saúde, Henrique Mandetta, vem defendendo publicamente o orçamento da saúde é muito grande e que é preciso otimizar os recursos “melhorando a gestão” do Ministério da Saúde. É possível analisar que o subfinanciamento do SUS no primeiro ano do mandato de Jair Bolsonaro agrava ainda mais a crise da saúde e coloca em risco a vida da população brasileira.

Nos primeiro 100 dias de governos algumas das questões do plano de governo e retrocessos podem ser identificadas. No balanço produzido pelo Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas - NAPP, podemos pontuar a redução de R\$ 8,5 bilhões recursos para a saúde, diante de um quadro de desfinanciamento do SUS, provocado pela Emenda Constitucional - EC 95/16 que subjugou os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal, já expressa na Lei Orçamentária Anual - LOA de 2019 na qual o piso que nesse governo já se tornou teto (NAPP,2019).

Essa situação se agrava os Efeitos da desvinculação de recursos proposta por Paulo Guedes, atual ministro da Economia, desvinculação funcionará da seguinte maneira,

Se, entre 2000 e 2017, o valor aplicado por todos os entes em saúde tivesse sido corrigido apenas pela inflação, sem o efeito da vinculação instituído pela EC 29/00, o valor total gasto em saúde em 2017 teria

sido de R\$ 104,6 bilhões, equivalente a apenas 39% do que é gasto atualmente (R\$ 266 bilhões), portanto teríamos hoje um “SUS Menor”, equivalente a quase 1/3 do que é hoje. O gasto federal de saúde nesse período (2000- 2017) seria 1,2 trilhão menor do que o observado. (NAPP,2019, p.4).

Essa medida é tão desastrosa quanto os efeitos da EC-95 para a saúde, tendo em vista que o SUS já é subfinanciado. Contamos com apenas R\$ 3,5 per capita/dia para financiar o acesso dos brasileiros ao sistema de saúde - SUS (NAPP,2019).

Alguns avanços da saúde já estão sofrendo retrocessos, ou em situação de ameaça, como o Programa Mais Médicos - PMM, implementado no governo Dilma Rousseff (2014), vem sendo atacado com as desastrosas e irresponsáveis medidas anunciadas governo de Jair Bolsonaro, ainda em sua campanha eleitoral. Essa postura resulta, em pouco meses do seu mandato, uma perda de 8.471 médicos cubanos do Programa, que atendiam cerca de 30 milhões de brasileiros em 2.885 municípios de maior parte em áreas de maior vulnerabilidade. Importante salientar que o PMM,

ampliou a cobertura da estratégia da saúde da família, elevou o número de consultas, diversificou o escopo de procedimentos da Atenção Básica, contribuiu para reduzir o número de internações em casos solucionáveis pela Atenção Básica, e atingiu índices expressivos de aprovação entre usuários, gestores e médicos. (NAPP,2019, p.5).

A eficiência do programa Já foi comprovada como dados de instituições de ensino que pesquisam sobre a saúde. No qual os resultados apontam uma aprovação de mais de 80% por parte dos usuários.

Dados da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) apontam que, nos municípios onde o Programa foi implantado, 85% da população avalia que o Mais Médicos melhorou a qualidade do atendimento; 87% dos entrevistados avaliaram os médicos do Programa como "mais atenciosos", e 82% opinaram que eles melhoraram a resolução de seus problemas na consulta; 55% deram nota máxima ao Programa (10). Por fim, a média da nota conferida foi 9, numa escala de 0 a 10. (NAPP,2019, p.4).

Mesmo como as comprovações, o governo não muda sua postura. E o Ministério da Saúde, vem reiterado publicamente que apresentará mudanças substantivas no PMM, mas até então não foram discutidas com o Conselho Nacional

de Saúde, com a Comissão Tripartite ou com as entidades de prefeitos e secretários de saúde (NAPP,2019).

Nesse contexto de desmonte é emblemático o que vem ocorrendo com a Saúde da população indígena, considerando que na Política de Saúde Indígena o governo anuncia em vários foros, que extingua a Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, com a proposta de municipalizar algumas atribuições. Esta notícia repercute e motiva grande mobilização das comunidades indígenas e reações dos outros gestores do SUS, que culmina com o recuo do MS da decisão (NAPP,2019).

O retrocesso na participação social no SUS já pode ser verificado com extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP do Ministério da Saúde que tinha como objetivo propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde. Essa medida representa um enfraquecimento da participação social no SUS (NAPP,2019).

Outras medidas vem sendo tomadas pelo o atual governo, que afetam os mecanismos de participação social, a exemplo do esvaziado de alguns conselhos, tirando-lhes funções, como foi o caso do Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA , que perde, através da medida provisória 870, a atribuição de propor ao governo federal as diretrizes e prioridades da política e do plano nacional de segurança alimentar e nutricional (NAPP,2019).

A saúde mental também apresenta retrocesso, no atual governo, pois a título de esclarecimento dois dos principais avanço, recentes, para a área são a aprovação da a lei nº 10.216, que institui a reforma psiquiátrica e os direitos das pessoas com transtorno mental, que proporcionou a construção de novos paradigmas para uma política nacional de saúde mental. E a lei nº 10.708 institui o “auxílio-reabilitação psicossocial” para pacientes com transtornos mentais egressos de internações. Marco legal para o Programa de Volta para Casa. (NAPP,2019).

Como o anúncio da “Nova Saúde Mental”, como a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, temos a volta da defesa da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e passa a considerar as comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS. Essa ação retrocede os quanto aos princípios da reforma psiquiátrica (NAPP,2019).

Temos ainda retrocessos na Política Nacional de Álcool de Drogas que foi a transferida do Ministério da Saúde para o ministério da Cidadania, sob a responsabilidade de Osmar Terra, que já anunciou que conduzirá a partir do proibicionismo e priorizando as internações, em detrimento do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e dos princípios antimanicomiais (NAPP,2019).

Outras questões anunciadas como a flexibilização na lei de porte de Armas, a redução do preço do cigarro e a farra na liberação de agrotóxicos são questões que rebatem diretamente no processo saúde doença da população. Tais ações de destruição de direito poderá num curtíssimo prazo afetar diretamente a qualidade dos serviços no âmbito da Política da Saúde, portanto, resulta que o governo é uma ameaça para o SUS.

No seu primeiro ano de Governo Jair Bolsonaro já deixou bem explícito o seu projeto de governo para a Política de Saúde, portanto, está claro que o principal objetivo é o de adequar as funções do Ministério da Saúde para que caiba no teto de gastos, mesmo que isso represente a quebra no pacto a responsabilidade entre o ente federativo e os Estados e Municípios. Assim, tornam-se inviável a execução de algumas ações.

Diante desse breve balanço histórico no qual pontuamos avanços e retrocesso para a política de saúde, iremos no próximo tópico fazer um recorte para a Paraíba, onde está localizado o Hospital Universitário Lauro Wanderley, *lócus* da nossa pesquisa, pontuando especificamente a questão dos hospitais escolas e a atuação do assistente social nesse espaço.

3.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY E O SERVIÇO SOCIAL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS

O debate sobre a saúde pública no Brasil tem como uma das pautas, recente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado criada pela Lei nº 12.550/2011 para administração dos hospitais universitários. Que tem por finalidade BRASIL (2011),

Art. 3º A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às

instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

Um dos grandes embates é uma instituição pública, em um modelo de gestão privada, mesmo a EBSEH sendo uma empresa vinculada ao Ministério da Educação. Seguindo uma lógica gerencialista difere da lógica do direito que (PDE, 2018, p.18)

[...] estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, formalizadas através da celebração de convênio, com indicadores de desempenho que devem ser acompanhados e monitorados pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, com o objetivo de resgatar o papel e a inserção deste hospital no sistema de saúde local, como formador de profissionais de saúde, e ainda, no desenvolvimento e avaliação de tecnologia. (PDE, 2018, p.18).

Os movimentos em defesa da saúde pública, universal, de qualidade e gratuita, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, têm criticado a implantação da EBSEH, afirmando que a Empresa representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde (SUS), já que propõe um modelo privatista de gestão hospitalar.

A articulação desses movimentos culminam como a Moção nº 015, de 06 de outubro de 2011 do Conselho Nacional de Saúde que destaca que a EBSEH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, quando secundariza o papel desenvolvido pela Universidade Pública Brasileira na transformação social, no desenvolvimento e soberania do país, por se encontrar intrinsecamente relacionado ao modelo de Estado.

Acrescenta ainda que esse processo acentua as contradições existentes na formatação do Estado Brasileiro que são aprofundadas com a manutenção da flexibilização das relações de trabalho resultante da terceirização nas Universidades, através de parcerias com Fundações de Apoio Privadas, empresas de terceirização e, por último, essa Empresa; considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização, é um mal para o serviço público, por se constituir, na

maioria, um canal de corrupção, de clientelismo, de nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população.

Mesmo diante das críticas a EBSEH gerência 40 do 50 Hospitais Universitários – HUs, correspondendo a 80% das unidades de saúde ligadas a instituições de ensino superior no país. O financiamento dos HUs está partilhado entre as áreas da educação e da saúde, posto a parti do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, sobre a prerrogativa de “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”(PDE, 2018,p.22).

Como é o caso da Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, que no ano de 2011 a Universidade Federal da Paraíba - UFPB, firmou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado para administração do Hospital Universitário.

Uma das principais diferenças e o modelo de contratação a partir da EBSEH, com ela a os funcionários que adentram através dos seus concursos, são vinculados a empresa e não ao estado.

Segundo o Plano Diretor Estratégico (2018/2020),

Atualmente o HULW dispõe de cerca de 1.789 servidores, sendo vinculados pelo Regime Jurídico Único (RJU) 805 colaboradores e 984 contratados, através de concurso público da EBSEH. Além desse quadro o HULW tem o apoio de servidores terceirizados com 251 colaboradores para atividades-meio. (PDE, 2018, p.27).

A exceção dos que tem vínculo com o RJU os demais empregados só não possuem direitos as garantias e estabilidade de cargos federais. Os profissionais ocupam o mesmo espaço e cargos, mas recebem salários significativamente menor.

As Universidades Federais perdem a governança dos Hospitais Universitários quando, (ANDREAZZII,2013,p.281),

[...] a delegação do MEC à EBSEH de competências ministeriais por meio da Portaria 442, de 25 de abril de 2012, referidas à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, que foi extinta. A EBSEH passa a coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais, o que implica elaborar a matriz de distribuição de recursos para os

hospitais e as atividades relacionadas ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REUFI). (ANDREAZZII,2013, p.281).

