

ILDA LOPES WITIUK

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL
NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE CURITIBA**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO
PUC/PR**

CURITIBA

1998

ILDA LOPES WITIUK

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL
NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE CURITIBA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Linha de Estruturação e Gerenciamento de Instituições de Ensino Superior, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação sob orientação do Professor Doutor Éder Paschoal Pinto.

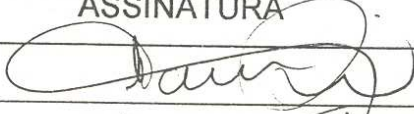
Curitiba

1998

ATA DO EXAME DA DISSERTAÇÃO

Exame de Dissertação n.º 116

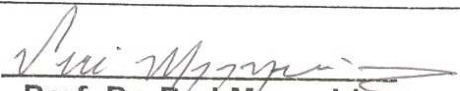
No dia **30 de maio de 1995**, às **9h**, reuniu-se a Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. Dr. Éder Paschoal Pinto	
Prof. ^a Dr. ^a Mirian Veras Baptista	
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	

designada para a Banca do Exame de Dissertação da mestranda **Ilda Lopes Witiuk**, ano de ingresso 1995, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Nível de Mestrado, intitulada **O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE CURITIBA**.

Prof. Dr. Éder Paschoal Pinto	Conceito <u>A</u>
Prof. ^a Dr. ^a Mirian Veras Baptista	Conceito <u>A</u>
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	Conceito <u>A</u>
	Conceito Final <u>A</u>

Observações: *A D.E. recomenda publicação em forma de artigo, provocando os gestores de HU a dar o espaço necessário ao Assistente Social e seu pares não-médicos, visando um trabalho multidisciplinar que considere o paciente como um ser integral.*


Prof. Dr. Peri Mesquida
Coord. do Curso de Mestrado em Educação

Para

Os três entes mais queridos do mundo: Luiz, Rafael e Gabriel, o meu agradecimento. Obrigada, Gabriel, por ter “entendido”, na sua inocência, os períodos de ausência materna neste seu primeiro ano de vida. Rafael, obrigada pela “compreensão” da impossibilidade de, muitas vezes, não brincar as suas brincadeiras e não cantar as suas primeiras canções. Querido marido, obrigada por ter sido pai e mãe para os nossos dois filhos, por ter estado ao meu lado nas madrugadas de estudo, por não ter-me deixado desistir, por ser parte da minha vida.

Jandira Costa, que cuidou dos meus três amores: Gabriel, Rafael e Luiz, da minha casa e dando especial atenção às minhas necessidades pessoais.

A professora Ana Maria Magalhães, que nos momentos decisivos de elaboração deste trabalho, agiu como uma verdadeira mestra, incentivando, orientando, questionando, abrindo caminhos de reflexão, demonstrando, além de conhecimento, a sua grande dedicação como educadora.

A professora Margarida Mugiatti, pelo seu pioneirismo e exemplo de dedicação ao Serviço Social na área hospitalar.

AGRADECIMENTOS

LISTA DE

Ao professor Dr. Eder Pascoal Pinto, orientador e amigo, pelas horas de estudo e reflexão, pelo apoio, pela tolerância e carinho.

RESUM

À professora Dra. Mirian Veras Batista, pela disponibilidade, pelo compromisso com o Serviço Social e a educação.

1.1.1

Ao professor Dr. Paulo Almeri Finger, pelo incentivo e participação nesse processo de crescimento.

1.3.0

1.4.1

Ao Hospital Universitário Cajuru, na pessoa de seus diretores administrativo, Prof. Lourival Scheidweiler, e de enfermagem e apoio Prof. Ezia Maria Conradi, pela oportunidade e incentivo.

2.3.1

Ao Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, na pessoa da professora Maria Bernadete Pinto, pela partilha do conhecimento e incentivo no aprimoramento acadêmico.

2.3.6

2.4.1

Às colegas Assistentes Sociais dos Hospitais Universitários Cajuru, Evangélico e Clínicas, pela partilha de suas experiências, questionamentos e esperanças.

2.6.0

3.0

3.1

3.2

3.3

3.3.0

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	viii
RESUMO	ix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO	1
1.2 PROBLEMA E PERGUNTAS DE PESQUISA	3
1.3 OBJETIVOS DELINEADOS	6
1.4 PRESSUPOSTOS	6
1.5 METODOLOGIA DA PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO.	7
2. SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL	11
2.1 O HOSPITAL	11
2.2 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	15
2.3 EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE	18
2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE	20
2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	27
2.6 O NEOLIBERALISMO	32
3. O SERVIÇO SOCIAL	35
3.1 A ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL	35
3.2 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, PAPÉIS E FUNÇÃO	45
3.3 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A MULTIDISCIPLINARIDADE	64

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	68
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	68
4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	68
4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	72
4.4 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ELABORAÇÃO DOS RESULTADOS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
ANEXO I.....	138
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	146

LISTA DE QUADROS

QUADRO I : Atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais e sua periodicidade	75
QUADRO II : O Específico do Serviço Social, na atuação junto à equipe de saúde, foi assim definido pelos pesquisados.....	79
QUADRO III : Aspectos teórico-metodológicos que fundamentam a prática, segundo profissionais entrevistados.....	81
QUADRO IV : Relação reflexão da prática x tempo de formado.....	86
QUADRO V : Periodicidade e pessoas com quem refletem a prática.....	89
QUADRO VI : Fatores que obstaculizam o desempenho profissional.	92
QUADRO VII : Pontos positivos do sistema atual de saúde segundo os profissionais entrevistados.	96
QUADRO VIII : Pontos negativos do sistema atual de saúde segundo os profissionais entrevistados	99
QUADRO IX : A percepção dos profissionais entrevistados quanto à operacionalização da política de saúde	101
QUADRO X : O papel do Conselho Municipal de Saúde segundo os entrevistados	103
QUADRO XI : Papel do Assistente Social	106
QUADRO XII : Conceito de Hospital Universitário.....	109
QUADRO XIII : Posicionamento dos Hospitais Universitários perante a política de saúde.....	110

QUADRO XIV : Relação Hospital Universitário x Universidade.....	113
QUADRO XV : O Conceito de multiprofissionalidade de acordo com os profissionais que trabalham nos Hospitais Universitários	114
QUADRO XVI: A atuação da equipe multiprofissional junto à clientela	116

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I : Distribuição percentual dos profissionais entrevistados de acordo com faixa etária	69
GRÁFICO II : Distribuição dos profissionais de Serviço Social por tempo de formados	69
GRÁFICO III : Distribuição dos Assistentes Sociais de acordo com as instituições em que frequentaram o curso de graduação	71
GRÁFICO IV : Os Assistentes Sociais entrevistados e suas experiências de trabalho.....	71
GRÁFICO V : Periodicidade com que os profissionais entrevistados refletem a prática.....	87
GRÁFICO VI : Com quem os profissionais pesquisados refletem a prática.....	90
GRÁFICO VII : Síntese dos dados que, segundo os entrevistados, obstaculizam o desempenho profissional.....	94
GRÁFICO VIII : Representativo da tabela VII - Pontos positivos do sistema atual de saúde.....	98
GRÁFICO IX : Representativo da tabela VIII - Pontos negativos do sistema atual de saúde.....	100
GRÁFICO X : Conhecimento da existência do Conselho Municipal de Saúde.....	104
GRÁFICO XI : Número de alunos estagiando nos Hospitais Universitários pesquisados.....	112

RESUMO

Esta dissertação é um estudo sobre o papel desempenhado pelos Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários.

Ao buscar uma melhor visualização do contexto saúde, onde está inserido o objeto desta pesquisa, verifica-se que a missão do hospital, historicamente, passou por um processo de mudança. O hospital passa de local de cura para local de segregação, posteriormente, local de formação e, hoje, local de comércio. A saúde apresenta-se como um ideário difícil de ser concretizado, pois envolve vontade política e mudanças no sistema econômico. O Sistema Único de Saúde, como um direito garantido em Constituição, na prática, encontra dificuldades de ser operacionalizado, pois confronta interesses de grupos políticos.

Na pesquisa bibliográfica evidencia-se a origem do Serviço Social ligada a formas de ajuda ou assistência aos carentes, enfermos e empobrecidos. Segundo alguns autores, formas de ajuda transformadas em profissão por um processo natural de sistematização, teorização, aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, visando um trabalho estruturado e eficiente. Outros autores consideram a profissionalização das formas de ajuda como uma estratégia do sistema capitalista para escamotear as barbaridades geradas em seu seio: miséria, fome, abandono, etc.

O profissional de Serviço Social, também é visto no contexto da área da saúde, onde procura-se clarificar os aspectos históricos, papéis e função. Também é focado o seu papel na equipe de saúde como coadjuvante (paramédico) e posteriormente como membro da equipe. Um outro aspecto tratado diz respeito às

discussões no meio acadêmico que não chegaram às instituições e aos Assistentes Sociais que estão inseridos na prática do dia a dia. O reconhecimento e a remuneração dos procedimentos de Serviço Social na tabela do SUS constituem-se num outro ítem importante tratado nesta dissertação.

Na pesquisa de campo evidenciam-se as atividades realizadas pelo Serviço Social de forma rotineira, periódica e esporádica, os aspectos teórico-metodológicos que norteiam sua prática, o trabalho em equipe, seu parecer com relação à política de saúde e o papel do Conselho Municipal de Saúde. Ao tratar destes aspectos, procura-se evidenciar o papel do Assistente Social nos Hospitais Universitários.

Na conclusão, ressalta-se o Hospital Universitário como espaço de assistência, mas também de ensino e pesquisa. No tocante à educação, chama-se a atenção para o fato de que ela deve ser uma preocupação constante a nortear a administração dos Hospitais Universitários, laboratórios da prática universitária. Os profissionais que atuam nos Hospitais Universitários devem ser vistos como formadores. As universidades e os administradores hospitalares devem se perceber como corresponsáveis pela concretização desse espaço institucional - Hospitais Universitários - como lugar da prática, e do equilíbrio do tripé: ensino, pesquisa e extensão.

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO.

O Hospital Universitário, conforme definição do MEC, “é o hospital de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados”(Diário Oficial, 1991), tendo como objetivo principal promover o ensino, desenvolver a pesquisa e assistir a comunidade, buscando o equilíbrio do tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão.

Os profissionais que atuam nesta categoria de hospital devem ter presente uma prática orientada segundo a missão da instituição onde estão inseridos.

A universidade que possui um Hospital Universitário, tem como compromisso torná-lo um espaço para o exercício da unidade teoria e prática. Nesse sentido é imprescindível que o hospital se transforme num verdadeiro laboratório, que tenha nos seus profissionais pessoas comprometidas com o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão.

A atuação do profissional de Serviço Social dentro do Hospital Universitário, tem uma importância muito grande. São duas as razões desta importância. A primeira delas diz respeito a relevância do seu papel enquanto profissional que se coloca a serviço da comunidade. A segunda razão é o fato de o profissional de Serviço Social desempenhar também uma função de educador junto aos acadêmicos, em fase de estágio.

Esta constatação e preocupação com a formação acadêmica é que levou a autora deste trabalho a pesquisar, examinar mais de perto, tanto no aspecto teórico quanto prático, o papel do Assistente Social no Hospital Universitário.

O presente trabalho, que se originou da pesquisa realizada, está estruturado da seguinte forma:

Neste primeiro capítulo, denominado “Introdução”, são apresentadas as motivações que levaram à escolha do tema de pesquisa; a definição do problema e perguntas de pesquisa; os objetivos a serem alcançados com o estudo; além da metodologia de pesquisa e a identificação da população alvo.

No segundo capítulo, intitulado “Saúde como Política Social”, são descritos os fundamentos teóricos, identificados na literatura, que se relacionam com a origem e conceito de hospital e Hospital Universitário, com a evolução da concepção de saúde, com as políticas de saúde adotadas no Brasil, e também com a estrutura do Sistema Único de Saúde e o Neoliberalismo.

No terceiro capítulo são abordados aspectos referentes à origem do Serviço Social, e ao Serviço Social na área da saúde.

O quarto capítulo descreve a população pesquisada, apresenta os dados obtidos, bem como a análise e interpretação desses dados.

Nas considerações finais são levantados pontos considerados relevantes no resultado da pesquisa e apresentadas proposições que sirvam de subsídios para os profissionais que atuam no Serviço Social dos Hospitais Universitários, bem como aos gerentes da hierarquia superior.

1.2 PROBLEMAS E PERGUNTAS DE PESQUISA

Na América Latina a área de saúde é aquela que ocupa o maior número de Assistentes Sociais ou de Trabalhadores Sociais. A incorporação dos Trabalhadores Sociais a este campo de ação se deu no momento em que a saúde deixou de ser vista como um problema físico-biológico e passou a ser considerada como o resultado da relação do homem com o seu meio-ambiente.

O Assistente Social enquanto profissional capaz de atender a dimensão social dos problemas da saúde, passou a integrar a equipe que até então era somente constituída por médicos e enfermeiros. Porém, seu papel historicamente foi definido como “secundário”, de “apoio”, “paramédico”, sua atuação limitada, “emparedada” aos espaços permitidos pelos grupos historicamente hegemônicos.

Dentre esses grupos hegemônicos destacam-se os profissionais da medicina. No Brasil, com a crise econômica que atingiu a saúde, esta categoria vem perdendo o poder e também a evidência social. Desta forma, as grandes diferenças entre as categorias que atuam na saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) começam a diminuir.

Segundo RAGGIO, muitos profissionais despreparados para fazer a leitura social e política, atacam o SUS, “aos seus pressupostos de universalidade, integridade e equidade, a sua estruturação tripartide (...), a descentralização e a participação da sociedade, como um sistema ineficiente. Não percebem que o SUS incorporou aos benefícios da assistência médica e hospitalar milhões de brasileiros antes entregues, como cidadãos de segunda classe, ao sabor da filantropia.”

(RAGGIO, 1991)

O Assistente Social, também denominado Trabalhador Social, atua nesta realidade vivenciando o conflito entre a postura de descompromisso assumida por grande número de profissionais da saúde, o não posicionamento da instituição hospitalar e a população que busca o direito legítimo de atendimento médico-hospitalar.

Os Hospitais Universitários credenciados pelo SUS para atendimento à população, enfrentam hoje grandes dificuldades provocadas pela necessidade de atender a grande demanda. Dentre estas dificuldades destacam-se: a falta de verba, a baixa remuneração do SUS por procedimento e a conciliação com sua missão enquanto hospital universitário: Ensino, Pesquisa, Extensão.

Os Assistentes Sociais que atuam nos Hospitais Universitários, têm um papel importante no processo de gerenciamento. Trabalham diretamente junto à população que procura os hospitais representando ou significando muitas vezes o elo entre instituições e cliente. Acrescente-se o fato de tais profissionais terem a responsabilidade pela formação dos alunos.

Além disso, enquanto profissionais que trabalham com o social, eles têm a competência de atuar na gestão e articulação da política de saúde, visando garantir à população o acesso de forma digna, ao direito constitucional de assistência médico-hospitalar.

Sumarizando, o presente trabalho traz como problema de pesquisa, o grau de conhecimento e atitudes que o Assistente Social tem com relação à sua responsabilidade no desenvolvimento da prática; o seu papel enquanto facilitador ao acesso da população às políticas sociais de saúde; e seu compromisso como educador em um Hospital Universitário. Adicionalmente

precisa-se saber com mais clareza como é o relacionamento entre o Assistente Social e os gestores na organização das tarefas.

Dispondo desse conhecimento e de sugestões dos pesquisados, os dirigentes dos Hospitais Universitários poderão desenvolver estratégias de educação e de trabalho que possam ampliar a contribuição do profissional de Serviço Social no atendimento à população e no desenvolvimento de estudantes do setor da saúde. Estratégias como, treinamento, seminários, congressos, trabalhos em equipe, reestruturações, etc. podem dar respostas a essa problemática.

Na presente pesquisa foram formuladas as perguntas que seguem:

- A gerência da hierarquia superior atua como facilitador nos relacionamentos entre os educadores e educandos nos Hospitais Universitários?
- Qual o papel que o Assistente Social ocupa hoje no processo de gerenciamento dos Hospitais Universitários?
- O Assistente Social que atua em Hospitais Universitários, com a responsabilidade pela formação prática dos alunos, é formalmente reconhecido como educador?
- Há carência de referências teórico/práticas que auxiliem os Assistentes Sociais da área de saúde na delimitação de seu papel institucional (organizacional)?
- O Assistente Social tem dificuldade de perceber, dentro de um trabalho multiprofissional, o que é específico de sua formação profissional?
- Há diversidade e muitas vezes discordâncias nas atuações dos Assistentes Sociais da área da saúde?

1.3 OBJETIVOS DELINEADOS

O objetivo deste trabalho é apontar o papel construído historicamente pelo Serviço Social nos hospitais em geral a partir de pesquisa bibliográfica. E, mais especificamente, o papel hoje assumido nos Hospitais Universitários, através de pesquisa de campo. Na pesquisa de campo foram enfocados os Hospitais Universitários de Curitiba.

Pretende ser também um subsídio para os gerentes da hierarquia superior dos Hospitais Universitários, ou seja, aqueles gerentes preocupados em envolver os profissionais das diversas áreas do conhecimento, tendo em vista uma gestão administrativa participativa e eficaz.

1.4 PRESSUPOSTOS

Considerando o exposto, apresentou-se os seguintes pressupostos:

- No que diz respeito a área de Serviço Social, a gerência da hierarquia superior não tem atuado no sentido de fazer com que os Hospitais Universitários sejam realmente um espaço de unidade entre teoria e prática, conciliando a visão tripartite; Ensino, Pesquisa e Extensão.
- Os Hospitais Universitários, preocupados com o atendimento à demanda, têm relegado para segundo plano a sua missão de espaço, ou, laboratório da prática.
- O Assistente Social, na prática, tem dificuldade de definir as atividades que são próprias de sua função.

- O Assistente Social que atua na área de saúde tem uma prática rica que precisa ser elaborada e lapidada como teoria, colaborando na definição do seu papel.
- Os Assistentes Sociais que atuam nos Hospitais Universitários não são docentes, o que dificulta a unidade ensino/aprendizagem.

1.5 METODOLOGIA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DE POPULAÇÃO ALVO

A metodologia adotada na elaboração deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo. Quanto à pesquisa bibliográfica, é importante ressaltar que uma das dificuldades encontradas foi a escassez de material produzido pelo Serviço Social, apesar de ser este, conforme já mencionado anteriormente, o campo onde concentra-se historicamente o maior número de profissionais.

No que se refere à pesquisa de campo, foi utilizado o método da análise de conteúdo. A análise de conteúdo para BARDIM, “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens” (BARDIM citado por TRIVINOS, 1987, p. 160).

Na análise de conteúdo é imprescindível que o pesquisador possua amplo campo de clareza teórica, ou seja, a análise de conteúdo só será possível a partir do domínio, por parte do entrevistador, dos conceitos básicos das teorias que alimentam o conteúdo da mensagem.

A população alvo deste trabalho, são os Assistentes Sociais pertencentes ao quadro funcional dos Hospitais Universitários de Curitiba, até o mês de agosto de 1997. O critério utilizado para eleger a amostragem foi: tipos de atuação e tempo

de atuação na área. Por tipo de atuação entendem-se os diferentes atendimentos oferecidos nos hospitais, como: Serviço de Atendimento ao Cliente, Serviço Social na Emergência, atuação na Maternidade, com pacientes em fase terminal, transplantes, etc. Devido à recusa de alguns profissionais em responder ao formulário, não foi possível seguir rigorosamente o primeiro critério que diz respeito aos tipos de atuação.

O instrumento adotado para a coleta de dados, foi o formulário (anexo 1), constituído de 15 questões abertas. Nele procurou-se identificar e caracterizar o entrevistado, perceber como se dá sua atuação profissional; identificar as questões teórico-metodológicas que fundamentam sua prática; verificar sua percepção com relação a estágio supervisionado e qual a sua visão relativa a Hospital Universitário; bem como sua visão e posicionamento quanto à política de saúde.

No processo de tabulação e análise dos dados, os hospitais foram classificados de acordo com o número de Assistentes Sociais neles existentes. Assim, o Hospital "A" tem 32 profissionais de Serviço Social, o Hospital "B" 7 e o Hospital "C" 2. A amostragem estratificada corresponde a 14 Assistentes Sociais (34%) do total de 41 profissionais de Serviço Social atuantes nos Hospitais Universitários: Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico e Hospital Universitário Cajuru.

O Hospital de Clínicas, denominado na pesquisa hospital "A", foi inaugurado em 16/03/60. Localiza-se na rua General Carneiro, nº 181, Alto da Glória. Possui 635 leitos, 223 ambulatorios em mais de 40 especialidades médicas e cirúrgicas. Conta com 398 médicos no seu corpo clínico, 3.273 funcionários no quadro funcional e aproximadamente 1.410 estagiários e residentes.

Diariamente o Hospital de Clínicas é procurado por centenas de pessoas vindas do interior do estado, de outros estados da União e até do exterior, em busca de cura para os males que os afligem e que fazem parte da história deste Hospital Universitário, órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná.

O Hospital de Clínicas conta em seu quadro funcional com 32 Assistentes Sociais, atuando junto à Maternidade, no Pronto Atendimento, nas Unidades de Internação, Banco de Sangue, Central de Internação e em outros setores.

O Hospital Universitário Cajuru, localiza-se na Av. São José, nº 300, no Bairro Cristo Rei, com área construída de 13.530 m². Possui 279 leitos, perto de 800 funcionários, 250 médicos no seu corpo clínico e por ele passam aproximadamente 400 estagiários e residentes.

O Hospital Universitário Cajuru, denominado na pesquisa hospital "B", é órgão suplementar da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), pertence à Sociedade Paranaense de Cultura, e conta com o maior Pronto Socorro do Estado, onde são atendidos pacientes em situações de emergência, tanto adultos como crianças, de setores conveniados, previdenciário e particular. É considerado um hospital geral de grande porte, filantrópico, de ensino e de referência regional na área do trauma.