A EBSEH passa a ter autonomia de planejar, orçar e avaliar ela mesma e as universidades que poderão fazer contrato com ela. Deixando claro a ausência de autonomia das Universidades Federais ao privatizar uma função do Estado.

A entrada da EBSEH como afirma Andreazzii (2013, p.282) “[...] é uma solução global de gestão, não democrática e com todas as potencialidades de submissão ao mercado da saúde, travestida de solução específica para pretensos problemas de pessoal”. Que coloca a universalidade direito à saúde em risco, bem como “[...] acelerada mercantilização da atenção à saúde, subordinada progressivamente aos interesses dos grandes capitais internacionais e seus sócios internos” (ANDREAZZII 2013, p.282).

O Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW faz parte da Universidade Federal da Paraíba - UFPB e tem sua construção concomitante a construção dos primeiros prédios da Universidade em 1960. O hospital foi inaugurado vinte anos depois, em 12 de fevereiro de 1980 com foco na Assistência, Ensino e Pesquisa na Rede de Atenção à Saúde. “Dentre os hospitais universitários do MEC, ocupa posição de destaque por sua atuação na área de ensino e assistência” (PDE, 2018).

Um dos objetivos principais do hospital é o ensino e a pesquisa, assim como já caracterizado no seu nome de hospital universitário. Oferecendo especializações *Latu-Sensu* nos moldes de residência e ser campo de estágio para cursos da área da saúde. Atualmente conta como, segundo o Plano Diretor Estratégico do HULW (2018, p.20),

[...] Residência Multiprofissional, Residência Buco-Maxilo Facial e Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Terapia Intensiva e Doenças Infecto-Contagiosas, Mastologia, Endoscopia, Ginecologia, Reumatologia, Endocrinologia, Psiquiatria, Dermatologia além de disponibilizar campo de prática na profissionalização dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Relações Públicas, Biblioteconomia, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Ciências Contábeis, entre outros. (PDE, 2018, p.20).

No que diz respeito a pesquisa o HULW ainda tem muito que avançar, apesar do seu forte potencial para a área a escassez de recursos financeiros e físicos para seu desenvolvimento faz com que esse potencial seja subutilizado. As poucas pesquisas que são realizadas tendem a ser de iniciativas individuais e de financiamentos de seus proponentes. Mesmo diante dessa realidade “no último triênio o hospital teve uma média de cento e quarenta publicações por ano, sendo a maioria dessas pesquisas com perfil acadêmico e poucas pesquisas clínicas” (PDE, 2018, p.20).

O Plano Diretor Estratégico (2018-2020) aponta que um dos problemas é a integração entre ensino, pesquisa e assistência. “A integração desse processo tanto no hospital quanto na UFPB é um desafio, no sentido de valorizar o trabalho docente e de tornar mais clara a definição de papéis para os docentes e os técnicos no HULW” (PDE, 2018, p.20).

Por sua configuração de Hospital Universitário para além das funções de Ensino e Pesquisa o HULW tem como foco também a Assistência na Rede de Atenção à Saúde, para tanto conta com (PDE, 2018, p.15),

[...] 225 leitos ativos, 10 laboratórios e 80 consultórios médicos. Nesse espaço são realizados cerca de 15 mil consultas/mês, 614 internações/mês, 485 cirurgias/mês e até 65 mil exames/mês, sendo 70% da demanda de pacientes em nível ambulatorial e 30% de pacientes internados. A nossa taxa de ocupação é, em média, de 78% e o tempo médio de permanência é de 9,4 dias.(PDE, 2018, p.15).

Contando também como serviço especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo referência para todo o Estado da Paraíba e demais estados circunvizinhos da região.

São ofertados serviços assistenciais em consultas especializadas nas unidades do hospital. Assim como são, realiza cirurgias ambulatoriais e consultas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Fisioterapia, [...] “soma-se ainda uma variedade de exames de Média e Alta-complexidade realizados pelo HULW em: Patologia Clínica, Anatomopatologia e Citopatologia, Radiodiagnóstico, Ultrassonográficos e Diagnóstico” (PDE, 2018/2020, p.18).

A presença do Serviço Social no HULW está legitimada desde a antiga escola de medicina, que antecede o HULW. Com a inauguração da primeira etapa do

Hospital Universitário, em 1975, foi implantado o Ambulatório, onde o Serviço Social veio a funcionar. Nos anos seguintes outros avanços sugerem como:

Em 1978, o Serviço Social passou a atuar como unidade de serviço sob a coordenação da assistente social Enaura Leite Suassuna que organizou os trabalhos com a equipe: elaborou a Ficha de Entrevista (posta no prontuário do usuário), a Estatística Diária e Mensal, o Regulamento do Serviço Social, Atribuições, Rotinas para Internação dos Usuários, Encaminhamentos, Visitas Extras de Familiares aos usuários, Parecer Social sobre a saída temporária do usuário do hospital e Preparação para Aposentadoria (ex-FUNRURAL). (FREITAS,2016, p.5).

Sobre a influência do movimento de reconceituação e sob nova coordenação o Serviço Social uma “[...] quebra da prática, predominantemente, assistencialista para assumir uma prática educativa, afinal, a assistente social não estava na instituição para ser “boazinha”, mas para orientar os usuários sobre seus direitos” (FREITAS,2016, p.9)

Segundo Freitas (2016) o regimento interno do Serviço Social de 1987 constava uma ambiguidade na qual se apresenta sob caráter modernizador, mas fundado no discurso fundamentado na perspectiva da intenção de ruptura, na qual de alicerçava em palavras-chave marxistas. Este regimento acentua ainda a necessidade de atualização profissional através de cursos de formação seja eles externos ou internos.

Com a Constituição de 1988, temo um novo paradigma normativos e novas ações e programas vão sendo implementado como o Programa de Atenção Multidisciplinar ao Adolescente - PROAMA (1991), com o objetivo de desenvolver uma atenção integral a saúde do adolescente, através da metodologia participativa que possibilitava a valorização do jovem. Em 1992 temos a inauguração do Núcleo de Reabilitação de Fissuras de Lábio Palatinas - NUCLEFIS, a Comissão Interdisciplinar de Saúde para AIDS - CISA e a implantação do serviço de acompanhamento das mães as crianças internadas em cumprimento a determinação da Nova Constituição e do Estatuto da Criança e do Adolescente (FREITAS,2016).

A presença do Serviço Social nesses novos programas e ações vão fazendo com que a profissão consiga legitimado o seu papel e importância dentro da instituição e na política de saúde como um todo.

A luta política da profissão que toma corpo com novo Código de Ética de 1993 reflete algumas ações e planos de trabalho do serviço social passando a ser pautados na “ [...] luta pelo acesso dos usuários aos serviços como um dos seus direitos de cidadania e a prática educativa voltada para a consciência do direito pelos usuários” (FREITAS,2016, p.16). Mas segundo a autora, apesar do discurso as assistentes sociais ainda permaneciam com uma prática imediata, ligada, enfaticamente, ao atendimento individual (FREITAS,2016).

Em 1997 através das resoluções do Conselho Nacional de Saúde e em 1999 pela resolução 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social. Mesmo tendo sua legitimidade com sua ação na saúde, juridicamente a profissão é colocada na divisão socio-técnica do trabalho como uma profissão subordinada e de complementação. É como o Regimento de 2004 o HULW a ter a Divisão de Serviço Social (FREITAS,2016).

Em 2005, o HULW começou a dar os primeiros passos para assumir a categoria de média e alta complexidade abrindo espaço para a atuação do Serviço Social nesses espaços. Em 2007, o Serviço Social começou a participar da comissão para implantação da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar - RIMUSH que começou a funcionar em 2010 (FREITAS,2016).

Outras mudanças foram percebidas nos anos seguintes como a proposta de revisão do Manual Operacional que dividiu os procedimentos técnico-operativos do Serviço Social em três eixos (FREITAS,2016, p.23),

Eixo I - Assistência a Saúde, contemplando o Serviço Social do Ambulatório, dos Programas e das Clínicas; Eixo II - Ensino, constituído pelo Estágio Supervisionado e a Residência Multiprofissional; Eixo III - Projeto de Extensão. Por outro lado, os relatórios anuais passaram a ser só quantitativos, com dados retirados das estatísticas mensais.(FREITAS,2016, p.23).

Em 2012 o Serviço Social do HULW reestabelece o contato com o Laboratório de Estudos e Práticas Sociais - LEPS e passa a receber duas turmas para o Estágio Supervisionado. Reafirmando o compromisso no do eixo de atuação II. Vindo a proporcionar aprendizagem teórico-prática dos alunos e a atualização dos

profissionais que estavam atuando com supervisores de campo e pedagógico. (FREITAS,2016, p.24),

Com a adesão do HULW a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2013/2014, houve a proposta para trabalhar com "linhas de cuidado". Sob essa nova gestão, novas oportunidades do Serviço Social ganhar espaço. Os convites de assumir chefia da Unidade Psicossocial que vai compreender o Serviço Social, a Psicologia e a Psiquiatria e a Divisão de Gestão de Pessoas marcam esse momento. Assim como a realização de concurso público que propiciou a chegada de novos profissionais para assumirem cargos que estavam vagos (FREITAS,2016, p.24-25).

A atual perspectiva de trabalho do serviço social no HULW está pautada no seu Projeto Pedagógico e o Manual Operacional, que afirma que "a equipe tem como objetivo central desenvolver uma prática ideopolítica, centrada no exercício de cidadania dos usuários e, conseqüentemente, na construção de um projeto de vida singular e coletivo." (FREITAS,2016, p.27).

Nessa direção uma das principais da mudança no Serviço Social do HULW foi se estabelecer que o Assistente Social não desempenharia papel administrativo, como marcar exames e fazer encaminhamentos para transferência de pacientes. Fixaram-se, então, quatro grandes eixos de ações que são pontuados pelos Parâmetros para a atuação Profissional do Assistente Social na Política de Saúde o atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CEFESS, 2010).

Dentre as principais atividades as quais o Serviço Social é chamado a responder na instituição, parte delas se constituem em demandas imediatas, que são estabelecidas pela instituição como o preenchimento da Autorização de Acompanhante e encaminhamento para a recepção. Além destas, algumas outras demandas diárias de natureza imediata sobrecarregam as assistentes sociais, impedindo que realizem reflexões mais profundas e acompanhem os casos com maior dedicação.

As principais atividades, estratégias e instrumentais utilizados pelo Serviço Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), como base a observação realizada em campo de estágio I e II, os diálogo com as supervisoras de campo e

estagiários e o Manual Operacional (2016) do Serviço Social desta instituição, são: acolhimento, entrevista social, acompanhamento social, encaminhamento e orientação.

Acolhimento é a primeira abordagem do Serviço Social ao usuário e seu acompanhante, com o objetivo de acolher estes indivíduos e estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e o usuário. Através dela são obtidas informações sobre a realidade do usuário, seu acompanhante e permite conhecer em parte a situação socioeconômica destes e a identificação de suas demandas e informar sobre as rotinas e regras de funcionamento da UTI.

Entrevista social instrumento/técnica tem como objetivo registrar e sistematizar dados e informações do usuário, tais como dados pessoais, socioeconômicos e composição familiar seu acompanhante e família. Assim como, identificar possíveis demandas para intervenção profissional do usuário e seu acompanhante.

Acompanhamento social ficha na qual o assistente social acrescenta e documenta informações referentes ao acompanhamento do caso, descrevendo as ações e acompanhamentos realizadas e/ou dificuldades e impasses encontrados, mas omitindo as informações de caráter sigiloso pois este instrumental é anexado ao prontuário do usuário, ou seja, é socializado com a equipe multiprofissional. É importante pois é uma forma da categoria expressar para o restante dos profissionais suas funções e atribuições.

Encaminhamento geralmente, é a ação do profissional que leva o usuário a acessar outro serviço dentro da própria instituição ou em outra, para que uma determinada demanda seja atendida. Esse encaminhamento pode ser realizado através da comunicação com os serviços e setores responsáveis ou do preenchimento de formulários e elaboração e envio de documentos. Orientação ação do profissional de informar e orientar o usuário, seu acompanhante e família a respeito de algo, como as normas e rotinas do hospital. Com frequência, as assistentes sociais informam e orientam os interessados a buscarem os serviços de outros setores e instituições e políticas (previdência, assistência, etc.) a fim de que este possa buscar a resolução ou apoio para uma determinada questão, a socialização de informações está prevista no Código de Ética do Assistente social de

1993, no qual afirma que a democratização da informação é um compromisso da categoria.

É importante entender que ao analisarmos as estratégias e instrumentais do Serviço Social do HULW, saber a diferenciação do que são os instrumentais técnico-operativos e o que instrumentalidade, pois segundo Guerra (2000), a instrumentalidade é a capacidade de concretizar objetivos, de responder as demandas sociais no cotidiano de trabalho, dentro das possibilidades oferecidas pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho. Para isso, o profissional se utiliza de diversos meios, estratégias e instrumentais para atingir um fim.

O serviço social como profissão está inserida na dinâmica da divisão socio-técnica do trabalho e seu papel contraditório na sociedade capitalista. Vale lembrar o que segundo Guerra (2000) a intencionalidade, se refere ao direcionamento e orientação ideológicos da ação profissional que se materializa na instrumentalidade. Entre as principais estratégias e instrumentais

Mesmo diante dos avanços a atuação do Assistente Social ainda enfrenta desafios. Um deles é de como o consolidar a autoimagem da profissão alinhado com seu Projeto Ético Político e se desvincular de traços conservadores da a imagem social da profissão, que mesmo não sendo legitimados pela categoria, continuam a compor sua imagem social.

Esta realidade não se apresenta apenas nos Hospitais Universitários, como já mencionamos no primeiro capítulo, que fala sobre a trajetória do Serviço Social no Brasil, essa questão vem acompanhando a profissão e continua gerando inquietações e reflexões pela categoria de Serviço Social.

4 IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NUM HOSPITAL ESCOLA: TENSÕES ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS

As transformações econômicas, políticas, culturais e sociais pelas quais vem passando a sociedade capitalista, tende a interferir na atuação profissional do Assistente Social, considerando que é um dos profissionais que atuam junto às diversas expressões da “questão social” no contexto das políticas públicas de seu enfrentamento.

Esse contexto, interfere no entendimento coerente sobre a atuação do Assistente Social associando-a ao assistencialismo, à prática do favor realizada pela “moça boazinha”, o que nega a prática profissional concebida à luz do Projeto Ético-Político.

As implicações dessa percepção geram uma incompatibilidade entre a imagem social com a autoimagem da profissão. Entendendo que a imagem social construiu-se ao longo de sua trajetória sócio-histórica que não está descolada da realidade; ao contrário, constitui-se de um conjunto de determinados traços e características (ORTIZ, 2010). E que a autoimagem de uma profissão se expressa através do seu projeto profissional no qual “elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício” (NETTO, 1999, p. 95).

Nesse sentido para entender o processo de constituição da imagem social de uma profissão “há de se considerar indubitavelmente o desenvolvimento da história, que no nosso caso diz respeito à consolidação particular do capitalismo no Brasil e ao enfrentamento das expressões da “questão social” (ORTIZ, 2010, p.13). Assim como a análise dos projetos profissionais os quais esta profissão se esteve e está vinculada na contemporaneidade.

Segundo Ortiz (2010) o Serviço Social apresenta, uma tensão entre os traços tradicionais que se atrelam historicamente a imagem da profissão desde sua gênese e os novos decorrentes do salto qualitativo nas últimas décadas. Ambos convivem dialeticamente e “constituem uma dupla face: a imagem social e a autoimagem profissional, diversos lados da mesma unidade: a imagem da profissão” (ORTIZ, 2010, p.155)

Diante de tais tensões, formulamos as seguintes perguntas centrais: a atuação do assistente social no HULW está em consonância com a autoimagem da profissão expressa no Projeto Ético-Político, em particular, com os Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde? Como a atuação profissional vem sendo compreendida por aqueles que recebem o atendimento?

Tais questões provocaram este estudo sobre a análise das tensões entre a imagem social e a autoimagem da profissão, a partir da visão dos usuários no âmbito da Política Social da Saúde, sob a perspectiva dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde.

A presente pesquisa teve como hipótese que a baixa escolaridade dos usuários dificulta o entendimento coerente da autoimagem da profissão alinhada com os, geralmente associando-a ao assistencialismo. Que remete a um traço presente nas protoformas da profissão.

No tocante aos resultados da pesquisa de campo, obtidos através das entrevistas aplicadas com usuários e acompanhantes dos pacientes internos na Clínica Médica do HULW, cuja amostra foi de 27 entrevistados/as o que corresponde a 51% do universo de leitos da unidade, sendo 23 usuários, o que corresponde 85% e 4 acompanhantes (15%). Na análise dos dados os 4 acompanhantes foram incluídos como usuários do serviço do HULW, pois compreendemos que essas pessoas também estão inseridas no atendimento.

As questões iniciais voltaram-se para conhecer o perfil social dos(as) entrevistados(as). E, em seguida aplicaram-se 03 (três) questões a respeito compreensão do exercício profissional do(as) Assistente Social na saúde e no HULW. Sendo respectivamente 01 (uma) no que diz respeito ações socioassistenciais, 01 (uma) ações de articulação com a equipe de saúde e 01 (uma) sobre ações socioeducativas. Por fim uma questão sobre o porquê os usuários acham importante o trabalho do Assistente Social.

4.1 PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS (AS)

No tocante sexo dos entrevista(as) prevalecente na amostra uma maior incidência de pessoas do sexo masculino como 56%. Como apresentada na tabela abaixo.

Tabela 1: Sexo dos(as) usuários (as) entrevistados (as)

	Sexo	
Entrevistados	Masculino	Feminino
	15	12
TOTAL		
%	56	44

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2020).

O dado não surpreende já que nas análises sobre morbidade, os índices de adoecimento de homem são significativamente superior que os relacionados as mulheres como apresentado pelos dados o Ministério da saúde.

Em 2015, foram realizadas aproximadamente 4,1 milhões de internações no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo as internações por gravidez parto e puerpério) com taxa de predomínio do sexo masculino de 3.911. (BRASIL,2018, p.15).

Esse dado corresponde a (51%) do total de internações. E vem sendo foco de intervenção do ministério da saúde que em 2017, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), regulamentada por meio do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Com o objetivo de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade da atenção. Tendo como foco ainda:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas de saúde. Isso possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de adoecimento e morte por causas evitáveis. (BRASIL,2018, p.9).

Para cumprir seus objetivos a PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica tendo em vista os homens tendem a procurar os serviços de saúde quando o quadro clínico apresenta maiores agravos. Como apresenta o Ministério da Saúde:

[...] os homens buscam o serviço de saúde por meio da atenção especializada, o que traz como consequência o agravamento de sua

condição em virtude do retardo na atenção. Dessa forma, torna-se necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. (BRASIL,2018, p.9).

A PNAISH conta ainda com as estratégias de humanização e está em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Tabela 2: Faixa etária dos(as) usuários (as) entrevistados (as)

Entrevistados	Faixa etária (anos)		
	18 a 29	30 a 59	60 a 82
	02	12	13
TOTAL			
%	07	45	48

Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2020).

Quanto a faixa etária, dos entrevistados (as), para efeito de definição foram considerados, conforme seus respectivos estatutos, é jovem adulto a pessoa entre 15 a 29 anos (BRASIL,2013), e idoso 60 anos acima (Brasil, 2003). Os que tem idade de 30 a 59 anos são entendidos como pessoas de meia-idade.

O fato de constatar que o número maior de entrevistados seria idoso não surpreende, tendo por consideração que os agravos na saúde tendem a se acentuar a partir dos 60 anos de idade, independentemente do gênero

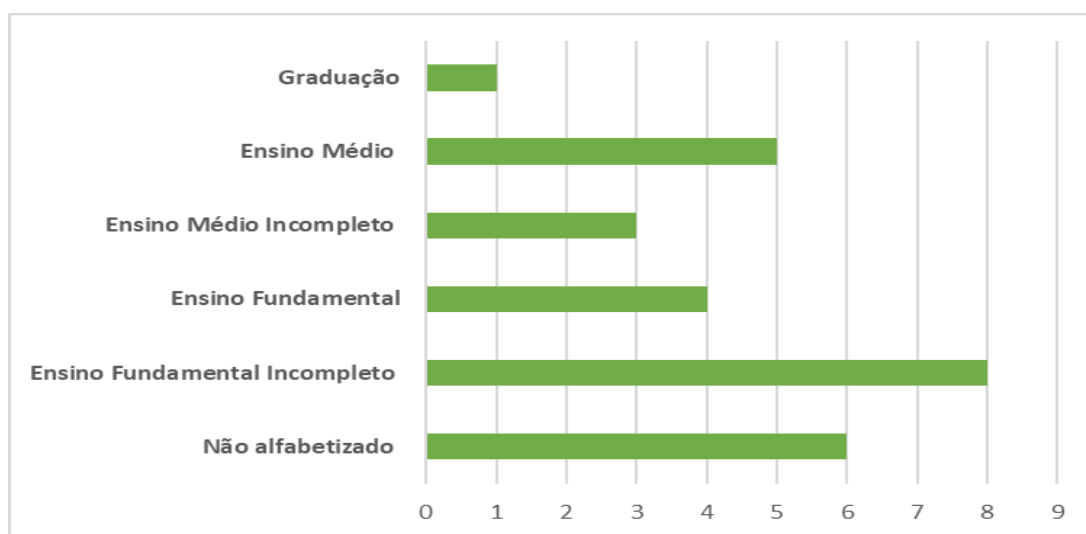
Todavia ao cruzar o dado do sexo com o da faixa etárias, que corresponde respectivamente a 56% dos entrevistados serem homens e 45% dos entrevistados considerado como pessoas de meia idade, dado esse que está em concordância com a pesquisa do MS sobre Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil que destaca que “a maior taxa de internação entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos” (BRASIL,2018, p.15). Esse dado reafirma a preocupação e das PNAISH, e a necessidade da efetivação da mesma.