No seu quadro de funcionários, entre os demais profissionais da saúde, conta com 7 Assistentes Sociais, atuando junto ao Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento ao Cliente e Postos de Enfermagem.

O Hospital Evangélico, denominado na pesquisa hospital "C" localiza-se na rua Augusto Stelfeld, nº 1908, no Bairro do Bigorrilho. Atende a comunidade há 35 anos e pertence à Sociedade Evangélica Beneficente. Possui 543 leitos, 1.841 fun-

cionários, 300 médicos no seu corpo clínico e por ele passam diariamente aproximadamente 100 estagiários e 115 médicos residentes. É um hospital geral, filantrópico e de ensino. Atende conveniados e particulares. Mantém convênio com o governo municipal para pronto atendimento de emergência médica.

O Serviço Social do Hospital Evangélico, conta com 2 Assistentes Sociais, atuando no Pronto Atendimento, e Unidades de Internação.

2. SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL

2.1 O HOSPITAL

Não se pode identificar uma origem única para o hospital. Segundo RIBEIRO (1993, p. 23) o hospital já existia na Grécia e Roma Antiga, onde vários templos criados para homenagear o deus Esculápio, serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. “Na China, no Ceilão, no Egito, antes e depois de Cristo há registros de hospedarias, hospitais e hospícios, palavras que tem a mesma raiz latina, onde algumas almas pias patrocinavam e cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes”, movidos pelo sentimento de caridade e solidariedade humana (RIBEIRO, 1993, p. 23)

SCHEIDWEILER (1997) destaca, neste sentido, o papel da Igreja Católica, que com o Imperador Constantino no ano 335, aboliu os hospitais pagãos e passou a dedicar-se à construção, manutenção e humanização de hospitais dedicados a doentes, velhos e órfãos, pautados sempre pelo sentimento cristão. Presença que se faz constante até hoje nos hospitais do mundo inteiro.

Um novo tipo de hospital onde o objetivo prioritário não era tanto a cura dos doentes mas a segregação dos mesmos, segundo esse mesmo autor surgiu nos séculos XII e XIII, com o alastramento da lepra. Esses hospitais com estilo de instalações e arquitetura diferentes, eram construídos fora da cidade, e até hoje são conhecidos como hospitais de isolamento.

O trabalho nos hospitais, até a Idade Média era feito por voluntariado. Dessa época em diante os hospitais passam a contar em seu quadro com uma equipe mé-

dica permanente, sendo sua missão ampliada. Além do papel espiritual que caracteriza sua origem, passa a ser considerado também um espaço de aprendizado.

Assim, a partir do século XVIII, começando na Holanda, o hospital torna-se, além de campo das práticas médicas, instrumento de formação e aperfeiçoamento, dando os primeiros passos no sentido de constituir-se como hospital de ensino, hospital-escola.

Os hospitais do ocidente com as mudanças sociais e econômicas trazidas pelo mercantilismo, e criação dos estados monárquicos, sofreram mudanças gradativas, dentre estas destaca-se sua “dependência”, ou subordinação à administração pública.

O mercantilismo e a incipiente industrialização levaram aos adensamentos urbanos e intenso movimento portuário, aproximando povos e doenças, obrigando a adoção de medidas sanitárias abrangentes. Leis foram estabelecidas, hospitais gerais e dispensários criados visando deter, dentro dos limites suportáveis, as doenças epidêmicas e endêmicas.

RIBEIRO, destaca que é a partir desta época que o médico torna-se figura central no hospital, passando a simbolizá-lo, o que não acontecia no hospital antigo. “O médico aparece com o Estado, indissociavelmente ligado a um outro tipo de poder que não era clerical, com funções delegadas pela autoridade pública. Passa a ser competência exclusiva sua examinar, internar, prescrever e dar alta.” (1993, p. 24)

O hospital foi se modificando na sua estrutura e missão respondendo às necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações.

Os adensamentos urbanos e o intenso movimento portuário, em decorrência do sistema de trocas entre a Europa manufatureira e demais continentes, países produtores e outros tipos de mercadorias, aproximaram povos e doenças, obrigando a adoção de medidas sanitárias abrangentes. Leis e posturas de caráter coletivo foram estabelecidas, hospitais gerais e dispensários criados visando deter, dentro dos limites suportáveis, as doenças epidêmicas e endêmicas que a Europa começara a esquecer; seus principais financiadores e interessados eram negociantes, mercadores e novos ricos, ameaçados em seus negócios e em suas vidas. (RIBEIRO, 1993, p. 24)

Este mesmo autor destaca, que nas colônias européias a presença do Estado no hospital é bastante modesta. Dá como exemplo o continente americano onde a iniciativa de construir, dirigir e sustentar os hospitais é da própria comunidade. Esses hospitais eram bastante precários, com excesso de doentes, más condições higiênicas e grande risco de morrer; o pessoal, em pequeno número e pouco qualificado; o trabalho, *grosso modo*, ainda uma caridade ou penitência.

A assistência hospitalar no Brasil, segundo MIRSHAWKA, teve início logo após o nosso descobrimento. "Havia, na época, uma acentuada tendência dos países colonialistas, no caso Portugal, de transferir para as regiões em processo de colonização todo o seu acervo cultural. Estava em franca evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lencastre, que deu origem a obras de Misericórdia, culminando com a instituição das Santas Casas" (1994, p. 21)

Antes mesmo de receber seu primeiro Governador Geral, o Brasil viu construído o seu primeiro hospital, na cidade de Santos, no ano de 1583. As instituições hospitalares brasileiras proliferaram inspiradas pelo espírito caritativo das Santas Casas portuguesas.

Esses hospitais, criados nas colônias européias, pela necessidade e pelas guerras geradas em função das políticas expansionistas, deixam de ser campo exclusivo de práticas clínicas, surgindo os cirurgiões que a partir da exploração do co-

nhecimento de anatomia, anatomia patológica e de outras disciplinas médicas, já então indispensáveis a sua prática, começaram a afastar a medicina do seu empirismo e a construir o hospital científico e moderno.

Assim, o hospital moderno passou a ter outra missão: a de incorporar tecnologias, a princípio artesanais e, no século seguinte industrialmente produzidas.

Um dos maiores problemas dos hospitais do século XIX é a alta taxa de mortalidade por infecção intra-hospitalar. O hospital do século XX ainda é um lugar de internação dos pobres doentes e carentes, pessoas ricas e remediadas somente passam a usá-lo após a queda sensível da mortalidade por infecção intra-hospitalar e a criação de alojamentos individualizados. O processo de socialização do uso do hospital se deve ao aumento crescente das patologias de causação externa e violentas e ao adensamento urbano, consequência do processo de industrialização.

RIBEIRO (1993, p. 27) destaca que somente na metade do século XX, com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, o hospital adquire características e missões novas, próprias de sua contemporaneidade. Entre as missões do hospital contemporâneo ressalta-se a de empenhar-se por fazer viver os ameaçados pela morte, ou seja, adiá-la, torná-la indolor, ocultá-la. Tornou-se assim o hospital um local privilegiado para morrer, onde não só se busca a cura, mas se morre com dignidade. Morre-se com dignidade, porque morre-se assistido, com cuidados que já não mais pode-se dar em casa, morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram a cura.

“A transferência da morte para o hospital, como missão quase exclusiva sua, ocorre entre 1930 e 1950. Não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a. O que era uma cerimônia tornou-se um proces-

so tecnológico com a intervenção médica. Afinal, só se pode morrer hoje no hospital e sob cuidados estranhos.” (RIBEIRO, 1993, p. 28).

Para BEREZOVSKY (1980, p. 9), a primeira e principal função do hospital, no século XX, é, inegavelmente, a da prestação de serviços de diagnóstico e tratamento médico.

O hospital contemporâneo é uma empresa onde se faz necessário o uso e incorporação de tecnologia de ponta implicando investimentos e custos elevados, cujo retorno é obrigatório. Realiza uma atividade econômica de venda e consumo de mercadorias: tecnologia médica.

A busca do avanço tecnológico, e de resultados favoráveis faz com que alguns hospitais, principalmente aqueles ligados à universidade tornem-se por excelência centros de treinamento, ensino e pesquisa.

2.2 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Ministério do Estado da Educação (MEC), através da portaria nº 375 de 04 de março de 1991, define como hospital de ensino, conforme o art. 1º, o conjunto de hospitais Universitário, Hospital-Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino.

Os hospitais de ensino ligados às escolas de Medicina, surgiram do desenvolvimento destas e da necessidade de proporcionarem treinamento prático aos estudantes. Esses hospitais passaram a servir, ao mesmo tempo, de campo de treinamento para o pessoal de Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e de outras profissões da área da saúde.

A função de ensinar dos hospitais vem desde a antigüidade. Existem referências de um hospital-escola criado no ano de 970 no Oriente pelo Visir Adud Al Daula, e que funcionou até 1258.

Segundo BEREZOVSKY, “a todos os hospitais, e não somente aos de ensino, cabe a responsabilidade de treinamento de seu pessoal para sua melhor capacitação, tendo em vista oferecer ao paciente cuidados do mais alto nível possível. Assim, a função de ensinar lhes é atribuída, repetimos, qualquer que seja o seu tamanho, localização, especialidade e outras condições” (1980, p. 12).

O MEC, através da portaria nº 375, referida acima, no seu art. 2º define o Hospital Universitário como “Hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.” No seu art. 3º define Hospital-Escola, como “Hospital de propriedade ou gestão das Escolas Médicas Isoladas Públicas ou Privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados”. Hospital Auxiliar de Ensino, é definido no art. 3º como : “Hospital que não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Médica Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviços de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, devidamente conveniado com uma Instituição de Ensino Superior” (Resolução nº 218, 1997).

As atividades de um Hospital Universitário transcendem as de um hospital comum. Cabe-lhe, além da atividade de assistência à saúde, promover o ensino e desenvolver a pesquisa, buscando o equilíbrio do tripé: Extensão, Ensino e Pesquisa.

Segundo BEREZOVSKY, a função de investigação e pesquisa: “investigação no sentido de avaliar seu desempenho quanto ao diagnóstico, tratamento e pesquisa como uma maneira de concorrer para o desenvolvimento da ciência do tratamento médico[...] *vem* indicar o nível de saúde dos grupos que procuram o hospital [...] *bem como* servir de subsídio para o planejamento da assistência médica da população” (1980, p. 12).

O foco de atenção de todos aqueles que participam da prestação de serviços na área de saúde, é o paciente. Os quesitos ensino e pesquisa não devem ser relegados para segundo plano, mas o paciente não deve também ter seus interesses subestimados, ou sacrificados pelo que se acredita ser mais conveniente para professores e alunos.

O equilíbrio entre esses objetivos fundamentais do hospital ligado à universidade, ensino, pesquisa e as exigências de saúde da comunidade, faz com que a qualidade da assistência prestada seja sempre melhor, por ser elaborada num meio de constantes indagações e fermentação intelectual.

“Em benefício dos doentes, é preciso que se conjuguem todas as forças e que se empenhem todos os que trabalham na instituição - professores, alunos e profissionais de todas as classes e categorias. É indispensável que o ambiente seja preservado da influência de fatores de intranquilidade, ou de inquietação acadêmica, que têm nas escolas o seu lugar próprio para expansão e debate” (BEREZOVSKY, 1980, p. 12)

Os Hospitais de Ensino constituem-se numa valiosa contribuição para o sistema de saúde, tendo presente o forte contingente de recursos humanos de boa qualidade neles disponíveis, o número de leitos oferecidos, a capacidade de aten-

dimento nos ambulatórios e diferenciação dos equipamentos técnico-científicos. É preciso considerar, ainda, que esses hospitais, por suas características, constituem centros de avaliação da tecnologia e de influência sobre as demais unidades de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada.

Dentre as críticas feitas aos Hospitais Universitários destaca-se o custo elevado de sua manutenção, tendo em vista o aprendizado. A este atribuem-se, ainda, efeitos tais como a maior permanência dos doentes, o excesso de pedidos de exames complementares e de prescrições terapêuticas. É preciso, entretanto, considerar que é na intimidade desses hospitais que surge a preocupação com tais fatores, como parte integrante da tarefa educacional. Por outro lado, é inegável que para eles convergem doentes graves. E, o que é mais importante: esses hospitais dão origem a, pelo menos, dois tipos de produtos - serviços e recursos humanos - aos quais se deve acrescentar a produção científica.

2.3 EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE

A influência sócio-econômica sobre a saúde e a doença não é de hoje. Desde o século passado isto já vem acontecendo. Já nessa época tinha-se a compreensão de que a saúde não se restringe somente à competência médico-sanitária.

CARVALHO, afirma que:

Com a 2ª Grande Guerra Mundial, os Estados Unidos tomaram a dianteira no desenvolvimento não só da reabilitação social e profissional. Ênfase especial foi dada ao fato de que o paciente se constitui de um modo indivisível, com reações físicas, fisiológicas e psicológicas em face de uma situação normal. É preciso que uma equipe, constituída do médico, do enfermeiro, do assistente social, etc. formando um grupo coeso, trabalhe sob a liderança do primeiro. (1987, p.14).

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades. É assim que a Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde. Esta concepção de saúde da Organização Mundial, não envolve apenas procedimentos médicos, mas coloca em pauta também abordagens psicossociais, envolvendo profissionais das mais diversas áreas, cuja finalidade é promover a saúde.

A difusão do ideário da saúde como um bem universal e desejável se originou de uma reunião de 134 países, organizada pela OMS, realizada em 1978, no atual Paquistão. Na oportunidade foram emitidas declarações para um programa amplo de cuidados primários de saúde. Não só, mas ela passou a ser também um direito fundamental do ser humano, que só pode ser alcançado com a participação de setores sociais e econômicos, além do setor da própria saúde.

Se por um lado a saúde é um direito fundamental do ser humano, por outro lado pode-se afirmar que, para que este direito se realize faz-se necessário a criação de condições de infra-estrutura sanitária adequada e também melhoria do nível de vida, no tocante a salário, educação, alimentação, imunização e outros.

Segundo GONÇALVES, “a diminuição na taxa de mortalidade ocorrida após a Revolução Industrial na Europa deve-se principalmente à melhoria das condições de infra-estrutura sanitária e econômica e também ao avanço da tecnologia para o tratamento das doenças.” (1982, p. 2-3)

Apesar do ideário de saúde como um direito do ser humano ter sido assumido pelos diversos países, na prática ele ainda está longe de ser concretizado.

2. 4 POLÍTICAS DE SAÚDE

Os “grandes traços que marcaram até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro” (COHN & ELLIAS, 1996, p.13), datam da época dos anos 20. Dentre eles destaca-se o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. A Lei Eloi Chaves, institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps.), atendendo reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. Até essa época a assistência médica tinha uma conotação liberal, com o médico determinando o valor do seu atendimento, sem sofrer qualquer tipo de interferência do governo ou da própria sociedade. Deste padrão de assistência médica somente podiam gozar de benefícios a população mais abastada. Os trabalhadores, que constituíam a grande massa de desvalidos, quando necessitavam de cuidados médicos, e portanto não tendo recursos, eram atendidos através de ações que caracterizavam caridade médica. Daí se deduz a importância da Lei Elói Chaves.

Entre as décadas de 30 a 60 existiam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que serviam também para a prestação de assistência médica. Nestes Institutos o trabalhador tinha participação enquanto gestor. A gestão em termos de atendimento médico, tinha participação do trabalhador, no que diz respeito à escolha do profissional médico, com isso havia uma relação mais personalizada do paciente com o médico. Tudo isso se modifica nos anos de 1960.

Na década de 60, com a Lei Orgânica da Previdência Social, os benefícios prestados pelos institutos de aposentadoria e pensões são uniformizados, e a Previdência Social assume também a assistência médica individual de seus beneficiários. “Nessa ocasião a saúde tem selada sua sorte privatizante e seu perfil cada vez

mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e população em geral” (COHN & ELLIAS, 1996, p.18).

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o trabalhador não tem mais parte como gestor do sistema, perdendo toda forma de controle enquanto classe trabalhadora. O controle passa a ser exclusividade do poder público. Nessa nova modalidade, ganham importância os serviços médicos e não mais as aposentadorias e pensões, estas sucateadas pelo próprio sistema.

No que diz respeito ao serviço médico, o seu campo de atuação foi ampliado, ou seja, os médicos tiveram mais espaços de emprego. Ao mesmo tempo, esta situação fez com que os médicos perdessem ainda mais sua autonomia de negociação de valores por serviços prestados. Assim, os médicos entraram numa categoria, diante do sistema implantado, de assalariados. Nessa condição de assalariados os médicos têm a obrigação de atender um número, preestabelecido pelo sistema, de pacientes.

O trabalhador que nos Institutos de Pensões, escolhia o seu médico, agora além de ser submetido à fila de espera, tem que se submeter ao atendimento do médico que está na vez, definido pelo sistema. Perde-se assim toda a relação de proximidade médico-paciente.

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) é criado em 1974 em função da importância política da Previdência Social e do volume de arrecadação. Nestas alturas a Previdência é um dos primeiros orçamentos da União.

O gerenciamento da política da Previdência Social entra em descrédito perante a comunidade com a divulgação, em 1979, do rombo financeiro que vinha ocorrendo há anos. Esta informação, contudo, até essa data, era de domínio exclu-

sivo do governo. O trabalhador brasileiro é obrigado, mediante aumento da contribuição previdenciária, a sanear o caixa da Previdência. Em virtude destes fatos, a remuneração dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço, passou a sofrer um achatamento progressivo.

O mau gerenciamento da Previdência Social com sucessivos rombos financeiros, acrescido da dificuldade cada vez maior quanto ao acesso à assistência médica, leva a sociedade a propor a reestruturação do sistema de saúde. Este desejo manifesta-se também nas Conferências Mundiais de Saúde que ocorreram no período de 1986 à 1992, limiar do terceiro milênio, ainda em busca de um novo paradigma que supere a visão clínico-assistencial para a questão da saúde-doença na sociedade, entendendo-a como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Busca-se uma nova política de saúde global que garanta saúde para todos no século XXI.

Essas conferências deram origem a quatro importantes documentos com compromissos a serem assumidos por todos os países. Esses documentos são conhecidos como a carta de Ottawa (Canadá - 1986); a Declaração de Adelaide (Austrália - 1988); a Declaração de Sundsvall (Suécia - 1991) e por fim Declaração de Bogotá (Colômbia - 1992).

A Carta de Ottawa define a promoção da Saúde “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (PASSINI, 1996, p. 291). Enfatiza que “para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfa-

zer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (PASSINI, 1996, p. 291).

A condição de igualdade está entre uma série de condições e recursos que são considerados fundamentais para a saúde e que se encontram nesse documento de Ottawa. Referindo-se à promoção da saúde, constata-se cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

A Conferência da Austrália (1988) prioriza as “políticas públicas saudáveis” (PASSINI, 1996, p. 291). Tais políticas devem manifestar interesse e preocupação muito claros e evidentes de todas as áreas das políticas públicas para com a saúde e a equidade. Precisam também se preocupar efetivamente com a saúde da população atingida pelo impacto dessas políticas. Essa Conferência defende um meio ambiente saudável como pré-requisito para vidas saudáveis, o que deve ser promovido pela política pública. Chama ainda atenção para a responsabilidade quanto às decisões políticas de caráter econômico, tomadas com relação à saúde, cujas consequências, sejam elas boas ou ruins, precisam ser assumidas. A Conferência da Austrália identificou quatro áreas de atuação prioritária na realização de políticas públicas saudáveis: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, criação de ambientes favoráveis.

Em 1991 na Suécia (Sundsvall), acontece a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que precede a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente (Rio-92) e traz como destaque o tema da ecologia para a área da saúde. A Declaração Sundsvall trata a ecologia não apenas no seu sentido restrito de meio am-

biente físico. No entendimento da Conferência da Suécia, a ecologia precisa ser considerada também na sua dimensão social, econômica, política e cultural. Um dos trechos da Declaração de Sundsvall afirma: “Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais” (PASSINI, 1996, p. 291).

A IV Conferência realizada em Bogotá (Colômbia), em 1992, afirma que “a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento” (PASSINI, 1996, p. 291). O desafio da promoção da saúde na América Latina “consiste em transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos” (PASSINI, 1996, p. 291).

A Declaração de Bogotá enfatiza a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Reitera “a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e da pobreza, ao que se superpõe o quadro causado pelas enfermidades da urbanização e da industrialização” (PASSINI, 1996, p. 291). Entre os compromissos assumidos, na perspectiva de que o direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos fundamentais para a cultura da saúde, assinala-se: 1) avançar com o conceito de saúde condicionado por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes; 2) convocar todas as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção

da saúde; 3) incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis; 4) fortalecer as capacidades da população para participar nas decisões que afetam sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis; 5) eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher; 6) estimular a pesquisa na promoção da saúde para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de libertação, mudança e participação.

Cabe assinalar que todos os documentos mencionados falam da necessidade da reorientação dos serviços de saúde, postura abrangente que respeite as peculiaridades culturais, esforço maior de pesquisa em saúde, mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, para que a pessoa seja vista e assistida na integralidade de seu ser. É fundamental o papel da educação, informação e comunicação no gerar uma nova cultura da saúde.

Nesse mesmo período, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), questiona, então, o papel do Estado como gestor da política de saúde, propõe a ampliação do conceito de saúde e dá origem a uma nova concepção de gerir os serviços, enfatizando a participação popular e o controle social nas ações do governo, no tocante à garantia de acesso, através da descentralização, equidade e universalidade.

No ano seguinte à VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1987, o governo federal, através de decreto cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. A criação do SUDS é portanto fruto da articulação dos diversos segmentos da sociedade civil.

2.2.2 O direito à saúde não é algo que se garanta por si só. Necessita das mediações de políticas sociais e econômicas que produzam ações que reduzam o risco à doença. Portanto, de acordo com a própria Constituição, o direito à saúde será pleno aos seus cidadãos na medida em que os governos implementem ações efetivas nas esferas sociais e também econômicas. É necessário que se afirme também aqui a importância do trabalho pleno, salários justos, moradia, educação, transporte, lazer, entre outros, como fatores que ajudam garantir a saúde. São direitos básicos na conquista da saúde plena. Outro dado importante é pensar a saúde como um todo. Ou seja, não apenas o tratamento da doença, mas desenvolver ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde precisa ter políticas preventivas e não apenas curativas ou até paliativas.