Quanto a procedência dos entrevistados 100% são paraibanos, sendo que 68% residem na Zona da Mata, os demais são do Sertão, Borborema e Seridó. A maioria 85% residem nas regiões urbana. Vale salientar que HULW é referência na

atenção de média e alta complexidades em diversas especialidades, no estado da Paraíba.

No item escolaridade foi constatado que 78% dos entrevistados tem baixa escolaridade desde os que não foram alfabetizados até os que estudaram até o ensino fundamental. Os demais 22 % que corresponde a 6 (seis) entrevistados, no qual 5 (cinco) possuem o ensino médios completo, 01 (um) tem graduação. Como ilustramos no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Dados relativos à escolaridade dos(as) usuários (as) entrevistados (as)



Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2020)

A baixa escolaridade dos entrevistados interfere diretamente na empregabilidade dos entrevistados que ocupam profissões as quais geralmente recebem baixos salários. Como podemos notar com as profissões das entrevistas em na maioria são de profissões que tem como base salarial o salário mínimo como: Auxiliar de serviços gerais (2) Pedreiro/a (2), Motorista (2), Cozinheira/o (2), Vendedor (2), marceneiro (1), Costureira (1), Garimpeiro (1). Outras profissões que são melhor remuneração também apareceram como Funcionário/a Pública/o municipais (3), Administrado/a (1), Agricultor/a (4), Chefe de Depósito (1). Até os que não possuem remuneração como os Autônomo (1) Estudante (1), e pessoas que são do lar (3) que não trabalham foram, mas tem responsabilidade nas tarefas diárias da casa.

A realidade dos(as) entrevistados(as) faz parte da metamorfose em curso no mundo do trabalho que segundo Antunes (2000) afetam a forma da classe

trabalhadora, tornando esta, heterogenia, fragmentada e complexificada. A classe trabalhadora hoje compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho — a “classe-que-vive-do-trabalho” (Antunes, 2000).

Estas mutações em curso aumenta o abismo social da classe trabalhadora, de um lado os empregados estáveis do grande Capital e de outro os trabalhadores excluídos do emprego formal, correspondendo a aumento do desemprego estrutural.

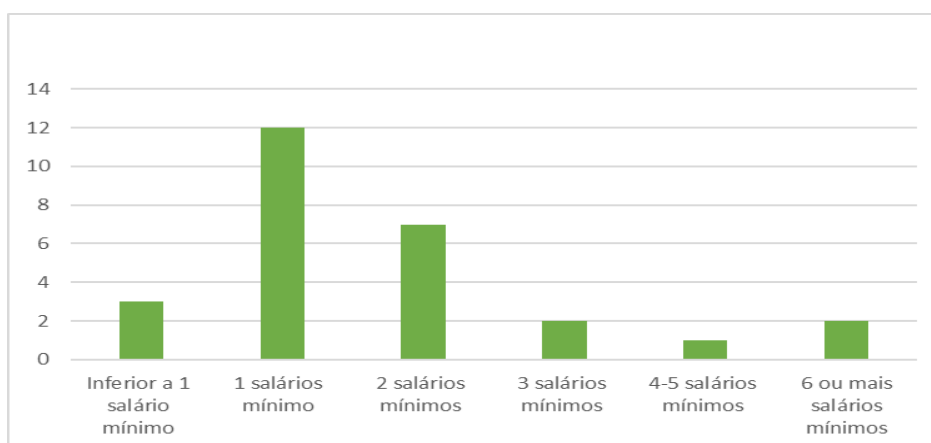
Diante dessa realidade a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. Segundo Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. (CFESS, 2010, p.40).

Assim, a realidade atual vem acarretando profundas consequências para a classe trabalhadora brasileira, considerando as recentes medidas as Reformas Trabalhistas e da Previdência. Tais reformas dentem a agravar as condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora.

Todas essas mudanças refletem na condição salarial dos entrevistados(as) como podemos identificar no gráfico abaixo.

Gráfico 2: Dados relativos à renda familiar dos(as) usuários (as) entrevistados (as)



Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2020).

Quanto a renda familiar foi constatada maior incidência de até um salário mínimo o que corresponde a 56% dos entrevistados. Sendo que 44% dos entrevistados são aposentados pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e incluíram o benefício como a única fonte de renda familiar.

No tocante a composição familiar, observamos que as famílias de até 4 pessoas corresponde a 96% dos entrevistados. Essas famílias possuem casa própria o que corresponde a 74%.

Quanto aos benefícios previdenciários como de pensão por morte e auxílio doença foram mencionados por um número reduzido dos entrevistados, um de cada benefício. Já os benefícios sociais, 18%, (5) dos entrevistados relataram que recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC:

[...] benefício de renda no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo por pessoa. (MDS/SNAS, 2018, p.11).

Ainda sobre os benefícios ligados a Política de Assistência Social, um dos entrevistados (4%) tem acesso ao programa Bolsa Família. Esse programa corresponde ao benefício socio-assistencial de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, de modo a contribuir na superação a situação de vulnerabilidade e pobreza.

O Bolsa Família foi instituído pela Medida Provisória no 132, em outubro de 2003. Esse Programa “transfere renda diretamente às famílias extremamente pobres (com renda mensal de até R\$ 77,00 por pessoa) e pobres (com renda mensal de R\$ 77,01 a R\$ 154,00 por pessoa)” (MDS,2019, p.05).

O principal objetivo do programa é contribuir para a superação da pobreza, para tanto atua em três eixos:

- Transferência direta de renda às famílias, que permite o alívio imediato da situação de pobreza;
- Ampliação do acesso a serviços públicos que representam direitos básicos nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social, por meio

das condicionalidades, contribuindo para que as famílias rompam o ciclo intergeracional de reprodução da pobreza;

- Coordenação com outras ações e com outros programas dos governos, nas suas três esferas, e da sociedade, de modo a apoiar as famílias para que superem a situação de vulnerabilidade e pobreza. (MDS,2019, p.05).

Uma das características centrais do programa é que ele procura associar a transferência do benefício financeiro ao acesso a direitos sociais básicos, como saúde, alimentação, educação e assistência social (MDS,2019).

De acordo com os resultados a grande maioria dos entrevistados não se encaixem nos requisitos para ser considerados como pobres ou extremamente pobre, pois apenas 18% receberam o BPC e 4% o Bolsa Família.

Conhecer a realidade dos usuários é imprescindível para a efetivação dos valores preconizados pelo Projeto-Ético Político do Serviço Social que só “ocorrerá por meio do protagonismo da classe trabalhadora na inserção e na participação nos espaços públicos, com poderes de decisão no que lhe diz respeito” (PIANA,2009, p.108). Para tanto, necessário, segundo Iamamoto (2000, p.126)

Uma aproximação, por meio da pesquisa criteriosa, às condições de vida e de trabalho das classes subalternas é um requisito indispensável para a efetivação daqueles valores e princípios mencionados. Esta aproximação deve permitir captar interesses e necessidades em suas diversas maneiras de explicitação, englobando formas diferenciadas de organização e luta para fazer frente à pobreza e à exclusão econômica, social e cultural. Formas de lutas que passam por partidos políticos, sindicatos e movimentos sociais organizados; mas que passam, também, por reivindicações em torno de melhorias parciais de vida, além do conjunto de expressões associativas e culturais que conformam o modo de viver e de pensar das classes e seus segmentos sociais. O desafio é captar os núcleos de contestação e resistência, as formas de imaginação e intervenção do cotidiano, de defesa da vida e da dignidade do trabalhador. (IAMAMOTO, 2000, p.126).

Segundo Yasbek (2000) o Estado ao assumir gradativamente as políticas sociais, a um impulsionamento na profissionalização do assistente social, bem como a ampliação nos campos de trabalhos em função das novas formas de enfrentamento da questão social. Essa vinculação com as Políticas Sociais vai interferir também no perfil da população-alvo para a qual se volta à ação do Serviço Social. como afirma Yazbek (2000)

A profissão enfrenta o desafio de decifrar algumas lógicas do capitalismo contemporâneo, especialmente em relação às mudanças no mundo do trabalho, os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral e o aumento da pobreza e a exclusão social. O Serviço Social vê-se confrontado e desafiado a compreender e intervir nessa sociedade de transformações configuradas nas novas expressões da questão social: a precarização do trabalho, a penalização dos trabalhadores, o desemprego, a violência em suas várias faces, a discriminação de gênero e etnia e tantas outras questões relativas à exclusão. (YAZBEK, 2000, p.29).

Nesse sentido a categoria nas últimas décadas assume o compromisso ético-político do aprimoramento intelectual do assistente social, com ênfase em uma formação a partir do viés crítico. Segundo Netto,

formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social” e possibilitar um processo de formação permanente e “estimular uma constante postura investigativa”. (Netto, 2000, p.105).

Findada a análise do perfil socioeconômico dos entrevistados(as) iremos agora nos debruçar sobre a análise da imagem social do Serviço Social, a partir da visão dos(as) usuários(as), bem como, dos elementos que implicam sobre tal visão e suas repercussões. Assim, analisar se as demandas e competências do assistente social estão em conformidade com o PEPP e, em particular, com os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde.