A doutrina da Reforma Sanitária com todos os seus princípios, ou seja: universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos, é consolidada. Esses princípios são consolidados em outubro de 1988 na Constituição Federal através do capítulo da Saúde, com o SUS.

Os anos 80 marcam assim, importante época de mobilização da sociedade civil, que traz uma nova consciência com relação ao sistema de saúde. É a compreensão da saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1985).

2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com força de lei (Lei n ° 8.080/90) a partir da Constituição de 1988, como ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.

Assim, “é competência dos Municípios as ações e serviços de saúde, com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União”. (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1985).

O Município tem a competência constitucional de trabalhar na área de saúde, ser o gestor único responsável em sua jurisdição e cobrar das duas outras esferas (Estado e União) a cooperação técnica e financeira. Entende-se a municipalização da saúde, conforme artigo 30 da Constituição, como o caminho para que se consiga um sistema de saúde melhor e mais eficiente resposta às necessidades das pessoas.

Não houve na Constituição uma determinação explícita de quanto cada esfera de governo deve investir em saúde, como aconteceu com a educação. Os constituintes entenderam que na área de saúde o percentual de necessidade poderia variar muito de um lugar a outro ou no decorrer de um ano a outro. Assim a cada ano, quando no início do ano foi estabelecida a lei de Diretrizes Orçamentárias do ano seguinte, aí sim, em cada Município, Estado e na União deverá ser colocado o percentual que será investido em saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em agosto de 1992, congregando cerca de 5 mil pessoas representantes de Municípios, da sociedade, dos técnicos e do governo, deliberou que os Municípios e Estados devam investir entre 10% e 15% de seus orçamentos próprios em saúde. Além disso, há uma deliberação do Conselho Nacional de Saúde de 1992, que recomenda aos Municípios e Estados o investimento de no mínimo 10% de seus orçamentos em saúde.

Segundo Informativo do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os Estados, em geral, têm investido bem menos de 10% em saúde. Alguns praticamente nada investem. "Colocar mais recursos na saúde, recursos próprios dos Estados, somente poderá ocorrer se houver pressão dos dirigentes municipais e da sociedade. Os Estados não podem realizar a função de meros repassadores dos recursos federais. O bom seria estar se utilizando dos mesmos critérios nacionais só que melhor especificados para evitar sua impraticabilidade." (CONASEMS, 1996)

Para que os Municípios e Estados recebam recursos direta e automaticamente do Governo Federal deverão cumprir algumas exigências legais, ou seja, ter: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, colocar recursos próprios para a saúde e criar a Comissão de PCCS para elaborar o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os seus servidores.

O Fundo de Saúde é uma forma particular de administrar os recursos da área de saúde. É como se fosse uma conta especial onde caíam todos os recursos da saúde: os próprios municipais, os recursos recebidos do Estado e da União e qualquer outra fonte de recursos, como até as doações. As despesas de saúde do Município deverão ser pagas com estes recursos.

O Conselho de Saúde é outra exigência legal. A Constituição Brasileira é chamada de Constituição cidadã justamente porque ela defende ao máximo os direitos de cidadania. A participação das pessoas é princípio constitucional.

É dentro deste princípio constitucional que na área de saúde ficou estabelecida necessidade de se constituir um Conselho de Saúde. Ele se compõe, de um lado, por cidadãos usuários dos serviços de saúde; e de outro lado devem estar os trabalhadores de saúde, os serviços de saúde e os administradores de saúde. A exigência é de que este Conselho seja paritário. De um lado 50% de cidadãos usuários e de outro 50% dos demais componentes. Eles são deliberativos, portanto decidem, ainda que o chefe do executivo tenha que homologar suas decisões. Os Conselhos de Saúde tratam da formulação de estratégias e do controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Existe também a determinação legal de que cada esfera de Governo deve realizar a cada dois anos no mínimo uma Conferência de Saúde. Nesta Conferência se reúnem pessoas representantes de todos os segmentos da sociedade, juntamente com os técnicos, os profissionais de saúde, as instituições de saúde e os administradores públicos, para discutir a situação de saúde de uma cidade ou Estado ou do Brasil. Aí é um grande fórum que vai ditar as diretrizes gerais da política de saúde a ser incrementada pelo gestor e acompanhada pelo respectivo conselho.

Outra exigência é a existência de um Plano Diretor de Saúde que deve ser elaborado com a participação da comunidade, dos funcionários das unidades e os membros dos Conselhos de Saúde.

A lei solicita que se forme uma comissão dentro do município para que de acordo com sua realidade e seu potencial econômico se estabeleça um plano de

Carreira, Cargos e Salários para os trabalhadores da saúde, oferecendo um salário justo e digno, e ainda uma carreira que possa acenar para eles como uma maneira de vir a crescer profissionalmente e salarialmente.

Os Relatórios de Gestão mostram os resultados obtidos e são utilizados para avaliar os objetivos e retrazar as metas. Os relatórios incluem tanto a parte da quantidade de serviços produzidos, como a sua finalidade. O relatório financeiro deve fazer parte do mesmo e avalia se os recursos estão sendo gastos de forma correta.

A autonomia só é concedida àqueles Estados e Municípios que se estruturam, cumprindo estas exigências legais. A descentralização do Sistema de Saúde, considerada uma das soluções para melhorar a aplicação de recursos, ou seja, concessão de autonomia aos Municípios no que se refere aos gastos com saúde, obedece a estágios que podem ser divididos em três: Gestão Incipiente, onde o Município se dispõe a assumir gradativamente a aplicação das verbas (2.285 municípios habilitados). Gestão Parcial: Município assume o controle da gestão nos ambulatórios (622 municípios habilitados). Gestão Semi-plena: Município assume a gestão dos serviços ambulatoriais e hospitalares e passa a receber as verbas diretamente (124 municípios habilitados).

Segundo dados do Informativo Hospitalar Brasileiro, "Atualmente 124 Municípios de um total de 4.974, atingiram o último grau de autonomia (gestão semi-plena) pela qual o governo federal repassa o dinheiro diretamente para a prefeitura. Outros 2.907 conseguiram se habilitar para as primeiras fases de descentralização. O restante 1.943 municípios, ainda não atingiram a primeira fase." (NORONHA, 1996, p. 6-7).

As verbas destinadas aos Municípios para a saúde, tanto de origem estadual quanto federal, obedecem à normas legais para seu repasse. De acordo com a lei, 50% da verba deve ser repassada por quociente populacional e os outros 50% por critérios epidemiológicos, tamanho da rede de saúde, da prioridade que os Municípios dão à saúde através dos recursos de contrapartida; perfil demográfico; desempenho financeiro no ano anterior; previsão do plano quinquenal de investimentos na rede; ressarcimento de atendimentos prestados a outras esferas de Governo. Enquanto isso não for possível, a lei também indica que estes recursos deveriam ser atribuídos exclusivamente pelo quociente populacional. A grande realidade, na verdade, é que isto ainda não acontece no Brasil. A lei não é cumprida. Para que isto aconteça é preciso que se estabeleça através do Conselho Nacional de Saúde os passos concretos a serem seguidos. Já nos Estados e Municípios, é necessário estabelecer uma organização capaz de coordenar o sistema de saúde em sua região, cumprindo com as exigências legais.

O financiamento federal para a saúde, hoje, contrariando a lei vigente, é feito pelo sistema de pagamento por produção de serviços. Os Municípios cadastram seus serviços (unidades de saúde, postos, centros, ambulatórios, pronto-atendimento, hospitais, etc.), seus profissionais de saúde e, depois disto, através de documentos próprios cobram do Ministério da Saúde os serviços que produziram no mês. Após avaliação, estes serviços são pagos de acordo com a tabela nacional. O mesmo acontece com as internações hospitalares. Além deste financiamento o governo federal passa uma pequena quantia de recursos de custeio (FEM) para os Municípios que cumpriram com a lei (criaram conselho, fundo, comissão de PCCS, plano de saúde, relatórios de gerência, contrapartida de recursos para a

saúde). Estes recursos financeiros são repassados (ainda que erradamente) por convênio e de acordo com o número da população de sua cidade, aconselhando-se que se utilizem estes recursos para as atividades coletivas de saúde.

2.6 O NEOLIBERALISMO

O conjunto de forças presentes na cena política brasileira apontam para o surgimento na saúde de dois cenários possíveis. De um lado o projeto de Reforma Sanitária e do outro, o avanço do Neoliberalismo.

“Estamos diante de um novo patamar na crise do capitalismo mundial. Este é fruto da contradição entre o caráter cada vez mais mundial da economia e as fronteiras nacionais; entre os lucros fantásticos das multinacionais e do capital especulativo e a extensão da miséria absoluta crescente que abrange continentes.” (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1995).

De forma resumida, a proposta do projeto Neoliberal prevê três passos a serem dados nessa ordem: 1º) estabilização da economia; 2º) realização de reformas estruturais (privatização, desregulamentação de mercados, liberalização financeira e comercial; 3º) retomada dos investimentos estrangeiros para alavancar o desenvolvimento.

A implantação do projeto Neoliberal no Brasil tem exigido um ajuste das instituições. Tal ajuste acontece através da reforma da Constituição, no sentido de garantir a quebra das barreiras que restringem a entrada de capitais estrangeiros no país, exigindo para tanto a quebra do monopólio estatal das áreas de petróleo, comunicação e energia, além da perda de conquistas históricas dos trabalhadores e dos direitos sociais garantidos na Constituição de 1988.

A ofensiva Neoliberal no Brasil começa na década de 80, no Governo Sarney, passa pelos Governos Collor e Itamar e toma corpo no Governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995.

A reforma Constitucional pretendida pelo Governo FHC, no que diz respeito à Previdência Social, contempla exatamente as diretrizes do projeto Neoliberal que prevê mudanças da relação do Estado com a sociedade. Tal reforma responde às exigências veiculadas pelo Fundo Monetário Internacional e pelo “consenso de Washington”.

Segundo os diagnósticos desses organismos, a crise latino-americana se deve ao excessivo crescimento do Estado e ao populismo, este por sua incapacidade de controlar o déficit público. O déficit público passou a ser o bode expiatório da falência do Estado, sem que no entanto, sejam explicitadas as causas mais profundas do déficit. De acordo com o discurso oficial, a Previdência Social foi estigmatizada como sorvedouro do dinheiro público.

As conquistas sociais da Constituição de 88 provocaram no presidente José Sarney, na época abrindo as portas para o Neoliberalismo, a famosa observação de que com tais conquistas o país seria ingovernável. Os gastos sociais, os gastos com o funcionalismo e a estigmatização da Assistência Social vinculada à corrupção serviram de propaganda pelo desmonte da área social.

A proposta de Estado Neoliberal aponta para o fim do Estado interventor, para a redução do gasto social destinado a Políticas Sociais Públicas. O Neoliberalismo é um projeto de Estado e, como tal, possui uma proposta para o setor saúde. A trajetória das políticas de saúde no Brasil, reforçadas pelas conjuntura internacional e de avanço do Neoliberalismo, favorece mais ainda os interesses privados no

campo da saúde, ameaçando o desenvolvimento do incipiente Sistema Único de Saúde (SUS), uma das importantes conquistas sociais da Constituição de 1988.

3. O SERVIÇO SOCIAL

3.1 A ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social, segundo KISNERMAN (1983, p. 3), tem sua origem no Cristianismo, “quando a caridade com seu sentido de amor ao próximo ganhou significação”. Segundo a concepção cristã, o homem chega à salvação não só pela oração mas também pelas obras realizadas, gestos concretos de ajuda aos mais pobres (dinheiro, alimentos, roupas, alojamento). A fé, o sentimento e a intuição substituem, neste período, o conhecimento científico frente às situações ou estado de carência.

Para ANDER-EGG (1995, p. 63-126), o Serviço Social tem sua origem na ajuda aos necessitados, que é tão antiga quanto a humanidade. O mesmo autor afirma que a partir do século XIX algumas formas de ajuda transformaram-se em profissão, ou deram origem ao trabalho social profissional.

MARTINELLI (1995, p. 53-68), por sua vez , referenda a profissionalização do Serviço Social, ou seja, a sistematização desse processo de ajuda, como uma estratégia de “auto-preservação” usada pela sociedade burguesa ou capitalista, para controlar ou minorar os conflitos ou reflexos do crescimento desordenado e da acelerada disseminação da pobreza, fome e miséria.

Em que pese as diferentes interpretações dos diversos autores, muitos deles ao analisarem o surgimento do Serviço Social enquanto profissão, ligam-na às grandes religiões da humanidade: cristianismo, judaísmo e islamismo. A razão disto

está ligada ao fato de nessas religiões, encontrarem-se as primeiras e mais rudimentares formas de ajuda e de assistência aos necessitados e carentes.

Porém não só nas grandes religiões foram configurando-se o que hoje chamaríamos de “proto-formas da ajuda social”; existem outros precedentes, como o Código de Hamurabi (cerca de 2100 anos antes de Cristo), em que se estabelecem algumas normas sobre a ajuda ao necessitado e sobre a ética das relações sociais... Para o confucionismo, a piedade para com os mais pobres é mais necessária do que a água e o fogo, e na esmola está a fonte da sabedoria. Os ensinamentos de Confúcio e do seu discípulo Mêncio difundiram na China o ideal da beneficência. (ANDER-EGG, 1995, p. 68).

Na Grécia Antiga a ajuda aos órfãos, viúvas, doentes e inválidos, era compromisso do Estado que repassava o necessário para o sustento quer em forma de “pensão”, ou em forma de gêneros alimentícios. O dinheiro para a assistência era obtido em parte, por meio do pagamento de ingressos aos estádios, assembléias, teatros, etc.

ANDER-EGG (1995, p. 69), destaca como um “antecedente interessante” na ajuda aos necessitados, a instituição em Roma, pelo imperador Marco Nerva em fins do século primeiro, de um “sistema alimentício”, que tinha como objetivo a ajuda aos pobres e garantir a alimentação das crianças. Posteriormente foram estabelecidas em Roma outras instituições de beneficência e existiram os que hoje se tem por responsáveis ou agentes da beneficência, chamados *questores alimentorum*; talvez estes administradores tenham sido os mais longínquos antecessores dos atuais trabalhadores sociais.

Os autores acima citados concordam que o cristianismo deu uma nova roupagem e um novo impulso às diferentes formas de ajuda aos pobres, “o cristianismo produz uma profunda e radical revolução nas relações humanas: o próximo passa a ser qualquer pessoa necessitada de ajuda, amor ao próximo é a medida do amor a Deus e o parâmetro de vida cristã.” (ANDER-EGG, 1995, p.69).

No cristianismo primitivo foram criados “serviços de assistência” chamados “diaconias”, que tinham a missão de organizar e distribuir as esmolas e ajudas privadas. Faziam o registro dos necessitados, organizavam coletas, recolhiam doações e oferendas e depois as distribuíam entre os pobres e doentes.

Durante séculos, na Europa cristã, a doutrina do mérito religioso da esmola influiu como incentivo para a ajuda ao necessitado e estimulou a fundação de hospícios. Não serviu para resolver problemas humanos e sociais, mas aliviou muitos sofrimentos e minorou muitas fomes. (ANDER-EGG, 1995, p. 69).

Na Idade Média, o imperador Carlos Magno (806), proclamou-se protetor e legislador da caridade pública com o plano de beneficência eclesiástico-civil. “Nele constava que parte das dádivas de piedade dos súditos destinava-se aos pobres. Anos depois determinou que um décimo das esmolas auferidas nas igrejas e mosteiros deveriam destinar-se aos pobres. Prescreveu aos condes “cuidarem dos pobres” às suas próprias custas, e fez dos seus nobres, defensores dos desgraçados” (ANDER-EGG, 1995, p. 71). Na verdade, em seu reinado combinou-se a ajuda pública, com a ajuda mútua, na medida em que definiu-se que as pessoas deveriam manter e auxiliar não só os membros da família, mas aqueles que residissem na mesma casa ou em terra que a ela pertencessem.

A primeira sistematização do modo de agir na ajuda aos pobres, ou o “primeiro livro sobre a ação social com a expressa intencionalidade de atender aos problemas da pobreza” (ANDER-EGG, 1995, p. 72) é do pedagogo e humanista, Juan Luis Vives (1542-1540), autor da obra, “De subventionem pauperum”, ou “Da Assistência aos Pobres”, escrito em 1526, em Bruxelas, Bélgica. Seu livro, fruto de uma pesquisa de campo de visitação às casas para detectar as necessidades de seus habitantes e as possíveis causas da miséria, fundamenta teológica e filosoficamente a ajuda aos necessitados, explicando a origem da miséria e da necessidade dos homens. Fala do modo como a sociedade e seus governantes devem ocu-

par-se dos necessitados; das conseqüências do desleixo com os pobres; como deve ser o atendimento aos necessitados; fala do problema e do cuidado das crianças sem pais e do dinheiro que basta para esses gastos, ou seja, os gastos com a assistência aos pobres.

Para Vives, o pecado é causa de todos os males, incluída a pobreza, e “é do bom cristão socorrer o irmão indigente na medida de nossas possibilidades”. “Todo indigente tem direito a uma assistência efetiva e organizada, baseada no conhecimento das causas da miséria, por meio de uma averiguação que leve em conta as circunstâncias e particularidades de cada assistido”. “A ação deve prolongar-se tanto quanto for preciso, para que o pobre possa valer-se por si mesmo e ganhar o próprio sustento trabalhando”. Vives ressalta que nenhum pobre deve ficar ocioso se, por sua saúde e idade, está em condições de trabalhar. A melhor maneira de ajudar aos pobres é treiná-los para um ofício. Portanto, a ajuda não deve concretizar-se só em dinheiro, mas também com conselhos e trabalho. (KISNERMAN, 1983, p.3-4).

Vicente de Paulo (1576-1660), junto com Luísa de Marillac, organizou as Damas da Caridade, grupo de mulheres pertencentes a aristocracia, “dedicadas a visitar os doentes nos hospitais e os pobres em suas casas, para dar-lhes a ajuda necessária, encarregando-se cada uma de um certo número de famílias” (KISNERMAN, 1983, p. 5). Devido ao “preconceito” da época com relação a saída da mulher de casa, deixando os afazeres domésticos e os filhos, este grupo não prosperou. Vicente de Paulo, passa então a recrutar jovens camponesas, surgindo o grupo “Servas dos Pobres”, posteriormente denominado “Filhas da Caridade”, e ainda “Irmãs de Caridade”.

A Ação de Vicente de Paulo se concretizou também na criação de instituições para crianças abandonadas, albergues para famílias sem lar, escolas de arte e ofícios, e em proporcionar assistência material e espiritual em hospitais e presídios, procurando em todos os casos educar as pessoas para que melhorassem suas condições de vida. Preocupado com as condições de trabalho das crianças e dos galés, cuja situação denunciou, conseguiu, na França, as primeiras leis em benefício de ambos. (KISNERMAN, 1983 p. 5).

No século XIX, a ação protestante baseada na beneficência e filantropia, convivem com a ação da Igreja Católica, baseada na caridade. A ação da Igreja

Protestante, é movida pela boa vontade para com os semelhantes e na fraternidade humana, concretiza-se na estruturação da assistência, atendendo o maior número possível de pessoas através da ação de instituições beneficentes.

Talvez o primeiro antecedente desse tipo de organização seja o chamado Sistema de Hamburgo, estabelecido em 1765. Proibida a mendicância e dar esmola aos mendigos, criou-se uma repartição central de assistência ao indigente e dividiu-se a cidade em distritos supervisionados por pessoas designadas para atendimento e ajuda aos pobres. Criou-se uma escola para treinamento profissional aos desocupados, proporcionando-se subsídios até que essas pessoas pudessem encontrar novos empregos. O regime durou treze anos e entrou em crise quando não puderam mais cumprir com eficiência suas funções os chefes de distritos, devido ao excesso de trabalho. (KISNERMAN, 1983, p. 6).

Thomas Chalmers (1780-1847), pastor, economista e escritor, organizou em sua paróquia (Saint John of Glasgow) a ação assistencial. Ele dividiu a paróquia em 25 distritos que abrangiam de 70 a 100 famílias, sob a responsabilidade de um encarregado, que tinha a missão de trabalhar com essas famílias. O trabalho consistia em estimular a ajuda mútua entre as mesmas, o cuidado com a educação das crianças e a assistência material propriamente dita.

Em Elberfeld (1853), segundo KISNERMAN (1983, p.7), desenvolveu-se um programa de assistência, semelhante ao de Chalmers, assumido pelo governo da cidade. O pastor Daniel von der Heydt, dividiu a cidade em 564 setores constituído cada um por cerca de 300 pessoas, assistidas por um "esmoler visitador", "cargo exercido gratuitamente durante três anos e que recaía sobre aquele que possuía bens, sendo eles os encarregados de proporcionar ajudas materiais, encaminhar a hospitais e outras instituições, procurar trabalho para os desocupados, orientar as crianças e os velhos" (KISNERMAN, 1983, p. 6). O controle dos setores era feito por 40 supervisores e o sistema contava com um conselho constituído por nove pessoas. Este programa de ajuda aos mais pobres destacou o estudo permanente

da situação dos pobres, mediante métodos de estudo denominados “técnicas de observação participante”, deu ênfase na prevenção e na reabilitação social. Era sustentado através de impostos e doações.

No ano de 1860 na Inglaterra, havia uma forte crítica à forma como era feita a ajuda aos necessitados. Acreditava-se que estava se criando “uma classe de mendigos, uma vez que determinadas pessoas se acostumavam a viver de esmola; e outra, que a maneira de fornecer a ajuda constituía um verdadeiro esbanjamento de dinheiro, por ser feita sem controle” (ANDER-EGG, 1995, p. 6).

Neste período, segundo VIEIRA (1989) a Revolução Industrial, rompia com as formas tradicionais de trabalho artesanal, e dava origem a empresas regidas pela livre concorrência, provocando um crescimento desordenado da população urbana e a pauperização de um grande segmento dela, que para subsistir trabalhava sob condições subumanas. A subsistência da família não dependia mais somente do trabalho masculino mas também feminino e infantil. As famílias se desestruturavam com as jornadas longas de trabalho e em turnos alternados.

Preocupado com o fato de que a falta de entrosamento entre as instituições que prestavam assistência ocasionava, em muitos lugares, a assistência dúplice e abusos de toda sorte, em 1868, o pastor Henry Solly “recomendou que fosse criado um conselho de coordenação de atividades de ação benéfica, tanto no âmbito da ação pública como no da ação privada.” ANDER-EGG, 1995, p. 76). Assim, no ano seguinte surge a “Sociedade para a organização do socorro caritativo e a repressão da mendicidade”, logo mudando o nome e transformando-se na Charity Organization Society, COS (Sociedade de Organização da Caridade). A COS, tinha como papel coordenar as Instituições que prestavam atendimento aos indigentes, “sendo

considerada sua criação um dos passos mais importantes na concepção e organização das práticas assistenciais” (ANDER-EGG, 1995, p. 76). Utilizaram pessoal remunerado para fazer o trabalho de investigação junto às famílias e determinar se deveriam receber ou não a ajuda, bem como a forma de ajuda.

Quanto às orientações básicas da COS, estas foram resumidas em oito itens que constituem um outro marco na profissionalização do trabalho social:

1. Cada caso passará por um levantamento escrito.
2. Este levantamento será apresentado à comissão que decidirá quais as medidas a serem tomadas.
3. Não serão dados socorros temporários, mas uma ajuda metódica e demorada até que o indivíduo ou a família voltem às condições normais.
4. O assistido será agente da sua própria readaptação, assim como os seus parentes, vizinhos e amigos.
5. Solicitar-se-á ajuda a instituições adequadas em favor do assistido.
6. Os agentes destas obras receberão instruções gerais escritas e se formarão por meio de leituras e práticas.
7. As instituições de caridade enviarão a lista dos seus assistidos para formar um arquivo central a fim de evitar abusos e repetição de levantamentos.
8. Formar-se-á um repertório de obras de beneficência que permita organizá-las convenientemente. (ANDER-EGG, 1995, p. 78).

Com a expansão das COS, surgiu a necessidade de qualificação de pessoas para este tipo de tarefa. Octavia Hill, uma das criadoras das COS, foi precursora, em 1873, de ações visando o treinamento de pessoal. Estes consistiam de conferências sobre temas assistenciais, enfocando o como tratar com as pessoas, compreender as suas condições de vida e viabilizar os meios que podiam ser empregados para melhorá-las e familiarizar-se com os diversos organismos existentes dedicados à assistência.

O sucesso das COS na Inglaterra, levaram a sua criação nos EUA. A primeira filial nos EUA, segundo NATALIO, foi fundada em 1870 em Búfalo.

No período de 1870 à 1897 nos EUA, foram feitas várias reuniões de avaliação do trabalho realizado, sendo proposta em uma delas por Mary Ellen Richmond, a criação de uma instituição para treinamento de pessoal e preparo de novos agentes, o que ocorreu em 1898 com a criação da Escola de Filantropia de Nova Iorque, com curso de seis semanas e posteriormente semestrais. Em 1918 transformou-se na Escola de Trabalho Social da Universidade de Nova Iorque. Não sendo considerada a primeira escola do gênero pois já em 1899, em Amsterdã, era fundada a primeira escola de trabalho social, cujos cursos tinham duração de dois anos.

Mary Ellen Richmond, escreveu a primeira obra publicada de sistematização do método de intervenção social. Estabeleceu uma proposta científica em Trabalho Social, fundada na investigação e voltada à obtenção de ampla informação acerca da pessoa e de sua problemática social (diagnóstico), para em seguida planejar uma modificação de comportamento (tratamento). A obra é denominada "Social diagnoses", publicada em 1917.

O Trabalho Social caracterizou-se como a secularização e profissionalização da assistência, e uma mudança radical no atendimento aos indigentes. Sendo processado e assumido de forma diferente nos diversos países.

"Enquanto nos EUA, este ficava, em grande medida, a cargo de organizações privadas, na Europa, a segurança social fundada numa vasta e completa legislação social no estado Social de Direito cobriria as necessidades de toda a população. Em compensação, na América Latina, Espanha e Portugal, seria o Estado intervencionista, com a colaboração de instituições religiosas católicas, que passaria a sustentá-las por meio das chamadas instituições de bem-estar social. (ANDER-EGG, 1995, p. 78).

O Serviço Social no Brasil, segundo IAMAMOTO (1992, p. 19), nasce na década de 30. Este é um período de crescente secularização da sociedade e de ten-

sões entre o Estado e a Igreja. Era preocupação da Igreja a influência da vanguarda socialista e o movimento operário, com os conflitos de classes.

A Igreja procurava organizar e qualificar os seus quadros intelectuais laicos para uma ação missionária e evangelizadora na sociedade, buscando ser uma presença mais ativa no “mundo temporal”. A recristianização da sociedade através de grupos sociais básicos, especialmente a família, tinha como objetivo livrar o proletariado das influências da vanguarda socialista do movimento operário e harmonizar as classes em conflito a partir do comunismo cristão.

✱ Incorporando esses princípios, o Serviço Social surge da iniciativa de grupos e frações de classes dominantes, que se expressam através da Igreja, como um dos desdobramentos do movimento do apostolado leigo. Aparece como uma das frentes mobilizadas para a formação doutrinária e para um aprofundamento sobre os “problemas sociais” de militantes do movimento católico, a partir de um contato direto com o ambiente operário. (IAMAMOTO, 1983, p. 20)

O Serviço Social, para a autora acima referida, não se caracteriza apenas como nova forma de exercer a caridade, mas como forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial; seus efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho.

✱ Outros autores como MARTINELLI (1995, p. 165), fazem uma leitura da perspectiva histórica do nascimento do Serviço Social, perpassando o momento político, e os interesses que permeiam as relações sociais.

Para a autora, historicamente a assistência foi usada como uma estratégia do poder dominante para escamotear a realidade de desigualdade social e exploração. A ajuda era uma forma de trabalhar as desigualdades geradas pelo sistema, evitando assim a sua evidência. A classe dominante procurava mascarar as reais inten-

ções do sistema capitalista, impedindo que este se tornasse transparente. Até mesmo por uma questão de estabilidade interna e de autopreservação do regime, reforça a autora, “interessa e muito, à classe dominante manter obscurecidas as relações, processos e leis que são inerentes ao capitalismo [...] Envolvendo seus agentes na ilusão de servir e os destinatários de sua prática na ilusão de que eram servidos” (MARTINELLI, 1995, p. 165).

NETO (1992) enriquece a reflexão sobre a origem do Serviço Social, destacando que uma profissão não se concretiza como tal pela continuidade evolutiva de suas protoformas. O surgimento de uma profissão se dá pela necessidade que a rede sócio-ocupacional, ou o mercado de trabalho manifesta.

A profissionalização do Serviço Social, segundo o autor referido, não se “relaciona decisivamente à “evolução de ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem “organização da caridade”. Vincula-se à dinâmica da ordem monopólica”, ou seja, está vinculada às modalidades através das quais o Estado burguês se enfrenta com as questões sociais, tipificadas nas políticas sociais.

Surgem assim nos diversos países, os chamados “gente paga para se preocupar com outra gente”; a ajuda, ou a assistência, transformada em profissão. Para MARTINELLI (1995, p. 165), os “gente paga para se preocupar com outra gente”, ou, a profissão de Assistente Social, nasce profundamente marcada pelo capitalismo e por variáveis a ele subjacentes, como: alienação, contradição, antagonismos.

3.2 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, PAPÉIS E FUNÇÃO.

O Serviço Social, que surgiu como profissão na Europa no final do século XIX, como uma forma científica de prestar assistência ou ajuda aos pobres, emerge nos Estados Unidos, no início do século XX, dentro dos hospitais, com o objetivo de ajudar aos médicos em suas atividades.

Nos Estados Unidos o Serviço Social foi implantado inicialmente em quatro instituições: Massachusetts General Hospital, 1905, pelo Dr. Richard Cabot, com o objetivo de “conhecer melhor os antecedentes e o ambiente onde viviam os pacientes, para formular o diagnóstico e o tratamento médico” (VIEIRA, 1989, p. 67); Hospital Bellevue, em Nova York; Hospital John Hopkins, em Baltimore e na Enfermaria Berkeley em Boston.

BRAVO (1996, p. 21), salienta que a depressão americana de 1929/1930, levou o então Estado de Bem-Estar a intervir na área de saúde institucionalizando os serviços, no sentido de atingir, ou atender o conjunto da população. O Serviço Social, nesse período, começa a atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais de saúde emanadas do Estado. A ação tem por intencionalidade ajustar o paciente às instituições assistenciais e às condições normais de vida.

A este modelo de atuação do Serviço Social nos hospitais, fundamentado na solidariedade social, na concepção de pobreza como um fenômeno de origem individual e caracterizado pelo atendimento às necessidades e carências sócio-econômicas do doente, através de doações e auxílios, BRAVO denomina Modelo Assistencial.

As funções do Assistente Social no Modelo Assistencial eram paliativas e assistenciais e se concretizavam na: assistência alimentação; empréstimo financeiro; ajuda para vestuário; assistência e/ou auxílio medicamento; auxílio passagem; auxílio documentação; isenção de taxa hospitalar; auxílio funeral; assistência especializada -órtese e prótese; estudo sócio-econômico a fim de emitir parecer sobre o paciente e fazer doações; providências de transferências; encaminhamento a obras sociais; classificação sócio-econômica para manutenção do tratamento.

A preocupação com a saúde pública se acentua após a 2ª Guerra Mundial, tendo em vista o atendimento às populações devastadas pela guerra. Os aspectos bio-psico-sociais passam a ser considerados no tratamento e acompanhamento dos doentes. O Serviço Social inicia a utilização de novas técnicas no trabalho com a família e na abordagem grupal com pacientes, destacando-se a investigação social como técnica utilizada nas pesquisas médico-sociais. “Os Estados Unidos, assumindo a hegemonia mundial, tornam-se o pólo irradiador das concepções e práticas na saúde, como também em outras áreas.” (BRAVO, 1996, p.21)

Para IAMAMOTO & CARVALHO (1988, p. 20), no início da década de 40, a atuação do Serviço Social médico no Brasil ainda é extremamente embrionária. As funções exercidas, segundo a autora, ainda estarão muito ligadas a triagem econômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente, distribuição de auxílios financeiros que viabilizem a continuidade do tratamento, conhecimento dos fatores psicológicos e emocionais que influenciam no tratamento, enfim adequação do cliente à instituição.

BEREZOVSKY (1980, p. 106), apresenta o Serviço Social Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP),

como o primeiro departamento de Serviço Social Médico-Hospitalar, estruturado oficialmente em 1943. Tendo como finalidade "estudar e tratar os problemas sociais da moléstia, proporcionando, como um auxiliar do tratamento dos doentes hospitalizados matriculados nos ambulatórios, observações de sua conduta social e prestando-lhes serviços que poderão apressar ou garantir a sua cura".

Neste período, no meio acadêmico americano, segundo FALEIROS (1989, p. 22), predomina o funcionalismo, e no Serviço Social os princípios da "neutralidade, ou seja, o não julgamento, a descrição, o não envolvimento emocional, a individualização do problema". O funcionalismo busca o equilíbrio das tensões, a integração do homem ao meio; parte do princípio de que o sistema é bom e que as intervenções feitas devem ser no sentido de corrigir suas disfunções mudando o homem ou seu meio imediato.

Há uma forte influência no Serviço Social, principalmente no campo da saúde, das ciências Psicologia e Psiquiatria, em que se evidencia o uso da Teoria Psicanalítica de Freud e a adoção do "método clínico" "Social Case Work" pelos assistentes sociais. Segundo a visão psicanalítica, a fonte da problemática social tem sua origem no indivíduo. O indivíduo, enquanto fonte dos problemas sociais, recebe um tratamento psico-social baseado no relacionamento Assistente Social-Cliente para a "solução" das dificuldades sociais. O Assistente Social tem como função estimular as experiências positivas da personalidade para prover seu autodesenvolvimento. A pessoa tem capacidade para autodesenvolver-se e mudar. O homem tem necessidade de ser aceito pelo seu meio, devendo buscar na família a principal fonte de apoio.

A partir de 1946, com a ampliação da assistência médico-previdenciária, o Serviço Social na área de saúde tem seu processo de expansão e normatização acentuado.

IAMAMOTO & CARVALHO (1983, p. 200), referendam a afirmativa acima, destacando que 23% das formandas do ano de 1947 e 32% do ano de 1949, têm como campo de atuação profissional o Serviço Social Médico.

VIEIRA (1989, p. 142), salienta que no Brasil, período de 1930 a 1950, o Serviço Social no “campo *médico-social*, (tinha) o objetivo de ajudar os pacientes a utilizar convenientemente o tratamento médico-hospitalar [...] enfocando a família, pois não era possível ajudar um de seus membros sem ajudar também os demais.”

Constata-se que no período compreendido entre 1940 a 1960, as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social ampliaram-se, enfatizando a necessidade de ver a pessoa enferma como membro de uma família e uma comunidade, passou da visão enfermo e seu funcionamento no hospital para enfermo e seu funcionamento na sociedade, ou seja, a perspectiva é de um melhor funcionamento social. Este modelo é denominado por BRAVO de Ajustamento Social.

O Serviço Social no Modelo de Ajustamento Social, segundo a mesma autora, tem primordialmente função Curativa e Preventiva, que se dá através da: mobilização do leito dia; orientação Previdenciária; divulgação dos recursos existentes; recreação e ocupação terapêutica adaptada a cada caso; esclarecimento sobre o funcionamento do hospital; preparação para alta e/ou transferência; preparação para internação e/ou cirurgia; orientação médico-sanitária (intensificação das recomendações médicas, substituição de valores no comportamento higiênico, hábitos alimentares); promoção de contato da família com equipe interprofissional etc.

É importante destacar que em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), cria o Departamento de Serviço Social, que passa a orientar as ações dos diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), bem como prevê a necessidade de fomento à formação e aperfeiçoamento profissional com a realização de cursos intensivos para os Assistentes Sociais. O aperfeiçoamento profissional, como se verá a seguir, era uma preocupação muito forte da época.

O período compreendido entre 1950 e 1967, foi para o Serviço Social de mudanças extremamente rápidas: mudanças de uma política empírica para a procura de uma atuação científica.

“O positivismo, muito acentuado na década de 50, serviu para impulsionar a profissão na busca de novas teorias, novos métodos de ação, investigando e administrando, numa clara perseguição à eficiência e seriedade, mas nem por isso a pôs atenta às implicações ideológicas” (PIRES, 1997).

A busca de maior cientificidade, de novas teorias, levou, segundo PIRES (1997, p. 43), o Serviço Social à revelação da grande contradição na qual estava mergulhado. Contradição esta que foi elaborada, criada, dentro das próprias relações sócio-políticas. A trama social, até aquele momento aparentemente “explícita e transparente”, revelava o outro lado oculto e proibido.

Os profissionais do Serviço Social encontravam-se de tal modo mergulhados no sistema e com uma tal prática resultante dele, que os tornava reféns, dependentes. Em jogo estava a sobrevivência profissional e também sua participação como membros de uma sociedade. Estabelece-se, desta maneira, um paradoxo: a reflexão teórica orientava para caminhos que a prática vigente não conseguia assumir.

Ou seja, impossível implementar ações sugeridas pelo referencial teórico sem destruir a ordem vigente na qual os profissionais estavam envolvidos pela prática.

Este movimento chamado de reconceituação, significava ruptura com o modelo norte-americano de Serviço Social, e busca de um modelo próprio, latino americano, que correspondesse à realidade vivida.

Para FALEIROS (1989, p. 133), o movimento de reconceituação “contribuiu para deslocar o eixo de preocupação do Serviço Social da situação particular para a relação geral-particular,[...] e de uma visão psicologizante e puramente interpessoal para uma visão política da interação e da intervenção”.

No período referido acima, conforme já foi evidenciado, o Serviço Social passou por um processo de crítica às práticas assistencialistas e integradoras. Crítica que teve muito pouca repercussão na área da saúde.

Na avaliação de PIRES (1997), grande parte dos profissionais institucionais desenvolvem suas ações nos moldes alienantes de ignorância da trama social. Tais profissionais, muito mais preocupados em manterem-se no emprego, pautam suas intervenções através de ações corretivas, de urgência social. Suas ações profissionais tinham uma sustentação pseudo-concreta, e por isso qualquer exigência maior no sentido de buscar as causas dessas tramas sociais e transcender para prática concreta é visto como “sonho impossível”. É a estagnação diante de uma nova orientação teórica.

A preocupação do Serviço Social na área da saúde era com a construção de um “padrão técnico para atender às necessidades da assistência médica” (BRAVO, 1996, p. 91), preocupação que vai ser reforçada após 1964. Prova disto é o resultado do grupo de estudo na área da saúde constituído no II Congresso Bra-

sileiro de Serviço Social, em 1961, “que definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença”(BRAVO, 1996, p. 94).

Socia O II Congresso Brasileiro teve um único enfoque inovador, segundo BRAVO (1996, p. 91), em relação à ação do Assistente Social na área da saúde, até então restrito no seu enfoque aos ambulatorios e hospitais, “foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde ”.

mento O Serviço Social, ampliou sua área de ação com o surgimento do complexo previdenciário de assistência médica, deixou de subordinar-se à presidência do IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões) e passou para o nível de coordenadoria, na nova estrutura do então criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), onde tinha como principal objetivo a promoção de atividades assistenciais de caráter educativo com vistas à “integração social” do beneficiário. Este Instituto, passou a contar com um órgão de direção superior denominado Secretaria de Bem-Estar, estruturada em três coordenadorias: Serviço Social, Reabilitação Profissional e Planejamento. No âmbito regional, o Serviço Social ficou subordinado à Subsecretaria Regional do Bem-Estar.

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: “ individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do Assistente Social nas equipes interprofissionais com a finalidade de

fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais.” (BRAVO, 1996, p.91).

Em 1972, com a aprovação do Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência Social, que tinha por finalidade definir a política de ação do Assistente Social, o Serviço Social caracterizou-se como uma das atividades-fim do Instituto Nacional de Previdência Social. Esse plano definiu como meta para o Serviço Social “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários [...] atuar junto aos segurados ou dependentes com programas em nível de prática direta, administração, planejamento e política social.[...], destacando a interferência dos aspectos psicológicos , sociais e econômicos no tratamento médico” (BRAVO, 1996, p. 91).

A atuação do Assistente Social, neste período, na saúde, concentra-se em duas áreas:

- Saúde - participação no programa, desenvolvendo atividades educativas que visem a proteção e recuperação da saúde, atingindo os beneficiários nas unidades médico-hospitalares e ambulatoriais próprias do INPS, nas agências e na comunidade.
- Trabalho e Previdência - atuação através de atividades educativas que visem a divulgação e interpretação da previdência social, à capacitação para o trabalho e à contribuição para a formação de uma mentalidade profissional, atingindo o beneficiário em diversos setores: serviços assistências da instituição, empresas, associações de classe e entidades afins e nas obras sociais da comunidade. (BRAVO, 1996, p. 92).

Quanto à área de atuação profissional, PIRES (1997), destaca que nos diferentes campos de intervenção do Serviço Social, os enfoques dados à atuação profissional dividiram-se em duas vias: uma política-ideológica, outra técnica-científica. À primeira estava ligada uma minoria de Assistentes Sociais oriundos dos movimentos sociais e/ou comunidade e da academia.

As publicações, segundo BRAVO (1996), que apareceram no período de 1964 à 1974, com relação à área da saúde vão enfatizar a preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental operativo, as funções e atribuições do Assistente Social, não conseguindo, entretanto maior aprofundamento teórico na análise, a fim de orientar uma prática mais eficaz, ficando apenas na descrição das atividades. Estas publicações trazem as atribuições do Serviço Social na saúde de forma genérica; a ação em clínicas (geriatria, dermatologia, tuberculose); a abordagem face a determinadas temáticas (alta hospitalar, integração profissional na equipe interdisciplinar, organização de departamento de Serviço Social Médico).

O Serviço Social na saúde, recebendo as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa. A ação na saúde pública não foi enfatizada. O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos. (BRAVO, 1996, p. 94).

Pesquisa realizada em 1974 sobre as atribuições profissionais do Assistente Social, envolvendo 28 professores do curso de Serviço Social e 188 Assistentes Sociais diplomados e trabalhando em Belém, define as seguintes tarefas como sendo atribuições do Assistente Social que atua na área da saúde:

1.2.1 Área Funcional Executiva:

- a) contar com os serviços sociais da comunidade;
- b) estudar e tratar casos sociais apresentados pela clientela das Unidades de Saúde;
- c) motivar a clientela para a aceitação das formas de tratamento;
- d) documentar o trabalho realizado;
- e) informar sobre aspectos sociais relacionados com a Saúde;
- f) esclarecer a clientela a respeito de normas e regulamentos.

1.2.2 Área Funcional Administrativa:

- a) coordenar as atividades dos profissionais de Serviço Social;

- b) assessorar na elaboração das diretrizes assistenciais da instituição;
- c) assessorar dirigentes da instituição em assuntos de Serviço Social.

1.2.3. Área Funcional de Planejamento:

- a) elaborar projetos;
- b) apresentar estratégias de ação e planos de tratamento.

1.2.4 Área Funcional de Pesquisa:

- a) identificar situações problemáticas;
- b) oferecer dados para novos projetos. (REYMÃO, 1978, p. 83-84).

Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, onde um dos temas enfocados foi “Funções e Atribuições do Serviço Social nas Unidades Sanitárias da Coordenadoria de Saúde da comunidade” (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1974). Este tema trouxe como atribuições básicas do Assistente Social na área da saúde:

Em relação ao paciente-família:

- a intervenção psico-social junto ao paciente-família, com problemas relacionados à saúde;
- integração do paciente-família no processo de tratamento e prevenção;
- remoção de bloqueios apresentados pelo paciente-família à moléstia e a intervenção médica;
- atuação com paciente-família com problemas de relacionamento familiar, que possam interferir negativamente no estado de saúde;
- proporcionar ao paciente-família melhor integração e compreensão do funcionamento e serviços existentes nas Unidades Sanitárias.