4.2 A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DOS(AS) USUÁRIOS(AS)

Para que fosse possível analisar a imagem social que os(as) usuários tem da atuação profissional do Assistente Social, optou-se por iniciar questionando sobre a compreensão do Serviço Social e as competências profissionais na Política de Saúde. Assim, com vista a identificar as aproximações da atuação profissional com a autoimagem da profissão, que se expressa através das legislações que a regulam sobretudo, no marco do Projeto Ético-Político.

Quando questionados sobre se houve contato com o Serviço Social no HULW 100% dos entrevistados afirmaram que sim, sendo assim é importante destacar que esse foi um dos critérios de inclusão na pesquisa. Uma questão ficou nítida durante o momento inicial das entrevistas, de alguns usuários, a dificuldade de associar quem dos profissionais do HULW eram as assistentes sociais.

Os entrevistados relataram que no processo de admissão no hospital e na unidade de Clínica Médica, eles tiveram contato com vários profissionais. Portanto, pode ser esta a dificuldade em associar de imediato quem são os profissionais do Serviço Social, bem como, outro ponto que contribui para esta dificuldade é que na chegada do hospital os pacientes estão envolvidos com a resolutividade do seu quadro clínico.

Ao serem questionados sobre o que faz o Assistente Social, em 9 (33%) entrevistados(as) responderam que são os (as) profissionais que fazem o elo entre os distintos sujeitos, a exemplo da mediação entre os familiares e equipe de saúde. Destacamos algumas falas:

É para intermediar a relação do hospital com os usuários. (Entrevistado 06, grifo nosso).

Faz a mediação entre as necessidades dos usuários e o que o sistema pode oferecer. Esclarece a situação do usuário no serviço. (Entrevistado 23, grifo nosso).

Auxilia nas questões sociais e junto os familiares, na instituição hospitalar. (Entrevistado 04, grifo nosso).

Essa mediação não se dá apenas na relação entre os distintos sujeitos, mas para o acesso aos direitos sociais. Segundo Costa (2011)

o que tange à mediação do Serviço Social, por vezes ela não é percebida pelas demais categorias como decorrente de um direito do usuário, nem tampouco é reconhecida a necessidade de intermediação por um profissional que detenha um saber próprio, cujo Projeto Ético-Político esteja vinculado à classe trabalhadora e, portanto, a garantia e ampliação de direitos na sociedade capitalista, mas, sim é entendida como favor, uma concessão que ignora as relações interpessoais. (COSTA, 2011, p. 255).

Outros 26% (7 respostas) tiveram maior destaque da função e de orientação junto aos usuários e acompanhantes, no sentido de assegurar o bem estar no hospital. Nas repostas podemos notar maior destaque para orientações sobre a rotina institucional e conato com outros profissionais.

Conforme o Código de Ética do(a) Assistente Social o profissional deve defender a prerrogativa da informação como seu dever na sua relação com os usuários:

[...] Artigo 5º, alíneas b: garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas [...]; c: democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional [...]. (CFESS, 1993, p. 29).

Essas questões são orientações do Código de Ética profissional e dos Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde que incluí entre as principais ações assistente social as de natureza socioeducativas e a de:

[...]sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade” (CFESS, 2010, p. 56).

19% (5 respostas) associaram a atuação profissional como uma profissão que dá encaminhamento de cunho social, a partir da perspectiva dos direitos sociais, se utilizando dos benefícios da previdência, da assistência social e de judicialização da saúde para exemplificar a resposta. Como se pode observar nas falas abaixo:

Trabalha com as garantias de direitos dos usuários. (Entrevistado 09, grifo nosso).

Serve como suporte, trabalha junto da equipe multiprofissional, **especificamente com as demandas sociais.** (Entrevistado 07, grifo nosso).

Da assistência em questões de benefícios como a aposentadoria e presta informações. (Entrevistado 21, grifo nosso).

Informa sobre as condições dos cidadãos com relação aos benefícios sociais, ajuda no desenvolvimento... Informa sobre benefícios como auxílio doença. (Entrevistado 25, grifo nosso).

Segundo Netto (1999) a perspectiva de acesso aos direitos sociais constitui a direção que norteia a prática defendida em seu Projeto Profissional hegemônico que traz em si uma imagem ideal da profissão.

De acordo com os dados os usuários demonstram uma relativa clareza quando relacionam a atuação nos seguintes aspectos: – elo entre os sujeitos (33%); (26%) função de orientação; (19%) perspectiva dos direitos dos usuários. Desta forma totalizou-se que 78% dos entrevistados demonstraram que possuem relativo alinhamento da atuação do Assistente Social com a autoimagem da profissão construída numa perspectiva crítica alinhada como com o PEPP e os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde.

No entanto ainda tem um percentual que ainda traz uma imagem social da profissão que está na conta mão da perceptiva crítica a associando com o Serviço Social tradicional anterior a “intenção de ruptura”.

Contraditoriamente, a questão da “ajuda” apareceu de forma explícita na resposta de 3 dos(as) entrevistados(as) (11%) dentre elas uma que ajuda os mais pobres. Estas respostas representam um traço histórico que o Serviço Social traz consigo desde sua gênese. Tendo em vista que à história do surgimento da profissão e suas “protoformas”, apresentam o cariz de ajuda assistencialista e filantropia (NETTO, 2001, p. 69).

Segundo Silva (2019) a imagem social endógena do assistente social tende, ainda hoje, a se contrapor com a perspectiva crítica da profissão de luta pelo acesso aos direitos de cidadania.

3 entrevistados(as) (11%) não conseguiram responder à pergunta. Referente a pergunta do que faz o Assistente Social

No que se refere ao entendimento dos usuários quanto as atribuições e competências do Assistente Social na política de saúde foram constatadas duas variantes. A primeira referente ao total de 55% que atribuíram as ações profissionais alinhadas com a autoimagem atrelada com os “Parâmetros”. Na segunda variante igualmente expressiva com 45% que atribuíram que as ações profissionais aquelas estinada com um caráter administrativo.

Vale destacar que, independente do espaço socio-ocupacional o que Assistente Social estiver atuando, fundamentalmente as suas atribuições e competências devem ser norteados pelos direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional e na Lei que Regulamenta a Profissão.

14 entrevistados(as) (55%) conseguiram relacionar a autoimagem da profissão com as ações de cunho socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas. Nesse sentido, tais respostas afirmam os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde.

As ações socioassistenciais estão relacionadas ao atendimento direto aos usuários, por parte da atuação do Assistente Social e que acontecem desde a atenção básica até as ações da média e alta complexidade do SUS. Portanto, segundo os Parâmetros estas “essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CRESS,2010, p. 42)

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CRESS,2010, p. 42).

Parte da atuação que está ligada ao processo de investigação, planejamento que não foram mencionadas pelos entrevistados(as), mas estão presentes no Código de Ética e são imprescindíveis para o trabalho do assistente Social.

No que diz respeito as competências profissionais 13 entrevistados (as) (45%) atribuem responsabilidade para os assistentes sociais de caráter administrativo, tais como: autorização de visita, articulação transportes junto as prefeituras, regulação com os Hospitais da cidade. Como podemos identificar nas falas abaixo:

Ela tem que olhar as coisas que estão erradas. Ver como esta os usuários, ver se está tudo bem. Estar a favor dos pacientes **caso de medicação, procedimentos médicos, falta de equipamentos, cadeira para acompanhante.** (Entrevistado 05, grifo nosso).

Apoio as famílias, **auxiliar nos transportes junto as prefeituras** e irar dúvidas. (Entrevistado 06, grifo nosso).

Articular como o Hospital da cidade. Contato como as famílias. (Entrevistado 08, grifo nosso).

Observar os serviços dos técnicos e receber algumas ordens de médicos, colocar tudo em ordem se tiver alguma coisa desorganizada ela organiza (Entrevistado 10, grifo nosso).

Tais responsabilidades são comuns para as equipes de saúde, contudo as mesmas não são competências atribuídas para o Assistente Social, conforme as legislações que rege a profissão e os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde.

Segundo os Parâmetros essas ações “[...] possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo. [...] Assim como aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais (CFESS, 2010, p. 47).

Essa visão do exercício profissional de vinculação com práticas burocráticas e administrativas “[...] remete às atividades profissionais executadas anteriormente à configuração do atual PEPP com as quais se busca romper desde a perspectiva de “intenção de ruptura” no processo de renovação” (SILVA, 2019, p. 91).

Nesse sentido o assistente social precisa ter clareza de suas atribuições e competências para “estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas” (CFESS, 2010, p. 43), ainda segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

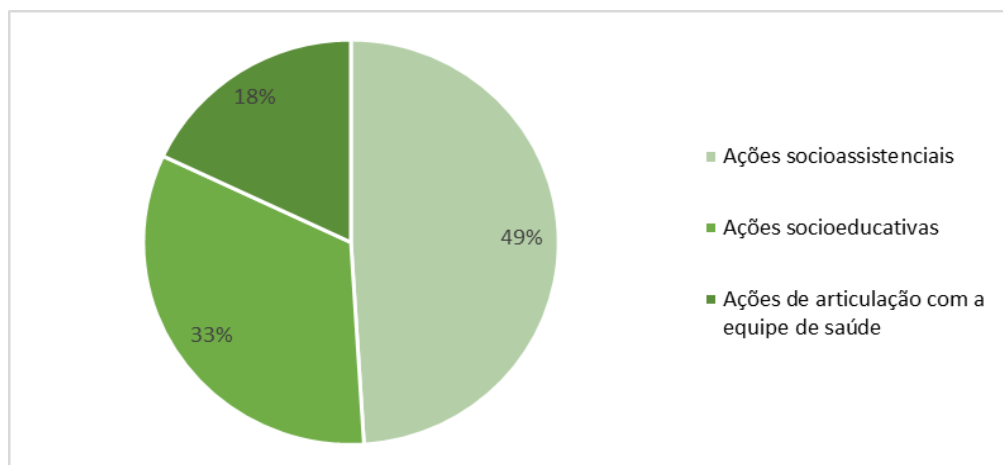
As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental. (CFESS, 2010, p. 43).

Dentre os 27 entrevistados(as) 8 respostas (30%) destacaram que o Assistente Social trabalha no sentido de garantir o bem estar do paciente no hospital, sendo esse o profissional aquele que olha para além do quadro clínico. Mesmo que para fins de análise, tenhamos nos esforçados em subdividir em categorias, as respostas, estas apresentaram diversas características. Por exemplo, mesmo quem associou a

atuação profissional relacionada a efetivação de direitos, incluíam nas suas respostas as ações de caráter administrativos. Nos alertando que mesmo os que tem maior clareza quanto ao papel do Assistente Social, tende a incorporar competências que fogem a natureza da profissão.

A próxima análise vai destacar quais as principais ações do Assistente Sociais do HULW. Todas as respostas obtidas apresentaram ações ligadas ao atendimento dos direitos aos usuários. Com maior destaque para as ações de cunho socioassistencial que foram significativamente maiores que das demais ações com 49%.

Gráfico 3: Dados relativo as principais ações do Assistente Sociais do HULW



Fonte: Dados primários (João Pessoa, 2020).

Entre as principais ações socioassistenciais destacadas nas entrevistas foram: a realização de entrevista social apareceu em 24 das respostas seguidas de 20 que afirmaram que recebeu informações por meio de orientações (individuais e/ou coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais; 19 que o assistente social desenvolveu alguma ação para fortalecer os vínculos familiares, no processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; 19 que recebeu encaminhou ou foi orientado a ter acesso a outros serviços, como previdência ou assistência social e em 1 caso foi realizou visitas domiciliar.

Segundo os Parâmetros estas ações socioassistenciais têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. A inserção desse profissional é mediada pelo reconhecimento social da profissão 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 (COSTA,2000).

Tendo em vista que com a implementação do SUS, nos anos 1990, e com ele a ampliação da concepção em saúde, a partir dos determinantes sociais, acentua a necessidade de uma profissional como o assistente social, que vai olhar para o processo saúde doença, para além do quadro clínico. É esse profissional que vai analisar as reais condições de vida dos usuários, tais como: as questões do desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário questões essas que influencia no processo saúde doença dos usuários.

Nesse sentido, faz-se necessário observar a importância do aperfeiçoamento profissional nas perspectivas teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa para a apreensão crítica do processo histórico como totalidade (ABEPSS,1996)

As ações socioeducativas também conhecidas como educação em saúde corresponderam a 33% das atividades profissional do assistente social na saúde. Segundo os Parâmetros “essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.” (CFESS,2010, p.54). Portanto, as ações socioeducativas devem se constituir como eixo central para atuação profissional de Serviço Social.

Dentre as principais ações dessa natureza destacadas pelos entrevistados(as) tivemos: informes sobre os direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças; incentivo a participação no controle democrático dos serviços prestados como o incentivou a participar no conselho de saúde, a apresentar denúncia na ouvidoria ou no Ministério Público, quando necessário; distribuição de materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e do seu acesso aos serviços oferecidos pelas unidades hospitalar e aos direitos sociais em geral; e participação em atividades em grupos abordando temas de seu interesse.

De modo geral o assistente social nessas atividades é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações a ter determinado comportamento, informando devidamente quais as razões técnicas básicas. Essas

ações socioeducativas perpassam todo o atendimento e de acordo com Costa (2000):

Em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo), e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a "educação", informação e comunicação em saúde, quer por meio de orientações, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões. Em geral, inicialmente essa atividade acontece concomitante ao processo de interpretação das normas e rotinas, fazendo-se presente em todos os momentos do atendimento, desde a entrevista inicial, seguindo-se as orientações e informações sobre o tratamento, até a alta ou encaminhamento para outro nível de prestação de serviços, ou óbito. (COSTA,2000, p.23).

Importante destacar que essa faz parte da atuação profissional essa natureza socioeducativa, no atendimento direito aos usuários, essas ações acontecem normalmente através de comunicação oral e os conhecimentos específicos sobre normas e portarias da política de saúde e as legislação social existente, como a LOAS, LOS, ECA, Estatuto do Idoso, CLT, Legislação Previdenciária etc.

As ações de articulação com a equipe de saúde corresponderam a 19% do total das atividades mencionadas pelos entrevistados. Com destaque: a realização de contato com a equipe multidisciplinar (médico, psicólogo e/ou outros), para resolver suas demandas dos usuários bem como na notificação de diagnósticos graves. Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente³⁴. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS,2010, p. 47).

As reflexões sobre as atribuições do Serviço Social no trabalho com a equipe de saúde são importantes e precisam ser divulgadas junto aos demais profissionais da equipe de saúde para a materialização da interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

Segundo Iamamoto (2000, p.41) o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. Ainda segundo a autora “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”.

Nesse sentido a atuação em equipe, vai exigir do assistente social um maior alinhamento com os princípios ético-políticos, explicitados no Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Esta discussão também foi pautada na recente pesquisa intitulada A imagem social e a autoimagem do serviço social em um hospital-escola, realizada por Silva (2019) no período de entre junho e dezembro de 2018, no HULW, que teve por objetivo analisar a imagem social e a autoimagem da profissão de Serviço Social, de modo a elucidar as congruências e incongruências entre ambas, a partir do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP). A questão da imagem social da profissão foi investigada a partir da visão da equipe multiprofissional os dados concluem que:

[...] no que tange à imagem social do Serviço Social no HULW, apresentada nos resultados da pesquisa, concluiu-se que se sobressaíram (60%) os elementos que caracterizaram a profissão ainda vinculada à perspectiva de “ajuda”, “apoio” ou “auxílio” aos usuários e à equipe de saúde, como profissão subsidiária a quaisquer necessidades que se apresentarem no cotidiano, mas sem a compreensão exógena das dimensões e intencionalidades necessárias à intervenção. (SILVA, 2019, p.129).

Os dados dessa pesquisa trazem elementos importantes para os diálogos sobre nossa hipótese de pesquisa que foi a de que a baixa escolaridade dos usuários interferia no entendimento destes sobre a atuação profissional.

Ao cruzamos os dados vamos perceber que os profissionais entrevistados, que possuem maior escolaridade não conseguiram associar a atuação profissional tal qual ela se propõe. Enquanto em nossa pesquisa junto aos usuários, onde a baixa escolaridade corresponde 78%, estes apresentaram nos questionamentos relativo entendimento e associaram a atuação profissional a elementos que compõem a autoimagem da profissão.

Quanto a importante o trabalho da/do Assistente Social 100% dos entrevistados afirmaram que sim. Entre as justificativas 89% (23 respostas) associaram a perspectiva dos direitos sociais, como é possível perceber nas falas abaixo:

Muito, é de grande importância, **pois é esse profissional que trabalha com a garantia de direitos dos usuários.** Orienta com relação as normas do hospital. Informa sobre benefícios e encaminhamentos para outros benefício e/ou programas. (Entrevistado 11, grifo nosso).

Muito importante, **porque é onde temos respostas mais certa.** Auxilia e orienta com relação ao INSS e questões dos direitos, a importância da família estar presente no processo de recuperação do paciente. (Entrevistado 1, grifo nosso).

Sim, porque o serviço social que em conjunto com a equipe multiprofissional **trabalha para a garantia de direitos dos usuários.** (Entrevistado 13, grifo nosso).

Essas falas enfatizam elementos da autoimagem do Serviço Social que se alinha com o Projeto Ético Político Profissional, atreladas aos direitos sociais sobre com ênfase nos benefícios. Entre as respostas tiveram também destaque para ações de elo entre os sujeitos, familiares e equipe de saúde, a função de orientação. Estas ações apresentadas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, como ações socioassistenciais, socioeducativas, e de articulação com a equipe de saúde.

3 dos(as) entrevistado(as) (11%) atribuíram questões de ordem burocráticas/administrativa, com respostas similares as analisadas nas nos questionamentos de quais ações os entrevistados acreditavam ser de responsabilidade de Assistente Social.

Dentre as respostas alguns(as) entrevistados(as) deram destaque a eficiência e da confiança no Assistente Social, mesmo que não as associando diretamente como um compromisso ético da profissão e o apresentando ainda como “ajuda”. Como destacada nas respostas abaixo:

Sim, **e fundamental o contato mais próximo, se sentimos mais seguros, sabemos quem procurar.** Ajuda a resolver alguns casos junto aos demais profissionais de saúde.” (Entrevistado 20, grifo nosso).

Sim, ajuda, tem que ter para **ajudar as pessoas agilizando as coisas para além do hospital**. (Entrevistado 24, grifo nosso).

Sim, porque é um meio de **orientação para as pessoas que estão mais perdidas. Elas são eficazes ao responder as perguntas que são feitas**. (Entrevistado 21, grifo nosso).

Sim, pois é necessário... **É o lado do serviço de saúde que olha para a pessoa plena, para além da doença**. (Entrevistado 22, grifo nosso).

Essa atuação comprometida como e destacada no Código de Ética do/a Assistente Social em seu artigo 5º que destaca o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CEFESS,1994, p.24)

Apesar da tentativa de agrupar por categoria, assim como nas demais questões, as respostas trazem elementos de mais de uma natureza. A resposta que fala de garantia de direitos dos usuários traz também elementos de questões administrativas/burocráticas.

Todavia, é possível notar que 89% dos(as) entrevistados(as) apresentam maior clareza ao responder sobre a importância do serviço social, até porque as perguntas da entrevistas, principalmente as que questionam sobre as ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação com a equipe de saúde dão elementos quanto o deve ser a atuação profissional do assistente social.

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Analisar a imagem social do Serviço Social em um hospital escolas, se mostrou um desafio em olhar criticamente para a profissão e entendê-la em sua totalidade, a partir dos elementos históricos que marcaram os avanços da Política Social de Saúde e, concomitante ao processo de construção do Projeto Ético-Profissional vigente.

No entanto, é possível observar que ainda permanecem elementos contraditórios no entendimento dos usuários sobre o Serviço Social, pois há ao mesmo tempo tensões entre a imagem profissional atrelada aos princípios do Projeto Ético-Político e aquelas que ainda apresenta traços da imagem profissional atrelada a “ajuda”.

Nesse sentido, o estudo analisou a imagem social a partir dos usuários a fim de identificar como a profissão está sendo vista pelos sujeitos que são atendidos pelos(as) Assistentes Sociais, sob a perspectiva da autoimagem da profissão que foi constituída a partir do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP), em particular, expressa pelos Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Os avanços do PEPP caminham junto aos avanços da Reforma Sanitária que, se normatizam a partir da Constituição de 1988 e se operacionalizam com o SUS. Contudo, a contrarreforma que o Estado brasileiro vem apresentando desde os anos 1990, impulsiona a existência do projeto privatista de saúde que inviabiliza o SUS.

Importante frisar que, o Governo Jair Bolsonaro, no seu primeiro ano de mandato explicitou a tendência neoliberal de Estado mínimo na Política de Saúde, o seu principal objetivo é o de adequar as funções do Ministério da Saúde ao teto de gastos, mesmo que isso represente a quebra no pacto da responsabilidade entre o ente federativo e os Estados e Municípios. Assim, tornam-se inviável a execução de algumas ações preconizadas pelo SUS. É nessa realidade que se insere a atuação profissional dos(as) Assistentes Sociais.