Em relação à equipe interdisciplinar:

Realização de estudo psico-social do paciente-família visando:

- considerar o paciente como unidade bio-psico-social, a partir da interpretação dos dados psicossociais, relacionados ao problema de saúde apresentado;
- identificar e levar ao conhecimento da equipe de tratamento, elementos sobre a personalidade do paciente e sua integração como ambiente em que vive;
- colaborar no sentido de que sejam eliminados os fatores emocionais desfavoráveis à recuperação do paciente e no seguimento médico;
- fornecer subsídios para pesquisas médico-sociais;
- fornecer dados para fins de diagnóstico diferencial ou complementar os dados da anamnese médica.

Junto à Administração ou Chefia:

1. colaboração na admissão de pacientes;
2. colaboração para maior aproveitamento dos recursos da Unidade Sanitária através de:
 - interpretação ao paciente-família sobre recursos ou normas da Unidade;
 - contribuição no processo de transferência de pacientes para outros recursos quando necessário, mediante o preparo do paciente e sua família;
3. colaboração no estabelecimento da política da unidade, através da apresentação à administração de:
 - problemas de atendimento;

- repercussões de medidas adotadas;
 - subsídios para reformulação de normas de rotinas;
- relações públicas considerando a importância do público interno e externo da Unidade Sanitária.

Em Relação à Comunidade:

Intervenção planejada em comunidade através da execução de técnicas específicas:

1. estudo da comunidade através de pesquisas sociais com a participação de membros da comunidade visando a elaboração de um diagnóstico básico para programações;
2. utilização e manipulação dos recursos da comunidade para garantir a continuidade do tratamento psico-social do paciente-família;
3. participação no desenvolvimento de programas sociais e sanitários da comunidade;
4. intervenção junto a grupos comunitários quando os problemas de saúde constatados nas Unidades Sanitárias, refletem uma situação social problema, local;
5. levar a comunidade a conhecer e se valer de recursos médico-sociais e sanitários, incentivando a participação organizada, valendo-se das lideranças, grupos representativos da comunidade, representantes das entidades sociais e de organizações públicas e particulares;
6. através de cooperação técnica propiciar o aperfeiçoamento dos recursos sociais, visando:
 - adequação dos recursos sociais à problemática social;
 - melhoria dos padrões de atendimento;
 - capacitação de membros das comunidades relacionados aos programas sanitários e sociais;
 - coordenação dos programas sociais relacionados com a Unidade Sanitária;
 - assessoramento técnico a grupos organizados e entidades sociais na elaboração e execução de seus programas sanitários;
 - avaliação sistemática, juntamente com outros técnicos, dos programas desenvolvidos na comunidade.

No Aperfeiçoamento e Treinamento de Profissionais do Campo da Saúde

- participar do calendário de treinamento;
- participação em programas de treinamento de pessoal técnico e auxiliar;
- participação na avaliação dos programas de treinamento;
- na supervisão de estagiários e profissionais de Serviço Social no planejamento, análise e avaliação de programas a serem executados. (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENES SOCIAIS, 1974).

As funções assumidas pelo Serviço Social, após 1960, são definidas por BRAVO, como estimuladoras do processo de desenvolvimento e mudança social e operacionalizadas através do: rompimento das resistências às mudanças do cliente, família e comunidade; pesquisa, planejamento e assessoria aos órgãos de saúde; colaboração na política social através de mudanças que se fazem necessárias; conscientização da clientela no que se refere ao atendimento hospitalar, relação

entre os problemas de infra-estrutura e doença, direitos e deveres; participação em pesquisa médico-social visando causas sociais relacionadas ao estado de saúde da população; participação na elaboração de diretrizes para programação na área de saúde visando o aspecto globalizante; conscientização e mobilização da população para os problemas de saúde, suas causas e adoção de possíveis alternativas de solução.

A ação do Serviço Social tem como objetivo, ainda segundo a autora, desenvolver o meio social para que a população tenha condições de recuperar e/ou manter a saúde; e a esta perspectiva a autora chama de Modelo de Desenvolvimento e Mudança Social.

No Modelo de Desenvolvimento e Mudança Social não se concebe mais a visão tripartite da sociedade: caso, grupo e comunidade. Adota-se uma postura metodológica genérica pautada na realidade social, com uma perspectiva de construção teórica que permita tratar o indivíduo e a coletividade não como unidades isoladas, mas inseridas numa estrutura social mais ampla, num sistema dinâmico de inter-relação, considerando as causas das situações sociais problemas originados na realidade social.

Em 1975, a ordem de serviço que disciplinou as atividades de saúde comunitária nas Unidades Médico-Assistenciais, fixando os procedimentos para organização e funcionamento dos setores de saúde comunitária, definiu médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem como o grupo técnico responsável pelas ações de saúde comunitária, e os Assistentes Sociais como subsidiários, como outros serviços participantes, com a responsabilidade de "identificar os fatores psicossociais que interferem no aproveitamento integral do tratamento ou desencadeiam situa-

ções-problema e estabelecer canais de comunicação com a comunidade.” (BRAVO, 1996, p. 101).

Em 1978, quando da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), voltado para a assistência médica e pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela parte previdenciária, formou-se

um grupo de trabalho de assistentes sociais para subsidiar a estrutura do Serviço Social no INAMPS [...] (este grupo destacou) como fundamental a presença do Serviço Social junto ao INAMPS, tanto nos serviços especializados, unidades médico-assistenciais, como no nível comunitário, na promoção e prevenção da saúde. Apresentou-se como justificativa a necessidade de os beneficiários serem conscientizados em suas carências sociais para modificação de seus hábitos, a fim de evitar o círculo vicioso: tratamento-alta-volta ao meio-recaída. A finalidade do Serviço Social médico foi caracterizada como de intervenção nos fatores psicossociais que influenciam negativamente na proteção e recuperação da saúde; o que se faz pelo desempenho de suas funções preventivas, curativas e promocionais, resultando na melhoria do funcionamento social. Mas, apesar das propostas oferecidas, [...] o Serviço Social não apareceu na estrutura formal da instituição. (BRAVO, 1996, p. 103).

Nos anos de 1978 a 1979, ocorreram dois eventos que abordaram a ação do Serviço Social na área da saúde: o I Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde, realizado em Florianópolis, 1978 e o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, São Paulo, 1979.

Segundo BRAVO uma das palestras mais importantes do I Congresso foi acerca das funções do Serviço Social na área da saúde, “como a de oferecer uma ajuda psicossocial às pessoas envolvidas no processo de medicina preventiva ou curativa, através do instrumento dialético de compreensão.”(BRAVO, 1996, p. 105).

O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, teve como temática central, “Serviço Social e política social”, sendo considerado por BRAVO, o principal marco

de articulação da categoria. A questão da saúde foi abordada em duas mesas: "A política governamental e saúde" e "Realidade e direitos sociais na saúde".

Na primeira mesa "a nível de questionamento, foram salientados a dicotomia da saúde curativa e coletiva, o centralismo, o burocratismo e a privatização das ações. Como proposições foram levantadas as necessidades da rede básica de serviços, a municipalização, a hierarquização e as ações institucionais." (BRAVO, 1996, p. 105)

A segunda mesa "ênfaticou a determinação social da doença, o caráter da instituição-saúde na sociedade capitalista, a medicalização, o paciente como objeto da ação dos profissionais." (BRAVO, 1996, p.105).

No período de 1974-1979, foram vários os eventos que oportunizaram o debate dentro da categoria profissional. Os veículos de divulgação destas reflexões, foram: os cursos de pós-graduação em nível de mestrado; as publicações feitas pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS); a Cortez Editora que passou a divulgar os livros de Serviço Social; e o Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELATS);

A atuação do profissional de Serviço Social, nas instituições de saúde, no período referido, não acompanhou as discussões da categoria, quanto ao compromisso com a classe trabalhadora. A prática hegemônica continuou sendo norteadas pelos pressupostos anteriores, pautando-se na modernização, tecnificação, sofisticação, baseando-se na postura estrutural-funcional com forte influência da teoria dos sistemas.

No período de 1979 a 1984 foram promovidos eventos com o objetivo de analisar a atualidade profissional, com vários enfoques, dentre estes a problemática

da formação, as políticas sociais, as práticas institucionais e o redimensionamento das possibilidades interventoras do profissional no que se refere à prática profissional.

Alguns textos publicados nessa época, referentes à prática institucional do Serviço Social, trazem diretrizes elaboradas para avaliar a prática profissional.

BRAVO destaca um texto publicado na revista Serviço Social e Sociedade:

a elaboração e encaminhamento de programas que possibilitem a formação de consciência crítica dos usuários da instituição em substituição aos programas assistencialistas, revertendo seu caráter desmobilizador; a visualização dos serviços sociais como direitos do usuário da instituição que precisam ser respondidos cabendo ao profissional estimular a clientela a reivindicar a melhoria dos serviços prestados pela mesma; a concepção do usuário da instituição não de forma fragmentada, mas inserido na dinâmica das relações sociais, com a sua historicidade; a luta pela democratização da instituição, com abertura de canais de participação dos setores populares; a articulação com os movimentos sociais, no sentido de estabelecer uma vinculação mais direta com os mesmos; [...] a formação profissional contínua, no sentido de embasamento teórico das categorias marxistas, para compreensão do processo histórico da sociedade brasileira e análise de conjuntura para viabilizar a construção de estratégias de ação (BRAVO, 1996, p. 110).

Destaca-se aqui também um trecho do relatório do II Encontro sobre Serviço Social na Unidade Latino-Americana, 1983, onde fala da necessidade do Serviço Social Hospitalar refletir constantemente o trabalho realizado, e a constatação de que o atendimento desenvolvido nos ambulatórios hospitalares isola o doente na recuperação de sua saúde, “pois ele não participa como sujeito na história de sua cura, porque o médico o considera objeto propriedade de sua ação” (ENCONTRO SOBRE SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE LATINO-AMERICANA, 1984). Constatou-se também que tratar os problemas referentes à manutenção e recuperação da saúde, implica em que se considere não apenas a doença, mas também o doente como um ser social. De fato, o doente não pode ser qualificado como um objeto passivo, inerte. Ele atua sobre a doença. E esta sua atuação pode ser tanto negati-

va, quanto positiva. O doente é alguém capaz de saber-se doente, conhecer alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como deve proceder para curar-se. É de fundamental importância que se compreenda serem a doença e a saúde profundamente vivenciadas, no cotidiano, pelos seus atores.

Para PIRES (1996) o movimento de reconceituação que se acentuou nos anos 80, significou espaço de ruptura com o modelo importado dos Estados Unidos. Este modelo onde a problemática inerente à maioria do povo era vista de forma individualizada, ou pertencente a pequenos grupos, tornando-se inadequado para a realidade latino-americana. O despertar político no seio da categoria profissional, segundo a autora, se deu junto a alguns profissionais inseridos nas universidades, nos movimentos populares ou nos trabalhos com comunidades, representando um grupo pequeno, mas representativo enquanto qualidade, o que levou ao questionamento muitos outros profissionais presos nas suas certezas e equilíbrios pré-concebidos.

BRAVO (1996, p. 118), destaca que alguns avanços foram conquistados pelos profissionais de Serviço Social que atuam na área da saúde, decorrentes da mobilização da sociedade e sua repercussão na categoria com fornecimento de indicações para a prática profissional. Mas essas conquistas não se comparam às conquistas feitas por aquelas categorias profissionais que participaram do movimento sanitário, "que paralelamente à revisão crítica dos fundamentos teórico-metodológicos, traçaram uma estratégia de modificação das políticas sociais via penetração no aparelho de Estado."

em B. Acrescenta ainda que os profissionais, com maior fundamentação teórica e postura progressista continuaram na universidade, preocupados com o aprofundamento teórico e com a relação do Serviço Social com as ciências sociais a fim de se situarem como interlocutores paritários, autônomos e qualificados.

de. Na área da saúde o Serviço Social continuou na execução terminal das políticas sociais. Em alguns estados brasileiros, houve tentativas por parte do Serviço Social de operacionalizar as propostas emergentes na política de saúde, dentre estes destacando-se: Paraná, Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro.

No Paraná, a partir de 1983 os Assistentes Sociais da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social, junto com os demais profissionais, ensaiaram algumas experiências de participação social em saúde. Esta participação se deu em três dimensões: com a população, promovendo encontros regionais de saúde, para discussão das ações de saúde; com os funcionários da instituição, promovendo a avaliação dos serviços e elaboração de propostas para sua melhoria; e com os segmentos organizados da sociedade, incentivando a participação institucional, nas ações integradas de saúde.

BRAVO (1996) salienta a contribuição das entidades da categoria, para o fortalecimento da prática do Serviço Social na Saúde. Dentre estas, a audiência dos representantes da Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS), Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABES), com o presidente do INAMPS, Hélio Cordeiro, 1986, quando reivindicou-se a criação da coordenação do Serviço Social no INAMPS; a participação de representantes das entidades na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada

em Brasília, em 1986, e a realização de Congressos pelo Brasil, onde foram apresentadas e discutidas teses relativas à saúde.

No V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em dezembro de 1985, foram, segundo BRAVO, apresentadas treze teses relativas à saúde.

A maioria tem um conteúdo crítico a respeito da temática, analisa os obstáculos no nível da política do setor e apresenta alternativas para a atuação do profissional nas instituições de saúde [...] sugere a defesa do direito à saúde; a participação do usuário na instituição e na elaboração de programas; a atuação em equipe interprofissional; a valorização do saber popular e o resgate da experiência cultural do cidadão; a articulação com movimentos populares; o reconhecimento da vinculação entre o problema específico do fenômeno saúde/doença e a condição sócio-econômica que o gera. (BRAVO, 1996, p.126)

No período de 1985 à 1990 há uma articulação maior dos profissionais de Serviço Social com as entidades da categoria para reforçar sua prática. Os assistentes sociais não ocupam cargos significativos no aparelho de Estado, tanto a nível federal como estadual e municipal. “A não penetração dos profissionais no aparelho de Estado, em postos significativos, coincide com a ausência de uma proposta consistente e de tática política para a modificação das políticas sociais.” (BRAVO, 1996, p. 126)

A articulação dos profissionais em categoria, gerou alguns ganhos, dentre estes, a inclusão das ações realizadas por profissionais de nível superior, não médicos, na Tabela Descritiva de Procedimentos do SIA/SUS, em julho de 1992. Isto significou para os Assistentes Sociais e demais profissionais da área de saúde de nível superior, um avanço e um reconhecimento do papel desenvolvido. “O Assistente Social ampliou o espaço de sua ação e o papel que ocupa na equipe de saúde enquanto profissional cuja prática se processa na dinâmica entre necessidades, in-

Nessa perspectiva, é necessário que os profissionais, e em particular os Assistentes Sociais, facilitem o acesso da população às informações e ações educativas, além de atender às suas demandas imediatas, para que a saúde possa ser percebida como resultado das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas e os serviços tenham maior poder de resolução.

O Conselho Nacional de Saúde, por sua vez, em 1997, através da resolução nº 218, reconhece o Assistente Social como profissional de saúde de nível superior, por entender que:

- a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como de acesso igualitário de todos os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;
- a 10ª Conferência reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;
- a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e
- o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constituem um avanço no que tange à saúde e à integralidade da atenção. (Diário Oficial, mar/ 1997)

3.3 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A MULTIDISCIPLINARIDADE

A resolução nº 218 de 1997, reconheceu como profissionais de saúde além do médico, do enfermeiro, e do odontólogo, o nutricionista, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o farmacêutico, além das profissões do nível médio (técnico de laboratório, de radiologia, de prótese e de órtese, auxiliar de enfermagem, etc.).

teresses da população e prestação de serviços" (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1996).

Em 1993, os Assistentes Sociais, como os demais profissionais de nível superior, que atuam na área da saúde, deixam de ser referendados nos documentos governamentais com o termo de "paramédicos". A resolução número 44 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda que o termo "paramédico" seja substituído nos documentos oficiais pelo termo "profissional de saúde", inclusive para o médico, por entender que através do tempo a identidade e autonomia de várias profissões da área de saúde, foram delineadas através de leis específicas que definiram o conjunto de atribuições e funções de cada uma delas; que a reformulação do Sistema Único de Saúde estabeleceu como ponto fundamental a integralidade e que a mesma pressupõe a existência de ações distintas, diferenciadas, específicas de acordo com a autonomia dos profissionais envolvidos em equipe interdisciplinar; que tal autonomia não fere o trabalho em equipe mas ao contrário é a base deste trabalho em respeito mútuo; que tais ações portanto são incompatíveis com o uso do termo paramédico para designar profissionais não-médicos na área de saúde.

O Conselho Federal de Serviço Social, em 1994, pede a revisão da Tabela Descritiva de Procedimentos do SIA/SUS, em vigor desde julho de 1992, acrescentando dentre os procedimentos já remunerados outros considerados imprescindíveis à prática do profissional de Serviço Social.

Inegavelmente, a inclusão das ações realizadas por profissionais de nível superior não médicos na Tabela Descritiva de Procedimentos constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção, bem como do reconhecimento do papel do assistente social (e demais profissionais) nesta área. É neste sentido, que acreditamos ser importante a revisão desta tabela numa perspectiva inovadora, democrática e sintonizada com o que todos os profissionais de saúde vêm construindo nas suas práticas e intervenções dentro do sistema. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1996)

A ampliação da equipe de saúde se deu com a afirmação cada vez maior da identidade de cada profissão, e com a consolidação dos respectivos cursos.

A convivência, num mesmo espaço, de profissões e profissionais, com trajetórias históricas e visões de homem e mundo diferentes, atuando na mesma realidade, tem levado à mudança no sistema de poder dentro da equipe de saúde, "com tendência a um saudável equilíbrio de forças dos profissionais, permitindo um diálogo aberto e franco, e uma discussão mais aprofundada dos problemas de saúde em seus múltiplos aspectos." (VELOSO, 1995, p. 73-74).

Os profissionais da saúde amadurecem para a visão de que

o homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. De nada adianta proceder por decomposição, análise e recomposição de aspectos: esta soma não dará a totalidade humana. É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética entre as partes e o todo, o conhecimento das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, automaticamente, poderiam ter (PETRAGLIA, 1993, p. 31).

É nesse contexto segundo PETRAGLIA (1993, p. 31), que discute-se a interdisciplinaridade como uma possibilidade de romper com as fronteiras das especialidades, unindo, assim as diversas áreas do saber. Para a autora referida, a interdisciplinaridade é uma questão de atitude. O que se deseja é impedir o estabelecimento da supremacia de certa ciência, em detrimento de outra. A questão está em valorizar a contribuição de cada ciência em particular.

Para JAPIASSÚ (1976, p. 26), a exigência interdisciplinar impõe a cada especialidade que transcenda sua própria especificidade, tomando conhecimento de seus limites para acolher a contribuição das outras.

A interdisciplinaridade, implica em atitude de abertura, onde todo o conhecimento é igualmente importante. No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se. Requer uma atitude pessoal de comprometimento.

A interdisciplinaridade pode ser entendida melhor, quando retoma-se os conceitos de multi, pluri, e transdisciplinaridade.

“Por multi e pluridisciplinaridade entende-se uma atitude de justaposição ou integração de conteúdos e disciplinas heterogêneas, alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos. Tanto o multi quanto o pluridisciplinar realizam apenas um agrupamento, intencional ou não, sem relação entre as disciplinas (o primeiro) ou com algumas relações (o segundo), excluindo toda coordenação.” (JAPIASSU, 1976, p. 73).

No multi e pluridisciplinar não há um enriquecimento das partes, há uma justaposição do resultado dos trabalhos. A diferença com relação ao inter está na forma de colaboração, na intensidade das trocas e no grau de integração.

A transdisciplinaridade, criado por Piaget, seria o ideal, o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis multi, pluri e interdisciplinar. FAZENDA (1992, p. 39), coloca que o próprio Piaget, diz tratar-se de um sonho, de uma etapa previsível das associações, mais do que uma realidade.

JAPIASSÚ (1972, p. 75), destaca a visão de Piaget com relação à transdisciplinaridade: “Enfim, à etapa das relações interdisciplinares, podemos esperar que se suceda uma etapa superior, que não se contentaria em atingir interações ou reciprocidades entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas”.

Num trabalho de equipe que tem como objetivo o homem no seu todo, levando em consideração os aspectos bio-psico-social e econômico, não é admissível a atuação e busca de respostas para as situações apresentadas de forma isolada. E ainda que se busque de forma individualizada, não é possível que a discussão fique restrita apenas a determinadas áreas do conhecimento. É fundamental a percepção de que um problema é constituído por múltiplas facetas, necessitando de estudos inter-relacionados para a solução.

Os diversos profissionais que atuam na saúde (Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Nutricionista, etc.) tiveram seu espaço profissional na saúde reconhecido pela resolução nº 218/1997, por serem possuidores de um referencial teórico-prático inquestionável e importantíssimo na busca da concretização do conceito universal de saúde - saúde é um estado de completo bem estar, físico, social e psicológico.

Cabe a estas profissões, nesse processo histórico, delinearem e deixarem cada vez mais claro o seu contributo profissional, bem como predisporem-se a um trabalho interdisciplinar que enriquecerá a todos.

O trabalho interdisciplinar, na equipe de saúde, só se dará na medida em que cada profissional tenha claro o seu "eu profissional", e se comprometa com os demais na partilha deste conteúdo, gerando como resultado final um novo conhecimento, fruto da visão perceptível das diversas partes com relação ao todo.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.

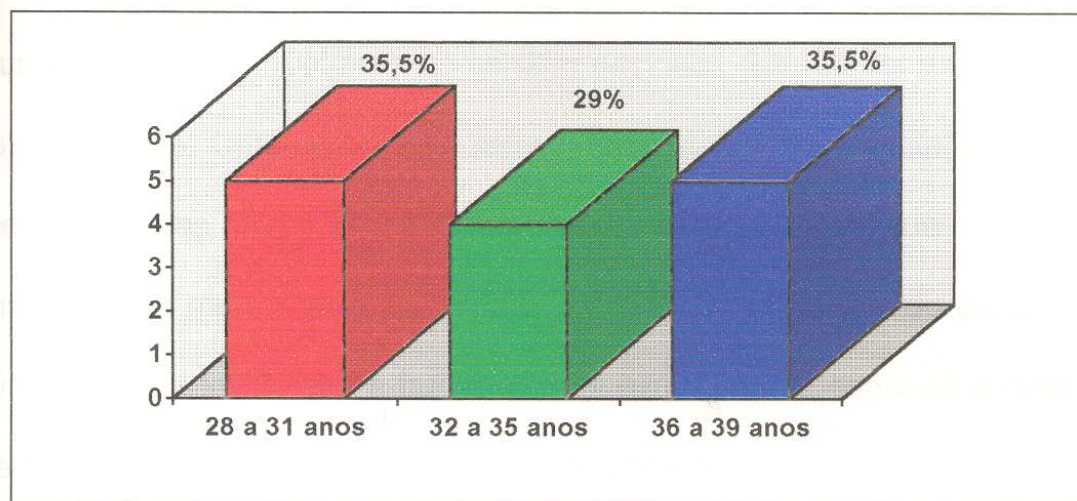
Do total de 41 Assistentes Sociais lotados no quadro funcional dos Hospitais Universitários de Curitiba - Hospital de Clínicas, Hospital Universitário Cajuru e Hospital Evangélico - foram pesquisados 34%. No Hospital de Clínicas o percentual de representatividade da amostra foi de 22%, no Hospital Cajuru 83% e no Hospital Evangélico o formulário foi aplicado em 100%, em função de lá existirem somente duas Assistentes Sociais.

4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Os Assistentes Sociais pesquisados que trabalham nos Hospitais Universitários de Curitiba pertencem 100% ao sexo feminino. Historicamente a profissão é constituída em sua maioria por pessoas do sexo feminino. A assistência e a ajuda, protoformas do Serviço Social, eram papéis desempenhados pela mulher na sociedade. Isto se deve ao fato de ser ela percebida como alguém que acolhe e possui sensibilidade. Há ainda a observar que na sociedade capitalista a mulher é considerada mão-de-obra barata.

A distribuição por faixa etária revela que os Assistentes Sociais pesquisados estão na faixa entre 28 e 39 anos, não havendo uma diferença etária grande entre esses profissionais.

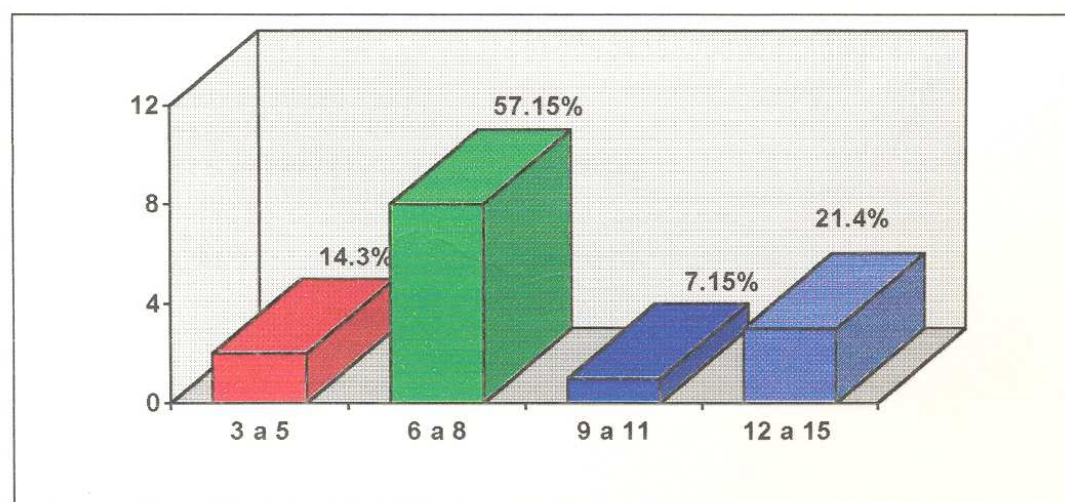
GRÁFICO I - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Quanto ao tempo de conclusão da graduação, não foi encontrado na amostragem nenhum profissional com menos de 3 anos de formado. Dos entrevistados 14,3% têm de 3 a 5 anos de formado; metade dos entrevistados (57,15%) estão entre a faixa de tempo de formado de 6 a 8 anos, enquanto 28,55% estão na faixa entre 9 a 15 anos de formado.

GRÁFICO II - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL POR TEMPO DE FORMADOS



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

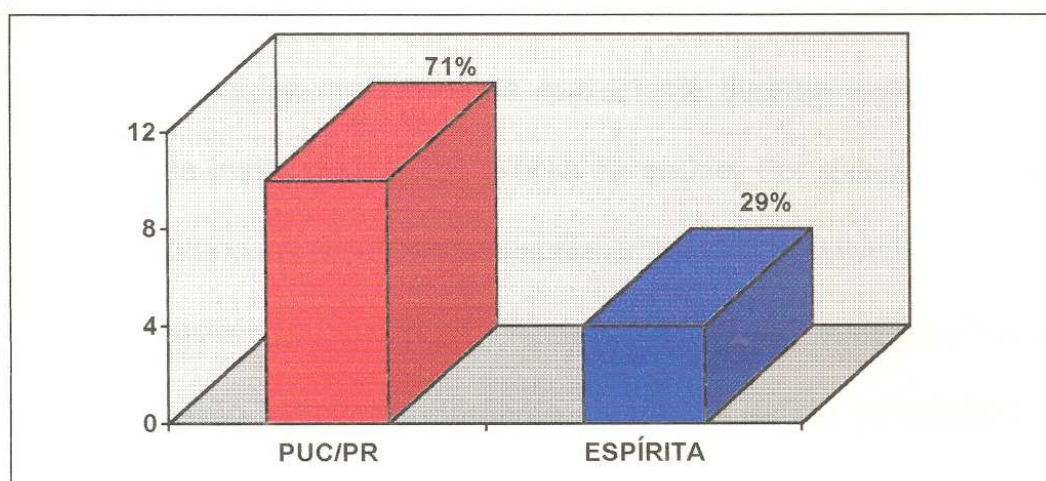
Dos profissionais entrevistados, 57,15% formaram-se entre os anos 90 e 92.

Neste período apesar dos movimentos populares estarem em crise, eles assumem um papel relevante no cenário nacional. São várias as razões pelas quais isto acontece. Uma delas está relacionada às políticas sociais. Elas estão sendo desmanteladas com a conseqüente retirada do Estado em sua atuação junto ao social. O outro motivo está na descrença naquilo que o Estado propõe como sendo sinônimo de ineficiência e burocracia. A estas razões soma-se a desconfiança em relação aos partidos políticos e modelos socialistas.

Em função disso as organizações não governamentais passam a assumir o papel de administrar e aplicar soluções aos problemas sociais. Isto é possível através da transferência dos poucos recursos públicos a tais organizações.

Com relação à Universidade onde concluíram o curso de graduação entre os Assistentes Sociais pesquisados, 71% - a grande maioria - freqüentaram o curso na Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Os demais 29%, fizeram o seu curso de graduação nas Faculdades Integradas "Espírita".

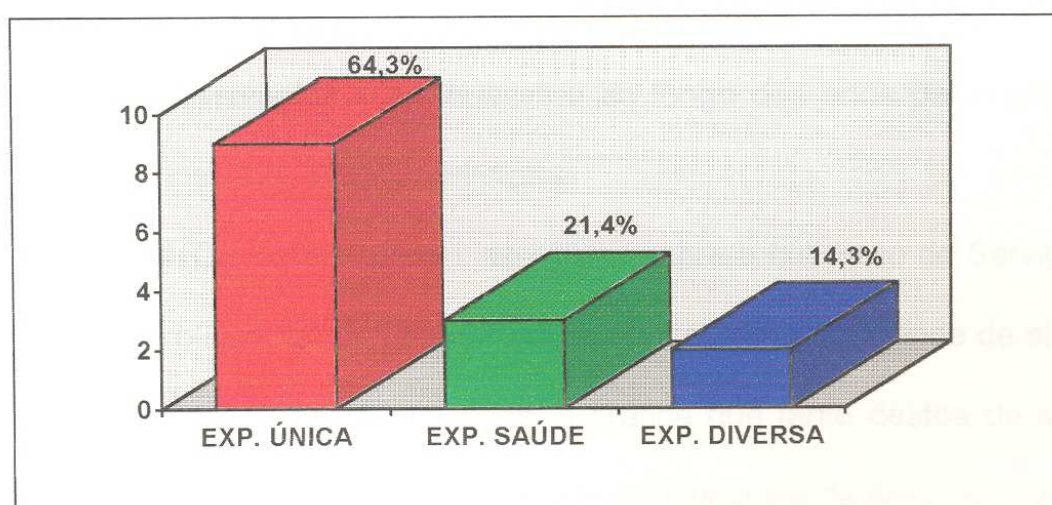
GRÁFICO III - DISTRIBUIÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DE ACORDO COM AS INSTITUIÇÕES EM QUE FREQUENTARAM O CURSO DE GRADUAÇÃO



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Considerou-se importante analisar que tipo de experiência os Assistentes Sociais entrevistados tiveram no exercício de suas atividades dentro do Serviço Social.

GRÁFICO IV - OS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS E SUAS EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

O gráfico acima permite, então, visualizar a questão da experiência profissional anterior a atual. A análise do gráfico revela que 64,3% dos Assistentes Sociais, não tiveram experiência de trabalho profissional anterior a atual. A análise dos dados da pesquisa mostra ainda que 21,4% tiveram experiência profissional em outro tipo de instituição ligada à área da saúde. Por exemplo: empresas que trabalham com planos de saúde, e também unidades de saúde. Um outro bloco de Assistentes Sociais, somando 14,3%, desempenharam suas funções profissionais em instituições não ligadas diretamente à área da saúde: prefeituras, sindicatos e secretarias.

4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Percebe-se, no que se refere às respostas obtidas da questão nº 1 - *Em que atividades o Assistente Social atua de forma rotineira, periódica e esporádica?* -, conforme quadro I, abaixo, é que muitas dessas atividades exercidas hoje pelo Assistente Social nos Hospitais Universitários, fazem parte de uma prática que foi construída, historicamente, ao longo dos anos de atuação na área hospitalar.

As atividades apontadas pelas colegas entrevistadas, constituem-se em procedimentos assumidos e enriquecidos ao longo dos anos pelos profissionais que atuam nos hospitais. Prática cotidiana.

MUNHOZ (1996, p. 14), ao refletir sobre o cotidiano do Serviço Social, lembra que o profissional de Serviço Social, muitas vezes, esconde de si mesmo, através de representações fantasiosas, a prática que tanto destoa do seu imaginário, que não corresponde à última moda dos profissionais da área "situados na comunidade científica".

Enfrentar a prática segundo esta mesma autora “é movimentar o ‘trem da universidade’ com destino à estação realidade, não só para apreciar o ‘como não se faz’, mas sobretudo oferecer alternativas a um fazer melhor”.

BRAVO (1996, p. 51), por sua vez, ao estudar as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no período compreendido entre 1940 a 1960, faz referências a muitas dessas atividades desenvolvidas atualmente pelos profissionais nos Hospitais Universitários. Cabe aqui destacar que o fato das atividades desenvolvidas pelos profissionais dos Hospitais Universitários, hoje, constituírem-se em atividades já desenvolvidas da década de 40, necessariamente não significam estagnação. Muitas outras profissões vivem essa realidade (psicologia, medicina, enfermagem etc.)

É a postura do profissional, a atuação de seus agentes, o como se faz, que vai definir a contemporaneidade do fazer profissional. O sujeito assim sabe, sem saber que sabe, pois grande parte do seu conhecimento acumulado nem é por ele percebido como tal, em virtude da naturalidade com que acontece a apropriação, pelo sujeito, dos resultados das experiências que perpassam o seu cotidiano e que a este dão existência.

Percebe-se, nos depoimentos das colegas que o Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico. Viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, facilitando ou amenizando o processo difícil e muitas vezes traumático que é o de estar internado, ou ser familiar de alguém que está em atendimento hospitalar.

Dentre as atividades apontadas por BRAVO, já praticadas pelo Serviço Social nas décadas de 40 e 60, destacam-se:

- mobilização do leito dia;
- orientação previdenciária;
- viabilizar remoções;
- encaminhar para outras instituições de atendimentos sociais;
- visitas domiciliares;
- entrevista com famílias ou acompanhantes para complementar dados dos pacientes;
- orientações a pacientes e familiares (rotina do hospital, horário de visita, atendimento dos profissionais, etc.);
- dar informações sobre os pacientes aos familiares (comunicar internamento, alta, etc.);
- contato diário com equipe de trabalho para informar sobre os pacientes (casos sociais – pacientes sem contato familiar, paciente sem renda fixa/baixa renda);
- elo entre paciente/família/médico – o que se passa, o que vai acontecer (informações sobre o pós-operatório, preparação do paciente para cirurgia, alta);
- óbito (convocar a família para comparecer ao hospital e informar do óbito).

Algumas dessas atividades, são consideradas pela autora como paramédicas, por estarem ligadas diretamente à atividade de auxílio ao desempenho, ou atendimento médico. Deve-se ressaltar aqui que o Serviço Social brasileiro teve forte influência, na sua origem, do Serviço Social norte-americano. Neste país, o Serviço Social surgiu no século XX, dentro dos hospitais, com o objetivo de ajudar aos médicos. Daí a origem do termo paramédico.

Já em 1905, Dr. Richard Cabot institucionalizava o Serviço Social no hospital com o objetivo de conhecer melhor os antecedentes e o ambiente onde viviam os pacientes para formular o diagnóstico e o tratamento médico.

0 A utilização deste termo “paramédico” perde o sentido hoje, após a aprovação da resolução nº 44 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendando que o termo “paramédico” seja substituído nos documentos oficiais pelo termo Profissionais da Saúde, reconhecendo a especificidade, identidade e autonomia de cada profissão que atua na área da saúde.

A década de 60 constitui-se, no Serviço Social, o marco do início do movimento chamado reconceituação. Este movimento busca a ruptura com o modelo norte-americano de Serviço Social em prol de um modelo latino-americano. Seria, segundo FALEIROS (1989, p. 133), a ruptura de uma visão psicologizante para uma visão política da interação e da intervenção.

Os Assistentes Sociais, mesmo assim continuam com uma prática voltada para o ajustamento dos indivíduos mormente aqueles denominados pacientes, na estrutura hospitalar. Pois as estruturas (pessoas e organização) dos hospitais, e aqui especificamente os Hospitais Universitários, ainda não estão preparados para trabalhar o paciente como sujeito e cliente do seu processo de trabalho.

QUADRO I - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS E SUA PERIODICIDADE

PERÍODICIDADE	ATIVIDADES
	• Acompanhamento diário aos pacientes internados (visita aos postos, contato com prontuário médico). • Entrevista “admissional” para conhecer a realidade junto ao

ROTINEIRA	INSS, bem como sócio-econômica e familiar. • Entrevista com familiar ou acompanhante para complementar dados do paciente. • Orientações a pacientes e familiares (rotina do hospital, horário de visita, atendimento dos profissionais, etc.). • Dar informações sobre os pacientes aos familiares (comunicar internamento, alta, etc.). • Contato diário com equipe de trabalho para informar sobre os pacientes (casos sociais - pacientes sem contato com familiares, paciente sem renda fixa/baixa renda). • Elo entre paciente/família/médico - o que se passa, o que vai acontecer (informações sobre o pós-operatório, preparação do paciente para cirurgia, alta). • Viabilizar remoção de paciente encaminhado para outra instituição ou em alta hospitalar (requisitar serviço de ambulância municípios vizinhos ou do hospital, fornecer vale transporte). • Contato com prefeituras, empresas e outras instituições da comunidade. • Encaminhamentos (FAS, Juizado de Menores, SOS Criança, Delegacia da Mulher, CPM, ETC). • Contato com familiares de/ou pacientes em fase terminal ou totalmente dependentes. • Óbito (convocar a família para comparecer ao hospital e informar do óbito). • Coordenação/ supervisão de estágio e pesquisa.
PERIÓDICO	• Atender reclamações de imprensa (ouvidoria). • Apresentação mensal do relatório de ouvidoria na reunião da Qualidade. • Supervisão de alunos. • Elaboração de estatística de atendimento. • Reunião com pacientes. • Reunião com equipe de profissionais. • Visitas domiciliares. • Atendimento 2 vezes por semanas nas clínicas específicas (Neuro-pediatria, psiquiatria, etc.). • Reuniões com chefia do Serviço Social.
ESPORÁDICO	• Reuniões com equipe de trabalho. • Visita a outras instituições ou empresas. • Visita domiciliar. • Acompanhamento ambulatorial de alguns casos. • Orientação aos pacientes vítimas de acidente de trabalho. • Reunião com Assistentes Sociais de outras instituições ou instituições de apoio para discussão de problemática comum.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

O quadro I, acima, contempla todas as respostas fornecidas pelos profissionais pesquisados quanto às atividades realizadas de forma rotineira, periódica e esporádica. O objetivo proposto, na apresentação deste quadro, não foi analisar a frequência com que determinadas colocações aparecem, mas a diversidade de atividades exercidas pelo profissional de Serviço Social em sua atuação nos Hospitais Universitários.

Todo profissional tem conhecimentos orientando seu agir; mesmo que pouco lhe tenha ficado do saber acadêmico, há os elementos que lhe são transmitidos pela via da cultura dos grupos ou das sociedades de que faz parte. Desses elementos, o profissional pode, ou não, ter ciência. Conforme Coutinho, 90% (noventa por cento) das atividades práticas do homem são feitas sem o conhecimento do saber que permite fazê-las (MUNHOZ, 1996, p.19)

Para MUNHOZ (1996, p. 97) a intervenção do profissional de Serviço Social é vulnerável à crítica pois sua ação incide sobre zonas da vida do homem onde, para a sociedade, não é facilmente perceptível a diferença entre intervenção profissional e ação do leigo; já o conhecimento científico sobre o social não tem expressão diferencial e não se marca tão nitidamente por um corte epistemológico como acontece nas ciências naturais.

Segundo a mesma autora o enfrentamento do imediato e da rotina - esta apesar da repetição de ações não deixa de registrar e perceber a singularidade de cada situação - é um problema que o Serviço Social enfrenta. Muito mais sério do que este problema é o fato de o profissional de Serviço Social permitir que a situação desafiante do imediatismo dite a sua ação profissional, quando deveria prevalecer os ditames de sua formação.

Mesmo reconhecendo que os embates, os desafios, que o cotidiano coloca ao profissional frequentemente o obrigam a *respostas imediatas* - que não permi-

tem uma reflexão mais aprofundada do que é aparente - há necessidade de se considerar que essa resposta, mesmo a mais imediata e cotidiana, contém em si uma referência à consciência: é sempre um ato no qual a intencionalidade precede (como uma síntese e como um ponto de partida), objetiva e cronologicamente a intervenção, muito embora isto nem sempre fique claro para quem o pratique.

O quadro abaixo enumera as colocações feitas pelas entrevistadas quando questionadas sobre quais as atividades que são próprias ou específicas do Serviço Social, num trabalho em equipe multidisciplinar (questão 2) - *Você trabalha em equipe multiprofissional? Em caso afirmativo cite quais os profissionais que atuam nesta equipe e especifique as atividades próprias do Assistente Social?* As discussões da categoria em busca da ruptura com o modelo norte-americano, psicologizante, em prol de uma visão política de intervenção, não teve ressonância nos hospitais.

A ruptura com o modelo psicologizante aconteceu entre os mais politizados e intelectualizados. Não houve conduta igual a toda categoria dos Assistentes Sociais. Nos hospitais, visto a tradição de paramédico, a discussão não aconteceu. Observe-se o quadro abaixo.

QUADRO II - O ESPECÍFICO DO SERVIÇO SOCIAL, NA ATUAÇÃO JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE, FOI ASSIM DEFINIDO PELOS PESQUISADOS:

HOSPITAL	ATIVIDADES
A	• O Assistente Social é o membro da equipe que faz com que o tratamento seja realizado, dando à família as orientações e apoio necessário. Elo entre a família e equipe de profissionais de saúde. • A intervenção do Assistente Social se dá no contato para ver necessidades do paciente e o repasse dessas necessidades para a equipe. • O trabalho do Assistente Social se dá junto à “rede de apoio”, família e amigos, e no preparo destes para dar suporte ao paciente. Acionar recursos comunitários que possam suprir carências de paciente em alta. • O Assistente Social faz a coleta de dados junto ao paciente, quanto às causas do internamento; procura perceber problemas sociais que possam interferir na terapêutica. • O Serviço Social atende a casos sociais, convocação de familiares, questões econômicas e sociais que interferem no tratamento.
B	• O Assistente Social tem como característica o não julgamento e a neutralidade; vê a questão humanitária, e busca a satisfação do cliente. • O Assistente Social procura viabilizar o atendimento ao cliente. O contato do médico com a família é muito difícil de ser viabilizado. Sobre o médico, há toda uma visão de sabedor e detentor do conhecimento. Quando o médico recusa-se a falar com a família o Assistente Social dá retorno a ela, dizendo que o médico está impossibilitado no momento. • Facilitar ou viabilizar o retorno do paciente ao meio social.
C	• Acompanhamento individual e familiar dos pacientes internados. • Atender pacientes no ambulatório (vale-transporte, ambulância, vale-nutrição). • Encaminhamento para recursos da comunidade. • Visita domiciliar. • Doação de bebês. Encaminhamento para o juizado. • Aviso de alta de pacientes com dados incompletos.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

O quadro acima confirma aquilo que já foi anteriormente dito, ou seja, as discussões da categoria em busca da ruptura com o modelo norte-americano, psicologizante, em prol de uma visão política de intervenção, não chegou aos hospitais.