Assim, a análise da imagem social da profissão no campo da saúde sob uma apreciação crítica da pseudoconcreticidade do real ¹⁰ (Kosik, 1976; Netto, 2009) nos

¹⁰ Kosik (1976 p.11) caracteriza a pseudoconcreticidade do real da seguinte forma: “o mundo dos fenômenos externos, que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essências; o mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da práxis fetichizada dos homens (...); o mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos nas consciências dos homens, produto da praxis fetichizada, formas ideológicas de seu movimento; o mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de serem condições naturais e não imediatamente reconhecíveis como resultado da atividade social dos homens.”

guia na construção de lutas coletivas na direção do enfrentamento ao conservadorismo. Para tanto, fez-se necessário entender o significado social da imagem do Serviço Social a partir da visão dos(as) usuários(as).

Portanto, no que tange à imagem social do Serviço Social no HULW, concluiu-se que se sobressaíram 78% dos entrevistados demonstraram que possuem relativo alinhamento da atuação do Assistente Social com o PEPP. Destacam-se: –, elo entre os sujeitos (33%) – (26%) função de orientação, (19%) perspectiva dos direitos dos usuários.

Ainda com relação ao a imagem social, especificamente, referente as atribuições e competências do Assistente Social na política de saúde foram constatadas duas variantes. A primeira com 55% atribuíram ações alinhadas como a autoimagem da profissão articulando em suas respostas ações de cunho socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas tal qual está posto nos Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde. A segunda com 45% atribuíram ações que destoam da mesma, com a incorporação de ações de cunho administrativos/burocrático. Essas ações administrativas, geralmente, são comuns das equipes de saúde, contudo não são competências e atribuições do(a) assistente social como apresenta os nas legislações

Na análise das principais ações do Assistente Sociais do HULW a partir das respostas dos entrevistados(as). Obtivemos uma maior incidência de ações do atendimento direito aos usuários com maior destaque para as ações de cunho socioassistencial (49%) seguida das ações socioeducativas (33%) e as ações de articulação com a equipe de saúde (18%).

A ausência das atribuições ligada ao ensino e pesquisa ao serviço social causa estranhamento pelo o fato de ser um hospital escola e apresentar no seu cotidiano ações dessa natureza como a preceptoria e supervisão de estágio.

100% dos(as) entrevistas (as) afirmaram a importância do trabalho da/do assistente sócia, sendo um dado significativo que 89% associaram a perspectiva dos direitos sociais. Outras 11% (3 respostas) respostas atribuíram questões de ordem burocráticas/administrativa.

Mesmo que para fins de análise, subdividimos as respostas em categorias, estas na sua grande maioria apresentaram diversas características, considerando que alguns dos elementos da autoimagem da profissão são articulados com os

traços tradicionais. Portanto, compreendemos que o fato da categoria legitimar a autoimagem através do seu Projeto Ético-Político, não significa a eliminação dos traços daquela imagem ainda voltada para o elemento da “ajuda”.

Essas tensões entre a autoimagem e imagem social da profissão é marcada na história da categoria, por continuidades e rupturas que atravessa e configura a imagem da profissão, enquanto uma totalidade que a constitui dialeticamente. (ORTIZ,2010).

Assim, a análise dos dados demonstra que em todos os questionamentos os entrevistados apresentaram respostas que demonstram entendimento da autoimagem da profissão, sobretudo quando relaciona as ações profissionais a efetivação dos direitos sociais, contraditoriamente, apresentam alguns elementos que não fazem parte da autoimagem da profissão atrelada com o PEPP.

Desse modo, a hipótese de que a baixa escolaridade dos usuários interfere no entendimento sobre a atuação do Assistente Social é refutada, pois 78% dos entrevistados(as) possuem baixa escolaridade e mesmo assim conseguiram articular a imagem social da profissão como elementos de sua autoimagem alinhada com os dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde

Todavia a imagem social demonstrada pelos(as) entrevistados(as) não compreendeu a totalidade da autoimagem da profissão, contudo apesar das tensões existentes entre a imagem social e a autoimagem profissional, ambas constituem um lado da mesma unidade: a imagem da profissão (ORTIZ 2010).

A investigação trouxe reflexões acerca do trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais no campo da saúde, possibilitando refletir sobre a autoimagem e a imagem social da profissão. Suscitando a reflexão da importância da articulação das perspectivas teórica-metodológica, ético-política e técnico operativa, para consolidar atribuições e competências profissionais constituintes de uma autoimagem explicitada do Projeto Ética Política Profissional.

Diante do exposto, o trabalho se propôs a contribuir com o debate a imagem e autoimagem da profissão com vistas a apreender se as reais competências e atribuições profissionais estão sendo efetivadas pela categoria e também (re)conhecidas pelos sujeitos que recebem seus serviços.

6 REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. **O novo sindicalismo e o Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1995.

ANDREAZZII, Maria de Fatima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. Revista Brasileira de Educação Médica, 37 (2) : 275 – 284 ; 2013.

ANTUNES, Ricardo. 2002. **Os Sentidos do Trabalho**. 6a ed. São Paulo: Boitempo Editorial. (Coleção Mundo do Trabalho)

BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html> Acesso em: 09 de Julho de 2019. Não paginado.

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROCO, Maria Lucia S. **Barbárie e neoconservadorismo**: os desafios do projeto ético-político. Serv. Soc. Soc. [online]. 2011, n.106, pp.205-218.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos – 2º ed.- São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil (Cap. 1). Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

BRASIL. **Código de ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. -9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

_____. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução Nº 273, de 13 de março de 1993. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993

_____. ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 17 de out de 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Bolsa Família Transferência de renda e apoio à família no acesso à Saúde, à Educação e à Assistência Social**. Brasília, DF: MDS, 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **O Benefício de Prestação Continuada BPC** guia para Técnicos e Gestores da Assistência Social. Brasília, 2018

_____. **Lei no 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

_____. **Lei nº 12.550/2011**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

_____. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília – DF 2013.

_____. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Senado Federal, Resolução n. 145, 15 out. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Estatuto da juventude**: atos internacionais e normas correlatas. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013. 103 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 27 de ago. de 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 2000.

BRAZ, Marcelo. **A hegemonia em xeque**: Projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos In: Revista Inscrita nº 10. Brasília, CFESS, 2007.
COSTA, Mônica Rodrigues. **A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária**. Sociedade em Debate, Pelotas, 13(2): 85-107, jul.-dez./2007.(a)

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXI, n. 62, mar. 2000.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CARDOSO, P.F.G. **Ética e projeto profissional**: os diferentes caminhos do Serviço Social no BRASIL. Campinas: Papel Social, 2013.

CASEMIRO, L. **Planos de saúde perdem mais de 3 milhões de usuários nos últimos 3 anos**. O Globo, São Paulo, 25 jan. 2018. Acesso em: 7 abr. 2019.pdf. Acesso em abril de 2019.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

D'ARAUJO, Maria Celina (coord), **Governo Lula**: contornos sociais e políticos da elite do poder, Rio de Janeiro, CPDOC, 2007.

FALLEIROS, Ialê e LIMA, Júlio C. F. **Saúde como direito de todos e dever do Estado**. In: PONTE, Carlos F. et al. (org.), Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Reconceituação do Serviço Social no Brasil**: uma questão em movimento? Revista Serviço Social & Sociedade nº 84. p 21-36. São Paulo: Cortez, 2005.

FREITAS, Maria José Leite de. **História do Hospital Universitário Lauro Wanderley**, 2016. PDF.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5a ed. SÃO PAULO: ATLAS, 2010. 184.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, 2000. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf>. Acesso em: 06 de jan de 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico - metodológica. 12.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. Cortez. 2008

_____. **A formação acadêmica-profissional no Serviço Social Brasileiro**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.120, p. 609-639, 2014.

_____. **O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social**. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e

Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p 111-128, 2000.

_____. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional / Marilda Villela Iamamoto. 23 ed. São Paulo, Cortez, 2012.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**, 2ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 1976.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, Cristiani Vieira, LIMA, Luciana Dias de, BOPTISTA, FARIAS Tatiana Vargas de. **Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios:** caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Rio de Janeiro, 2017, p. 143 -161.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. **Servindo a dois senhores:** as políticas sociais no governo Lula. In: Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares:** desafios cotidianos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MARX, Karl. **Sobre a questão judaica.** São Paulo: Boitempo, 2010.

MATTOSO, Kátia M. Queirós. **Textos e documentos para o estudo da história contemporânea.** São Paulo: Hucitec/Edusp, 1977, p. 166-170.

NAPP, Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas – Saúde – PT. **Balanço dos 100 dias da saúde no governo Bolsonaro.** 09/04/2019.

NAPOLITANO, Marcos. **1964:** história do regime militar brasileiro. São Paulo: Contexto, 2014. 370 p.

NETTO, José Paulo. **Das Ameaças à Crise.** In: Revista Inscrita nº 10. Brasília, CFESS, 2007.

_____. **Ditadura e Serviço Social- uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** São Paulos: Cortez, 4 ed, 1999.

_____. **A construção do projeto ético político contemporâneo.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFRESS, 1999.

_____. **O Serviço Social e a tradição marxista.** Serviço Social & Sociedade, Cortez, ano 10, n. 30, p. 89-102, maio/ago. 1989.

_____. **A construção do projeto ético político do Serviço Social frente à crise contemporânea.** In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p 93-110, 2000.

_____. **Introdução ao método da teoria social.** In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 667-700.

_____. **Cinco notas a propósito da "questão social".** Temporalis, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. **A contra-reforma do Estado no Brasil:** uma análise crítica. In: Urutagua. Nº 24.mai-ago de 2011.

ORTIZ, Fátima Grave. **O serviço social no Brasil:** os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010. 226p

TONET, I. **Método científico:** uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O Sistema de Saúde Brasileiro:** História, Avanços e Desafios. Lancet, 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf >. Acesso em: 13 out. 2018.

Plano de Governo. **O CAMINHO DA PROSPERIDADE Proposta de Plano de Governo.** Disponível em < <https://politicaedireito.org/br/wp-content/uploads/2019/11/plano-de-governo-jair-bolsonaro.pdf> >. Acesso em janeiro 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil** – uma pequena revisão. 1995.

PDE. **PLANO DIRETOR ESTRATEGICO** - 2018/2020. Hospital Universitário Lauro Wanderley: Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2018.