Como encaminhamento a esta questão, atualmente vê-se necessário que a ação do Serviço Social seja voltada ao esclarecimento de direitos e deveres do cidadão, mormente no tocante à política de saúde, discutindo com a população a sua viabilização.

Chama a atenção, no quadro acima, a afirmação do Assistente Social do hospital "B": *"O contato do médico com a família é muito difícil de ser viabilizado. Sobre o médico, há toda uma visão de sabedor e detentor do conhecimento. Quando o médico recusa-se a falar com a família o Assistente Social dá retorno a ela, dizendo que o médico está impossibilitado no momento."* Qual a razão subjacente para esta postura do Assistente Social, que é de ruptura da relação de confiança com o seu cliente? A resposta poderia ter várias alternativas:

- O Assistente Social ainda se coloca como paramédico, procurando preservar a imagem que o paciente tem do médico?
- O Assistente Social tem receio de gerar conflito entre o paciente e a instituição hospitalar, inconscientemente protegendo o seu emprego?
- Há falta de compromisso do Assistente Social com a população que procura atendimento?

Todas estas alternativas, se avaliadas à luz da postura ética, preocupam, visto ferirem o código de ética do Serviço Social, naquilo que diz respeito às relações dos assistentes sociais e os usuários dos serviços.

No quadro III, abaixo, estão transcritas na íntegra as colocações feitas pelas profissionais entrevistadas quanto à questão nº 4 - *Quais os aspectos teóricos e metodológicos que fundamentam a sua prática profissional?*

A visão de homem e mundo, conforme o descrito pelos Assistentes Sociais entrevistados, apresenta-se aproximada da perspectiva sistêmica. O homem está inserido numa determinada estrutura, com normas de funcionamento, hierarquia, valores, que devem ser respeitados. O ser humano deve estar adaptado nesta realidade.

QUADRO III - ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS QUE FUNDAMENTAM A PRÁTICA, SEGUNDO PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

HOSPITAIS	ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS
A	1. Busco trabalhar de forma educativa, para que os usuários tenham conhecimento de seus direitos de saúde não só no Hospital como fora dele também. Teoria Sistêmica. 2. Trabalho em uma abordagem fenomenológica. Onde converso e discuto muito com as adolescentes sobre a gravidez e os problemas do momento. 3. Eu aprendi na minha época de universidade, na universidade e com a supervisora de estágio a não me preocupar com linha ou teoria e sim com a prática, respeitando sempre a questão ética. 4. Tenho utilizado mais a fenomenologia, procurando aprofundar mais questões específicas, dentre estas, AIDS, desnutrição, psicologia, para entender o momento do paciente. 5. Psicossocial, atendimento é mais sistêmico. É difícil definir uma metodologia única, depende das situações. 6. Não segue uma linha específica, mas tende para a fenomenologia. 7. Para ser franca não há uma teoria única ou um único método. Ou se cria um próprio ou se atua conforme a situação.

B	8. Encontra-se em um momento de reestruturação. No primeiro momento faz orientação social de Tecla Machado. 9. Na prática ocorre fazendo uma somatória das diversas teorias que o SS já conhece e acaba se elaborando uma própria desse profissional. 10. Usa muito a fenomenologia, e também é sistêmica, pois não acha que pode usar somente uma teoria no Serviço Social. Busca várias teorias que possam orientar sua prática. 11. O homem como um todo relacionado com o todo e as situações em que vive (Parson). Vivencia a mudança de atitude. A pessoa chega numa situação de emocional alterada, recebe explicações, é orientada/processo educativo. O Assistente Social se coloca junto. 12. Identifico-me com a teoria sistêmica, adotando a metodologia de "orientação social" da Tecla Machado. Por outro lado considero a vertente fenomenológica Hurssel/ Ana Augusta de Almeida) onde a pessoa-cliente é um ser existencialmente livre capaz de através do diálogo e apoio, mostrar-se e resolver seus problemas.
C	13. A nossa prática profissional fundamenta-se na sistêmica, porém utilizamos em função da característica da instituição filantrópica a metodologia baseada no positivismo. 14. Faz uso da sistêmica sem deixar de lado o funcionalismo.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Para FALEIROS (1993, p. 106), as questões metodológicas além de importantes, são também historicamente determinadas. A reflexão sobre um determinado objeto passa necessariamente pelo método que é onde esta reflexão se desenvolve. Por isso que elaborar um método é explicitar o desenvolvimento de uma reflexão mostrando o caminho das várias alternativas possíveis para percorrê-lo. O método é, pois, uma construção do conhecimento que reflete sobre ele mesmo, sobre os passos, falhas, processos, objetivos e, fundamentalmente, sobre o objeto desse conhecimento. Para se estabelecer o método é necessário conhecer seu próprio co-

nhecer, refletir sobre a própria reflexão e representar a relação dessa reflexão com a realidade e as mediações do próprio conhecimento.

Outro ponto importante a ser destacado é que a base teórica dos profissionais fica limitada, via de regra, à iniciação recebida durante o processo de graduação. É importante também que fique claro que tal base teórica do período de iniciação da fase de graduação nem sempre privilegia o espaço de reflexão, pois a realidade do ensino é mais de informação do que de formação. O resultado está na pouca capacitação do aluno para intermediar a universalidade da teoria e as múltiplas situações próprias do cotidiano. Tudo isso faz com que grande parte dos Assistentes Sociais permaneçam distantes da teoria e desestimulados em sistematizar suas experiências práticas. Isto é preocupante, pois a divulgação das sistematizações, não apenas expressaria a realidade do trabalho desses profissionais, como também poderia estimular a pesquisa teórica, chamando assim a atenção da comunidade científica do Serviço Social, que se insinua no campo da mediação, apesar de boa produção de conhecimento na área das ciências humanas e sociais.

A distância entre academia e prática, demonstra que a academia pode não estar contemplando suficientemente as questões da prática e nem contribuindo significativamente no processo de sua sistematização.

Os aspectos teóricos e metodológicos que fundamentam a prática profissional, apontados pelos profissionais, conforme quadro acima, podem ser agrupados em: modelos de intervenção psicossocial e sistêmico; quadro de referências ou visão de homem e mundo do profissional: positivismo, funcionalismo; e a fenomenologia.

As colocações 1, 5, 8, 11, 12, do quadro III, intitulado “Aspectos teórico-metodológicos que fundamentam a prática”, enquadram-se no modelo de intervenção psicossocial. Este modelo está fundamentado em princípios analógicos à psicologia. Busca a interpretação da conduta individual e da estrutura da personalidade. A intervenção do Serviço Social depende do relacionamento Assistente Social x Cliente e da empatia. Preocupa-se em encontrar as causas psicológicas de comportamentos sociais, procurando tratá-los e ajustá-los ao padrão de normalidade

Os itens 1, 2, 5, 10, 11, 12 do quadro III, estão referendando o modelo sistêmico que pode ser visualizado através da teoria dos sistemas. Este modelo vê o todo a partir da inter-relação das partes. O Serviço Social possui sub-sistemas e também se constitui num sub-sistema dentro de um sistema maior. Busca o equilíbrio, adaptando o homem - micro sistema, ao macro sistema - sociedade.

As colocações 1, 4, 10, 12 do mesmo quadro III, identificam-se com a fenomenologia, que é o estudo da realidade social enquanto vivida no cotidiano. É a busca da essência dos fenômenos partindo tanto da concepção concreta e vivida de uma coisa, quanto da sua representação pela imaginação. Compreende, não rotula, busca a transformação individual e nega a coletiva, para o melhor enfrentamento da realidade.

As afirmativas 1, 5, 11, 13, 14 do quadro III, evidenciam a visão funcionalista. O funcionalismo tem seu foco no funcionamento social, entendido este como interação recíproca entre meio social e homem. Pode ser confundido/ acoplado ao sistêmico e ao psicossocial.

O positivismo, um embasamento filosófico de diversas posturas mais científicas, tem a visão de homem e mundo que implica partir daquilo que é concreto e experimental, não trabalhando as questões metafísicas.

Nos pontos 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 do quadro III, os Assistentes Sociais pesquisados apresentam uma visão eclética a respeito dos aspectos teórico-metodológicos que fundamentam a prática profissional. Esta visão eclética evidencia-se nas afirmações: “*não há uma única teoria um único método*”, “*não seguem uma linha específica*”, e a outras.

Fausto Neto partilha do entendimento de que o diálogo com e entre teorias, exige critérios, e não pode consistir numa “transposição acrítica de conceitos de um referencial a outro, o que caracteriza o ecletismo”. Entende que não deve-se incorrer no ecletismo e nem transformá-lo em “fantasma ou escudo” para ocultar o nosso “dogmatismo”, “imobilismo e o encerramento da busca teórica”. O medo de incorrer no ecletismo não pode inibir nossa navegação pelo saber. (MUNHOZ, 1996, p. 131).

Necessário se faz destacar a afirmação de um dos entrevistados: “*Eu aprendi na minha época de universidade, na universidade e com a supervisora de estágio, a não me preocupar com linha ou teoria e sim com a prática, respeitando a questão ética*”. Contrapondo o Assistente Social entrevistado, referenda-se MUNHOZ (1996, p. 131) ao se referir que todo profissional que cursou uma graduação com duração de 4, ou 4 anos e meio, mesmo que pouco lhe tenha ficado do saber acadêmico, que vive em grupo ou sociedade onde lhe são transmitidos elementos pela via da cultura, adquire enquanto profissional, conhecimentos significativos que orientam o seu agir. O fato de escudar-se na ética não lhe diminui, ao contrário, aumenta-lhe a responsabilidade profissional de uma ação mais comprometida.

Ainda com relação ao repensar da prática, no cruzamento dos dados obtidos através da questão nº 5 - *Com que periodicidade você repensa sua prática? e com*

quem?-, com os dados retirados do item Perfil dos Entrevistados - *Tempo de formado* -, verifica-se que o percentual de profissionais que repensam a prática diariamente, 43%, estão agrupados quanto ao tempo de formados, na faixa entre 3 a 8 anos. Aqueles profissionais que no seu depoimento referem que não refletem a prática, ou que refletem periódica ou esporadicamente, representam 28% da amostragem e estão na faixa, com relação ao *tempo de formado*, entre 9 a 15 anos de formados.

QUADRO IV - RELAÇÃO REFLEXÃO DA PRÁTICA x TEMPO DE FORMADO

ANOS	3 a 8 anos	9 a 15 anos	TOTAL
DIARIAMENTE	6		6
PERIODICAMENTE	1	1	2
ESPORADICAMENTE	3	1	4
NÃO REFLETE		2	2
TOTAL	10	4	14

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

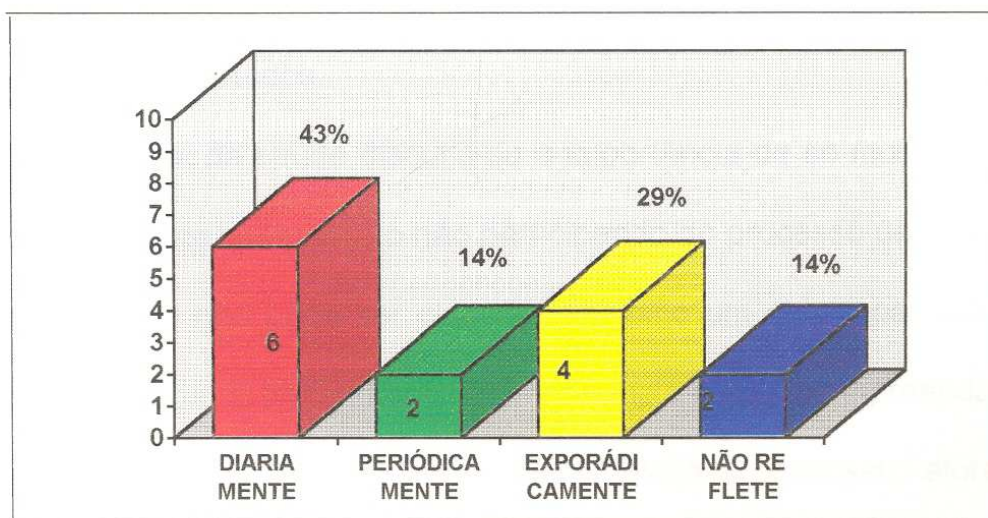
Destaca-se no quadro acima, a periodicidade com que os profissionais com mais tempo de formados, 9 a 15 anos, dizem repensar a prática. É preocupante o fato de 50% destes terem respondido que não revêem a prática profissional através do repensar; 25% terem respondido que só o fazem esporadicamente; e os demais 25% o fazerem periodicamente.

Em contrapartida, verifica-se um contraste entre a categoria acima e os entrevistados com 3 a 8 anos de formados, em que 60% dizem repensar sua prática profissional diariamente, 10% periodicamente e 30% esporadicamente.

Tal contraste pode levar a indagações consideradas pertinentes:

- a) os profissionais mais antigos são mais seguros e confiantes da eficácia de seu desempenho prático?
- b) os profissionais com menos tempo de formados são mais inseguros e por isso necessitam repensar constantemente o seu fazer profissional?
- c) o fato da prática embasar a teoria e esta ser fundamental para a prática, não merecem reflexões aprofundadas a seu respeito?

GRÁFICO V - PERIODICIDADE COM QUE OS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS REFLETEM A PRÁTICA



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Dentre os entrevistados com mais de 9 anos de formados, encontram-se afirmativas como:

- "No momento não reflito com ninguém"

- *“Francamente, reflito quando me sinto obrigada para tal”*

- *“(reflexão) semestral - nos momentos em que se precisa apresentar algo à estrutura organizacional”.*

Esses profissionais formaram-se e ingressaram no mercado de trabalho na década de 80. É importante ressaltar aqui as discussões que nessa época aconteciam no interior da categoria.

No início dos anos 80, no seio da categoria, foram promovidos eventos que tinham como objetivo analisar a atualidade profissional, enfocando a problemática da formação, as políticas sociais, as práticas institucionais e o redimensionamento das impossibilidades interventivas do profissional.

BRAVO (1996, p. 21) destaca a discussão que acontecia dentro da categoria quanto à formação da consciência crítica dos usuários das instituições, cabendo ao profissional de Serviço Social estimular a clientela na reivindicação de melhorias dos serviços prestados.

Na área da saúde discutia-se a importância de se mudar a visão ou concepção do paciente como objeto não participando do processo de cura, por entender-se que o doente não pode ser classificado como um objeto passivo, inerte. Ele atua sobre a doença. É de fundamental importância que se compreenda serem a doença e a saúde profundamente vivenciadas no cotidiano pelos seus atores.

Ainda com relação à questão nº 5 - *Com que periodicidade reflete a prática? Com quem?* - apresenta-se o quadro abaixo, que sintetiza as respostas fornecidas pelo grupo de entrevistados.

QUADRO V - PERIODICIDADE E PESSOAS COM QUEM REFLETEM A PRÁTICA.

HOS- PITAL	PERIODICIDADE REFLEXÃO	FREQ. RES- POSTA	COM QUEM	FREQ. RES- POSTA
A	DIARIAMENTE	1	COLEGAS	4
	PERIODICAMENTE	1	OUTROS PROFIS/COLEGAS	1
	ESPORADICAMENTE	3	NÃO DISSE	2
	NÃO REFLETE	2		
B	DIARIAMENTE	3	CHEFIA	1
	PERIODICAMENTE	1	COLEGAS	1
	ESPORADICAMENTE	1	CHEFIAS E COLEGAS	1
			OUTROS PROFIS/COLEGAS	1
			ALUNOS	1
C	DIARIAMENTE	2	ALUNOS	2

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Na análise do quadro acima percebe-se que no hospital “C” o processo de reflexão da prática é motivado pela presença de alunos, e também pela necessidade de se dar resposta aos questionamentos e dúvidas dos acadêmicos quanto ao “fazer” profissional e a realidade do campo de estágio.

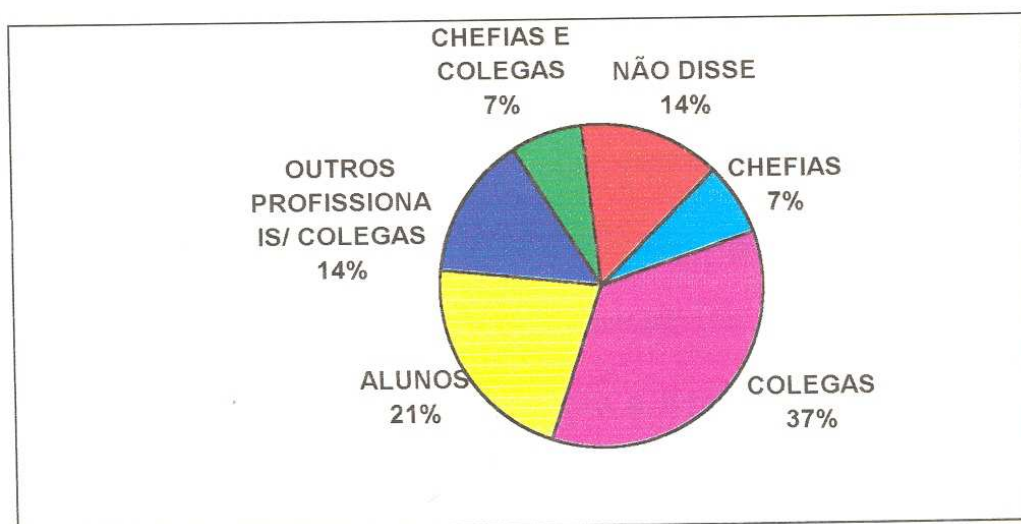
O hospital “B” referenda um dado que não aparece nos demais hospitais, que é a reflexão com a chefia.

Os profissionais entrevistados no hospital “B”, quando repensam a prática, não se referem ao fato de que durante um período do ano de 1996 o departamento de Serviço Social da universidade à qual estão ligados, proporcionou determinado número de horas/aula para um profissional docente de Serviço Social acompanhar o trabalho do grupo através de reuniões mensais de reflexão da prática e redefinição de objetivos, metodologia, etc.

No hospital "A" o que se pode perceber é que o repensar a prática se dá basicamente de forma esporádica e quando acontece é realizada entre os colegas de trabalho que vivenciam a mesma realidade.

Outro dado a ser observado na tabulação da questão nº 5, citada acima, é *Com quem?* esses profissionais entrevistados, estão repensando a prática, quando o fazem. O gráfico abaixo procura ilustrar essa realidade.

GRÁFICO VI - COM QUEM OS PROFISSIONAIS PESQUISADOS REFLETEM A PRÁTICA



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Analisando, através do gráfico acima, o resultado da tabulação à pergunta *Com quem?* os profissionais que atuam nos Hospitais Universitários pesquisados repensam a prática, constata-se que, 60% fazem esta reflexão com os iguais (colegas, chefias de Serviço Social, alunos) no interior da instituição, e 13% com outros profissionais, não ficando claro se da instituição ou não.

A busca da eficiência no atendimento à demanda que procura os hospitais, faz com que o profissional que atua nesta realidade secundarize o repensar da prá-

tica, o que dificulta a inovação, ou novas perspectivas de atuação. O profissional não qualifica a sua prática, torna-se um praticista, sem nível de discussão acadêmica. No processo de formação, a observação da prática e postura do profissional é, muitas vezes, subsídio para a formação acadêmica. Os estagiários que participam desta realidade, não visualizando perspectiva de atuação diferente, serão nesse processo provavelmente reprodutores do modelo prático-assistencial, trabalhando com os limites e não com as possibilidades. Para o profissional em atividade, a existência de estagiários é, muitas vezes, único motivo que o leva a parar e refletir sobre sua prática profissional.

No cruzamento do gráfico VI , *Com quem refletem a prática*, e o quadro VI, *Fatores que obstaculizam o desempenho profissional*, evidencia-se que ao repensar a prática com os iguais, dentro da instituição, os profissionais, quanto aos fatores que obstaculizam a prática, não ultrapassam, na sua visão as paredes institucionais limitando sua reflexão ao aparente e emergente, o que pode torná-la pobre, sem possibilidades de superação.

QUADRO VI - FATORES QUE OBSTACULIZAM O DESEMPENHO PROFISSIONAL

HOSPITAL	OBSTÁCULOS
A	• Recurso comunitário escasso. • Desconhecimento por parte dos outros profissionais do papel do Assistente Social. • Médicos não consideram os demais profissionais. • Desconhecimento de outros profissionais do papel do Assistente Social ("pau para toda obra" , secretaria, etc.). • Escassez de material de expediente. • Escassez de material humano. • Escassez de espaço físico. • Desconhecimento de outros profissionais e da sociedade do papel do Assistente Social. • Cultura do paciente (interior do estado / desconhece a cidade).
B	• Questão financeira da saúde. • Descompromisso de alguns médicos. • O fato de não trabalhar em equipe multiprofissional. • Acúmulo de atividade. • Desconhecimento da clientela quanto à sistemática de funcionamento do hospital. • Desconhecimento da população com relação aos seus direitos. • Escassez de recursos humanos/ materiais. • A falência do sistema de saúde. • Escassez de recursos comunitários para encaminhamento.
C	• Não existência de política de saúde. • Falência do sistema de saúde. • Escassez de recursos comunitários para encaminhamento.

Fonte: Formulário Coleta de Dados

Observa-se no quadro acima que os profissionais, emparedados quanto à reflexão nos limites da organização, percebem como obstáculos aquelas questões que dificultam o "fazer" profissional ou a eficiência assistencial. Destacam-se aqui as afirmativas dos profissionais do hospital "A", onde existe o maior número de pro-

fissionais de Serviço Social, em contraposição ao hospital “B” e “C”. Nas colocações dos profissionais do hospital “A” não se constata a percepção dos limites impostos pela estrutura maior do sistema de saúde ou política de saúde.