REIS, José Roberto F. **Vargas e a previdência: entre a dívida e o direito.** In: PONTE, Carlos F. et al. (org.), Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

SILVA, Andrea Fabia Freitas da. **A Imagem Social e a Autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola.** Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA. João Pessoa, 2019.148 f. : il.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde**: a inviabilização do SUS. Argum., Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

TELLES, Vera da Silva. **Questão Social**: Afinal do que se trata? São Paulo em Perspectiva, 10 (4), São Paulo: SEAD, 1996.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

YASBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Curso de Especialização à distância. CFESS. 2009

VASCONCELOS. A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: MOTA, A. E. et al, (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 242-272 .

APÊNDICES

APÊNDICES A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Análise da atuação profissional do Serviço Social na perspectiva dos usuários de um hospital escola”, e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Reinaldo dos Santos Mendes da Silva, do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr. Danielle Viana Lugo Pereira.

O objetivo do estudo é realizar investigações sobre as concepções dos usuários e/ou dos seus acompanhantes a respeito da atuação profissional do Serviço Social na política de saúde, especificamente na Clínica Médica do HUWL. Para isso, pretende-se levantar dados sobre o perfil socioeconômico, verificar a aproximação da prática profissional do Serviço Social com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde e identificar contribuições dessa atuação frente às demandas dos usuários hospitalizados.

Esta pesquisa trará benefícios de forma indireta, pois irá contribuir com o debate sobre a percepção dos usuários sobre a atuação profissional do Serviço Social, com vistas a gerar novas informações para a ampliação dessa reflexão e debate no seio da categoria, servindo também de fonte de consulta acadêmica.

Solicitamos a sua colaboração para responder uma breve entrevista, estimada em aproximadamente 25 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde, do Serviço Social, em revista científica nacional e/ou internacional, e no Trabalho de Conclusão de Curso. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que a entrevista será feita em local reservado, para garantirmos o anonimato e sigilo absoluto das informações,

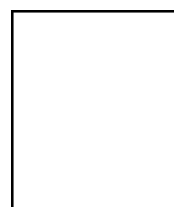
além disso, vale destacar que essa pesquisa diz que existe risco mínimos previsíveis como desconforto por parte do participante pelo o tempo da entrevista ou assunto abordado, questões que pretendemos minimizar através de pausa e/ou retomada a partir de outro questionamento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Por outro lado, é de fundamental importância a sua participação no processo de construção desse estudo.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de ____ de ____



Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores Reinaldo dos Santos Mendes da Silva - (83) 99960-7115, Danielle Viana Lugo Pereira - (83) 99950-2012 ou para o Comitê de Ética do HULW: O CEP está situado no 2º andar do HULW, R. Tab. Stanislau Eloy, 585 - Castelo Branco, João Pessoa - PB, 58050-585- Telefones: (83) 3216-7964 / 3216-7955- E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com

APÊNDICES B – ROTEIRO DA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DA ENTREVISTA – USUÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO/A

Entrevistado: Usuário () Familiar/Acompanhante ()
Idade:
Sexo: Feminino () Masculino ()
Escolaridade: Não alfabetizado () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio () Graduação () Pós Graduação () Outros _____

DADOS SOCIAIS

Profissão/ Ocupação:
Situação Previdenciária: () Contribuinte Individual () Empregado vínculo formal () Segurado especial () Segurado facultativo () Não contribuinte
Benefícios Previdenciários: () Aposentadoria () Auxílio doença () Pensão por morte () Outros: _____
Benefício Socioassistencial: () Bolsa Família () BPC outros: _____
Renda Familiar: () Inferior a 1 salário mínimo () 1 salários mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () 4-5 salários mínimos () 6 ou mais salários mínimos
Condições de Moradia: Município: _____ Estado: _____ Localização: () Urbana Rural () Residência: () Própria () Alugada () Cedida () Financiada () Outra _____

1) VOCÊ TEVE CONTATO COM O SERVIÇO SOCIAL NO HULW?

Sim () Não ()

2) VOCÊ SABE O QUE FAZ O ASSISTENTE SOCIAL?**3) QUAIS AÇÕES VOCÊ ACREDITA SER DE RESPONSABILIDADE DO ASSISTENTE SOCIAL NO HULW?****4) QUAIS DESSAS AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS A/O ASSISTENTE SOCIAL DESENVOLVEU COM VOCÊ:**

- () Realizou visitas domiciliar.
 - () Realizou entrevista social.
 - () Prestou informações por meio de orientações (individuais e/ou coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais.
 - () Encaminhou ou orientou a ter acesso a outros serviços, como previdência ou assistência social.
 - () Desenvolveu alguma ação para fortalecer os vínculos familiares, no processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
 - () Outro
-
-

5) QUAIS DESSA AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE A/O ASSISTENTE SOCIAL DESENVOLVEU NO SEU CASO:

- () Você identificou que a/o Assistente Social realizou contato com a equipe multidisciplinar para resolver suas demandas ou do seu familiar.
- () Realizou em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em notificação de más notícias.

5) QUAIS DAS AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS A/O ASSISTENTE SOCIAL DESENVOLVEU COM VOCÊ:

- () Informou sobre os direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças.
- () Distribuiu materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e do seu acesso aos serviços oferecidos pelas unidades hospitalar e aos direitos sociais em geral.
- () Mobilizou ou incentivou você e/ou seus familiares a participar no controle democrático dos serviços prestados. Exemplo incentivou a participar no conselho de saúde, apresentar denúncia na ouvidoria ou no Ministério Público, quando necessário.
- () Realizou atividades em grupos com você e/ou seus familiares, abordando temas de seu interesse.

7) VOCÊ ACHA IMPORTANTE O TRABALHO DA/DO ASSISTENTE SOCIAL? POR QUÊ?

ANEXOS



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Pesquisador: Danielle Viana Lugo Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26219419.6.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.785.894

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto de Pesquisa: "ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM HOSPITAL ESCOLA", apresentado ao Curso de Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas e Letras, da Universidade Federal da Paraíba, do aluno Reinaldo dos Santos Mendes da Silva, sob a orientação da professora Prof.^a Dr. Danielle Viana Lugo Pereira.

A pesquisa objetiva investigar as concepções dos usuários e/ou dos seus acompanhantes a respeito da atuação profissional do Serviço Social na política de saúde, especificamente na Clínica Médica do HULW, desde os dados sobre o perfil socioeconômico, verificar a aproximação da prática profissional do Serviço Social com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde e identificar contribuições dessa atuação frente às demandas dos usuários hospitalizados.

A pesquisa será de campo e exploratória, com vistas a desenvolver uma análise de cunho quantitativa e qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas para coletas dos dados. À análise dos dados será aplicada a técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de compreender de forma crítica as respostas obtidas, assim como facilitar a verificação da hipótese e dos questionamentos da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa, serão usuários e acompanhantes, totalizando 27 destes, hospitalizados

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.785.894

na Unidade Hospitalar de Clínica Médica do HULW, cujo espaço, atualmente, comporta 53 (cinquenta e três) leitos distribuídos entre a ala A e B. Desse modo, a amostra da pesquisa corresponderá a 51% do universo da pesquisa.

Como critérios de inclusão da pesquisa, adotou-se a escolha por usuários que se encontram hospitalizados na Unidade de Clínica Médica no período da coleta de dados. Em caso que, o usuário não possa responder a entrevista ou não manifeste interesse, serão incluídos como sujeitos da pesquisa os seus acompanhantes, acordados em participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão, será adotado em casos da negativa do usuário e de seu acompanhante à entrevista, ou que o usuário hospitalizado se encontre impossibilitado física ou psicologicamente de responder a entrevista.

Para a fase de coleta dos dados primários recorreremos ao formulário de entrevista semiestruturado. Também levaremos em consideração as observações assistemáticas, cujos apontamentos serão registrados no diário de campo, instrumento que acompanhará todo o processo da pesquisa.

As entrevistas serão realizadas individualmente com os usuários e/ou seus acompanhantes nos leitos da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Para a fase de sistematização de dados, serão utilizadas tabelas e gráficos. Quanto à análise dos dados será aplicada a técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de compreender de forma crítica as respostas obtidas, assim como facilitar a verificação da hipótese e dos questionamentos da pesquisa. Essa proposta de análise, segundo Bardin (2006) consiste em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

VIGÊNCIA DO ESTUDO: FEV A MARÇO DE 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a atuação profissional do Serviço Social na Clínica Médica do HULW, a partir da percepção dos usuários e/ou dos seus acompanhantes, à luz dos Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar dados de perfil socioeconômicos dos usuários e/ou dos seus acompanhantes da Clínica

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.785.894

Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley;

Verificar a aproximação da prática profissional do Serviço Social com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde, especificamente no tocante ao atendimento direto aos usuários; Identificar contribuições da atuação profissional do Serviço Social na Clínica Médica frente às demandas dos usuários internos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apresentados pelo autor foram apenas no tocante ao trabalho da Pesquisa quando alega que o risco "o tempo médio para realização da entrevista, que é estimado em aproximadamente 25 minutos". Caso ocorra desconforto será dada uma pausa.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa são no sentido de contribuir com novas investigações acerca da percepção dos usuários sobre a atuação profissional do Serviço Social, com vistas a apreender a capacidade de intervenção técnica desse profissional, fundamentada nos âmbitos ético-político e teórico-metodológico. Assim, estão de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS/MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Percebe-se que no contexto dos resultados almejados no presente estudo a contribuição e importância é no sentido de pretende contribuir com novas investigações acerca da percepção dos usuários sobre a atuação profissional do Serviço Social, com vistas a apreender a capacidade de intervenção técnica desse profissional, fundamentada nos âmbitos ético-político e teórico-metodológico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão compatíveis e adequados: folha de rosto; certidão de aprovação da Instituição de origem do estudo, carta de aceite da Instituição onde será desenvolvida a pesquisa, instrumento de coleta de dados, cronograma de execução atualizado; previsão de orçamento para o estudo. TCLE para os envolvidos na pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/12, do CNS/MS.

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores deverão MANTER A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.785.894

consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 10 de dezembro de 2019.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CERTIDAODANIELE.pdf	27/11/2019 14:38:01	RIVÂNIA FABRÍCIA LIMA BEZERRA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.785.894

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1457525.pdf	27/11/2019 14:10:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.doc	26/11/2019 10:23:18	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	06/11/2019 18:17:55	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	06/11/2019 18:11:46	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/11/2019 18:08:46	Danielle Viana Lugo Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 20 de Dezembro de 2019

Assinado por:

**MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))**

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com