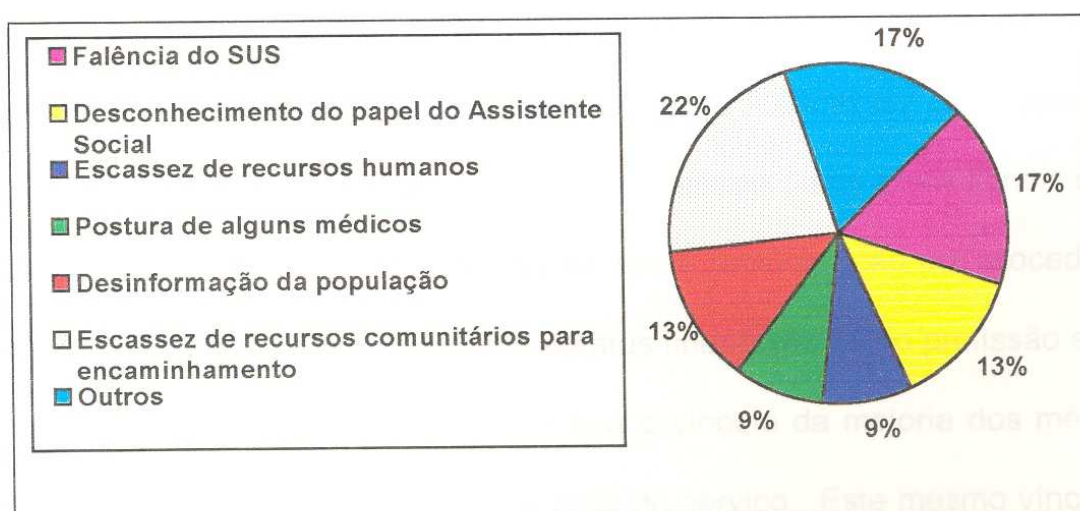
Os demais profissionais da área da saúde encaminham para o Serviço Social aquilo que não conseguem resolver ou que não têm tempo para fazê-lo. O profissional de Serviço Social trabalha com valores que não são reconhecidos como de importância para a sociedade, por não se revestirem de caráter de relevância social na ordem sócio-econômica. O Assistente Social atua em situações cuja resolução não confere destaque a quem delas se ocupa, não é reconhecido profissionalmente, nem valorizado como tal, especialmente se as ações que constituem seu cotidiano forem procedidas ao nível de combate ou amenização de determinadas situações. É o que se pode evidenciar nos depoimentos das profissionais entrevistadas, quando falam das dificuldades encontradas no seu desempenho profissional: *Desconhecimento de outros profissionais do papel do Assistente Social (“pau para toda obra” , secretaria, etc.); - Desconhecimento de outros profissionais e da sociedade do papel do Assistente Social. - Desconhecimento por parte dos outros profissionais do papel do Assistente Social.*

A ausência de crítica , ou mesmo de criticidade, conduz o Serviço Social, segundo MUNHOZ (1996, p. 224) a vulgarização pela aceitação passiva de tarefas hetero-atribuídas por outros profissionais - e não profissionais -, dificultando o encontro com o que possa conduzir-se à substância da profissão. E além de suas tarefas serem muitas vezes definidas por outros ou por outras instâncias, elas têm, via de regra, caráter de urgência na operacionalização e de providencialismo conferin-

do, com isso, ao assistente social, a característica de necessidade de eterna prontidão para agir.

O profissional sozinho, ou emparedado à sua estrutura institucional, muitas vezes só consegue enxergar a dicotomia entre uma teoria que condena o sistema ineficiente pregando sua transformação e a prática vista apenas como ajustada à filosofia desse sistema questionado. Isso faz com que não consiga valorizar, em seu fazer cotidiano, por exemplo, a perspectiva educativa, terapêutica e mesmo promocional de seu trabalho. Trabalho onde o preparo do profissional, e a experiência para análise das mais diversas situações empresta força ao emocional dos indivíduos que o procuram, capacitando-os para enxergar, sob diferentes óticas, problemas da própria pessoa ou da família, como alcoolismo, situações de agressão, tentativas de suicídio, abandono, etc.

GRÁFICO VII : SÍNTESE DOS DADOS QUE, SEGUNDO OS ENTREVISTADOS, OBSTACULIZAM O DESEMPENHO PROFISSIONAL



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

O gráfico VII apresenta aqueles pontos que segundo os Assistentes Sociais entrevistados, representam obstáculos para o desenvolvimento de sua prática profissional.

Observa-se que a falta de recursos comunitários para encaminhamento da problemática social apresentada, foi a questão de maior incidência. Isto denota a realidade vivida em um país neoliberal, onde o Estado não é um estado de bem-estar social, mas um Estado que procura reduzir os gastos com o social, ou mais especificamente, com as políticas sociais públicas, deixando para as entidades, principalmente as de cunho religioso e/ou filantrópico, a assistência aos desprovidos, ou marginalizados no sistema econômico-social.

Outro fator que se manifesta no gráfico acima é a dificuldade do SUS (17%). Os Assistentes Sociais entrevistados trabalham em hospitais públicos e privados com atendimento de emergência. Esses hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde encontram dificuldades como, a baixa remuneração por procedimento da tabela do SUS e médicos desmotivados. A baixa remuneração por procedimentos gera um quadro reduzido de profissionais. Esta foi uma das dificuldades apontadas pelos entrevistados que está evidente no item - *escassez de recursos humanos* (9%). A desmotivação de alguns médicos, referida pelos profissionais como - *postura de alguns médicos* (9%), se dá pela baixa remuneração por procedimento da tabela SUS e conseqüente perda do status financeiro, como profissão supervalorizada. Acrescenta-se ainda o fato de que o vínculo da maioria dos médicos com os Hospitais Universitários é de prestação de serviço. Este mesmo vínculo é mantido com vários outros hospitais, fazendo com que os médicos passem pouco tempo no Hospital, priorizando nesse espaço de tempo a visita aos pacientes internados sob

seus cuidados, e na maioria das vezes não tendo tempo para contato com os demais profissionais da área de saúde e familiares de pacientes que os procuram, e também ao Serviço Social, para saber do quadro de saúde de seu familiar.

Frisa-se ainda entre os pontos apontados pelos profissionais entrevistados, o *desconhecimento do papel do Assistente Social (13%)*, manifestado tanto pelos profissionais da saúde como pelos usuários dos serviços de saúde.

Com relação à tabulação da questão nº 12 - *Na sua opinião quais são os pontos positivos e negativos do sistema atual de saúde?* - para poder analisar melhor as colocações, optou-se pela divisão, em Pontos Positivos e Pontos Negativos.

QUADRO VII - PONTOS POSITIVOS DO SISTEMA ATUAL DE SAÚDE SEGUNDO OS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	FREQ. RESPOSTA
Política e infraestrutura operacional	• Encaminhamento e gerenciamento via Unidade de Saúde 24 horas. • Aumento das Unidades de Saúde nos bairros. • Central de leitos. • Descentralização, administração no município. • Estrutura.	8
Recursos	• Cálculo e repasse de verba por número de paciente/habitante.	1
Filosofia	• Atendimento à população indistintamente.	1
Outros	• Campanhas educativas. • Compromisso dos profissionais.	2

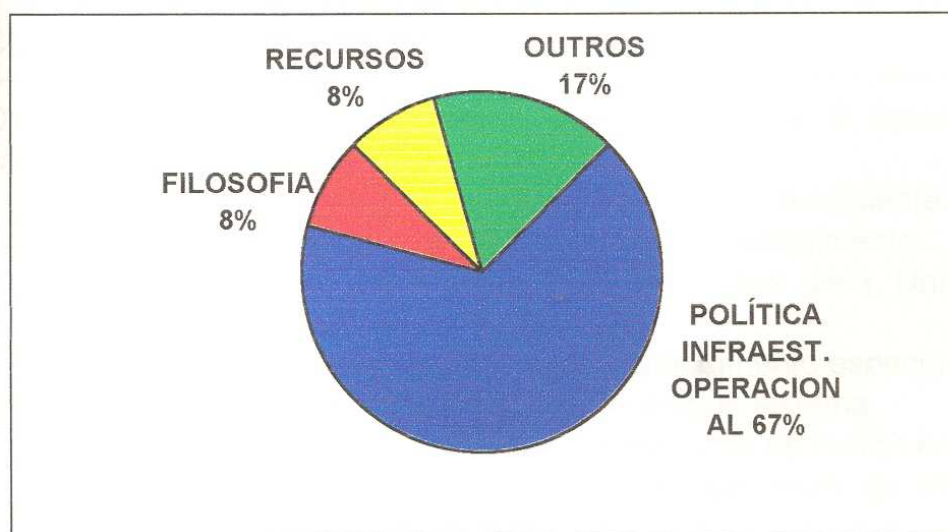
Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Na análise do quadro acima, (Pontos Positivos) percebe-se que a maioria dos Assistentes Sociais entrevistados apontam como fator positivo a forma como está estruturado o atual sistema de saúde (política e infra-estrutura operacional). Positiva também é a existência das Unidades de Saúde 24 horas que fornecem o primeiro atendimento e encaminham os casos mais complexos aos hospitais credenciados. Outro fator evidenciado pelos profissionais é a Central de Leitos. Esta central tem o conhecimento dos leitos disponíveis nos hospitais para o SUS, e no caso de sobrecarga em um hospital viabiliza a transferência de pacientes para outra unidade com leitos disponíveis. Evidencia-se também a administração descentralizada, na qual o município assume os problemas e viabiliza as soluções, com a participação de representantes das comunidades.

Com relação aos recursos, apontados como ponto positivo, a afirmativa feita por um dos profissionais de que *“o cálculo e repasse de verba (é feito) por número de paciente/habitante”*, não é verdadeira pois, o repasse feito hoje pelas instâncias de governo federal e estadual para o município é por produção de serviço, ou seja, os municípios cadastram seus serviços (unidades de saúde, ambulatórios, pronto atendimentos, hospitais, etc.), seus profissionais de saúde e, depois disto, através de documentos próprios cobram do Ministério da Saúde os serviços que produziram no mês. Após avaliação, estes serviços são pagos de acordo com a tabela nacional.

A filosofia que norteia o Sistema Único de Saúde também foi apontada como positiva, quando o entrevistado destaca o *atendimento à população indistintamente*; princípio da universalização.

GRÁFICO VIII: REPRESENTATIVO DO QUADRO VII - PONTOS POSITIVOS DO SISTEMA ATUAL DE SAÚDE



Fonte: Formulário Coleta de Dados

Num primeiro momento, as afirmações acima, referentes aos pontos positivos com relação ao Sistema Único de Saúde, apontados pelos profissionais pesquisados, parecem contraditórias quando cruzadas com os pontos negativos do Sistema Único de Saúde, apontados por esses mesmos profissionais, conforme quadro VIII, abaixo.

QUADRO VIII - PONTOS NEGATIVOS DO SISTEMA ATUAL DE SAÚDE SEGUNDO PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	FREQ.
Operacionalização da política	• Sucateamento de equipamento e estruturas de funcionamento. • Número de leitos para o SUS, insuficiente. • Não existe continuidade de atendimento. • Encaminhamentos incorretos pela Unidade de Saúde. • Demora para marcar atendimento especializado. • Falta de hospitais do próprio sistema. • Demanda muito grande vinda de outros estados. • Falta de estrutura nos municípios do interior sobrecarregando a capital.	17
Recursos	• Repasse de verbas precário e com atraso. • Pagamentos feitos com atraso. • Baixa remuneração dos procedimentos. • Pouco investimento em recursos humanos e materiais. • Sistema falido.	13
Outros	• População mal informada.	1

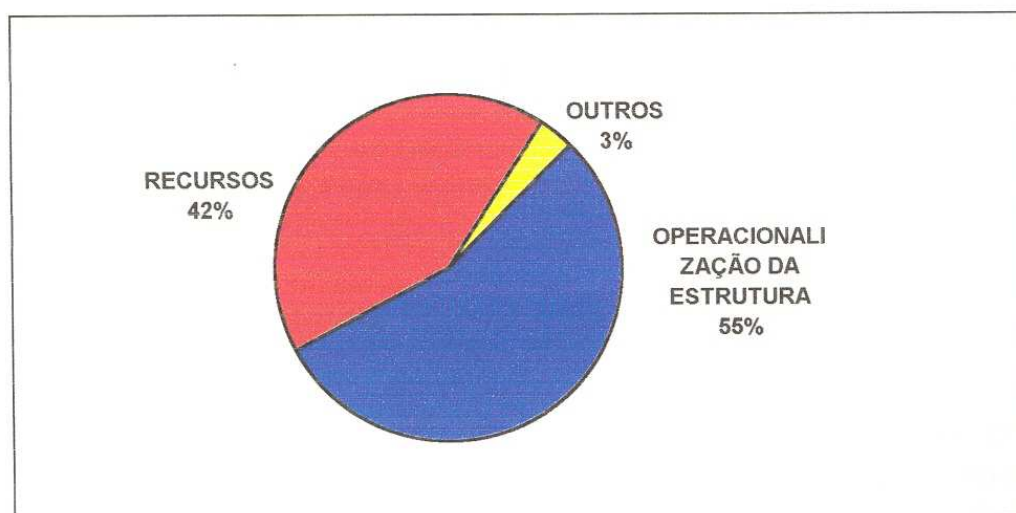
Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Dos profissionais entrevistados, 55%, a maioria, aponta como negativo, a operacionalização da política do Sistema Único de Saúde. O que se observa é que as dificuldades encontradas quanto à operacionalização da política, como por exemplo: *sucateamento de equipamentos, número de leitos insuficientes, falta de hospitais do próprio sistema, falta de estrutura nos municípios do interior sobrecarregando a capital, etc.*, advêm da falta de recursos destinados ao Sistema, ou há indefinição quanto à fonte de recursos e o percentual destinados pelo governo federal, estadual e municipal para a área de saúde.

Os profissionais entrevistados apontaram ainda como negativa a questão dos recursos (42%) destinados ao sistema de saúde. Ou seja, *o repasse de verbas precário e com atrasos; baixa remuneração dos procedimentos; pouco investimento em recursos materiais e humanos, sistema falido, pagamentos feitos com atrasos.*

Na verdade não há contradição em se considerar ao mesmo tempo a política e infra-estrutura operacional do Sistema Único de Saúde, importante e questionável. Importante, enquanto idealização ou proposta a ser concretizada, segundo seus princípios de descentralização, integralidade da atenção, hierarquização, regionalização. Questionável, na medida em que não é concretizada, em que fica no papel e não é operacionalizada.

GRÁFICO IX: REPRESENTATIVO DO QUADRO VIII - PONTOS NEGATIVOS DO SISTEMA ATUAL DE SAÚDE



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

No quadro IX, abaixo, procurou-se transcrever o que os entrevistados comentaram com relação à questão nº 13 do formulário de pesquisa - *Como você analisa a política de saúde?*

QUADRO IX - A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS QUANTO A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.

HOSPITAIS	ASSISTENTES SOCIAIS - POLÍTICA DE SAÚDE
A	• A política de saúde está caminhando para uma privatização, parcerias e convênios. • Desinteresse total (dos órgãos competentes). • Desgaste dos profissionais e instituições que atendem pelo sistema. • O recurso destinado à área, incluindo a CPMF, não se vê o destino dado. • Nós não nos posicionamos diante da situação, não repasse de recursos. • Não nos questionamos com relação à política de saúde, por isso ela está nesse caos. A população só é atendida se estiver morrendo, caso contrário leva meses para receber atendimento. • As pessoas são atendidas nos hospitais se tiverem um bom plano de saúde. • O desvio de verbas dificulta o acesso da população aos serviços de saúde, e o interesse a nível federal para que sejam implantados os convênios. • A proposta do SUS e da descentralização é ótima, porém na prática está defasada não atende as reais necessidades da população. • A política de saúde é descomprometida, não atingindo o objetivo que seria de atender a população necessitada. • Não existe uma política de saúde mas uma política de interesse da grande cúpula.
B	• A política de saúde serve a interesses particulares, o governo não está comprometido com o problema da saúde; tem interesses na privatização. • O SUS não cobre algumas próteses e tipos de procedimentos, pessoas passam a descer das instituições hospitalares e médicos, achando que estão cobrando por fora. • O Sistema de Saúde é falido e contraditório. Afirma-se que a saúde é para todos, mas as pessoas estão morrendo nos corredores, por falta de leitos, recursos físicos, humanos e materiais. Os profissionais de saúde estressados pelo excesso de trabalho e jornadas até tripla, pela baixa remuneração, acabam atendendo mal e de forma descomprometida. • Os interesses pessoais, levam a saúde a ser comercializada com os diversos planos de saúde. • A política de saúde não é clara, tinha que ser avaliada e reestrutu-

	rada para atender a necessidade da população.
C	A política de saúde é precária, sem estrutura, sem recursos.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

A quadro IX, que traz um panorama da visão que os Assistentes Sociais têm da política de saúde, possibilita uma série de avaliações e comentários. Com dois pensamentos pode-se formular a seguinte compreensão nas respostas ao formulário proposto.

O primeiro pensamento: Os profissionais de Serviço Social percebem as contradições vivenciadas hoje na saúde. De um lado a Constituição de 1988 que garante a saúde como um direito de todo cidadão, e que determina toda uma estrutura de apoio em nível federal, estadual e municipal, bem como requisitos e passos a serem dados em busca de sua concreticidade. De outro lado, grupos de interesses, e o próprio governo federal, que não priorizando e não repassando suficientemente as verbas, levam a proposta constitucional de saúde ao descrédito diante da população. O que se constata é a existência de grupos que diante da não concretização da proposta do SUS, procuram vender a proposta de privatização da saúde.

Uma outra constatação: os profissionais de Serviço Social entrevistados, ao mesmo tempo que percebem as contradições acima comentadas, dão a impressão de fazerem uma análise descolada da realidade.

O posicionamento desses profissionais, diante da realidade acima descrita, junto à população e instituição em que trabalham, há que se considerar, não seria fácil. No caso de muitos profissionais o medo de perder o emprego e as limitadas alternativas no mercado de trabalho aliados à imprevisibilidade no que se refere a

contar com o apoio e a solidariedade dos pares da profissão, faz com que se mantenham numa postura “aparente” de distanciamento da situação, ou realidade vivenciada pela população.

A questão nº 15 - *Você conhece o papel do Conselho Municipal de Saúde?*

Comente -, foi formulada por entender-se que o Assistente Social, enquanto sujeito profissional da área de saúde, deve reconhecer nos Conselhos Municipais de Saúde, espaços para discussão e proposição de mudanças. Tais mudanças devem ser reivindicadas pela sociedade através na busca da concretização dos princípios: universalidade, equidade e descentralização do SUS, referendando sua participação enquanto categoria profissional que tem como compromisso trabalhar as políticas de saúde.

QUADRO X - O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE SEGUNDO OS ENTREVISTADOS.

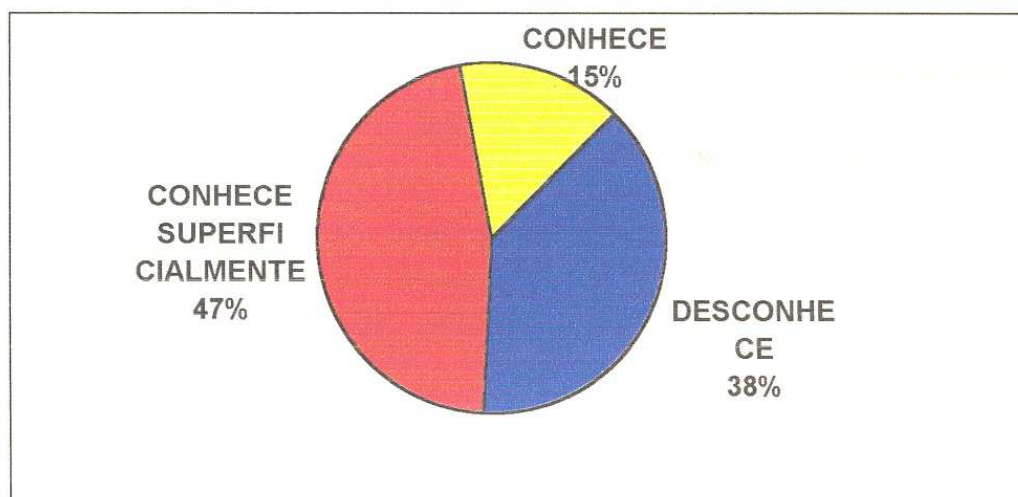
ASSISTENTES SOCIAIS	• Grupos que se reúnem para discutir os problemas de saúde da comunidade. • Trabalhar dificuldades encontradas pela comunidade quanto ao atendimento de saúde. • Definir a política de saúde, administrando programas e destino de verbas. • Fiscalizar os serviços de saúde. • Gerenciar e fiscalizar as questões de saúde e também contribuir para as conquistas dos usuários. • Órgão organizador, que planeja, fiscaliza as questões que envolvem a saúde. • É um órgão que organiza e controla as ações de saúde.
---------------------	--

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Nesta questão faz-se presente uma contradição, que pode ser visualizada através da comparação entre o quadro acima apresentada quanto ao *comentário* do que seria o Conselho Municipal de Saúde e a resposta dos profissionais quanto a

questão visualizada no gráfico abaixo - *Você conhece o papel do Conselho Municipal de Saúde?*

GRÁFICO X : CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

A conceituação formulada pelos profissionais com relação ao papel do Conselho Municipal de Saúde, corresponde ao que seria o papel deste conselho perante a sociedade e o atendimento da saúde da população.

O gráfico X , acima, mostra que 46% dos profissionais pesquisados conhecem superficialmente o papel do Conselho Municipal de Saúde. Este papel é desconhecido por 38% destes profissionais; e somente 15% respondem que conhecem o papel do Conselho Municipal de Saúde.

A afirmativa de que conhece o papel do Conselho Municipal de Saúde, leva o profissional a admitir que tem conhecimento dos órgãos de instância para discussão das questões de saúde, problemas e dificuldades que ele aponta nas entrevistas, vivenciadas por ele enquanto profissional e pela população com a qual eticamente deveria estar comprometido.

No que se refere à questão nº 10 - *O campo de estágio é o local onde o aluno, no seu processo de desenvolvimento, procura entender a unidade entre teoria e prática. O Hospital Universitário tem por excelência a missão de colaborar no processo de formação acadêmica dos alunos. Na sua opinião qual é o papel do profissional que atua nesta realidade e quais as dificuldades encontradas?* - O quadro abaixo destaca as colocações feitas pelos profissionais entrevistados quanto ao: *Papel do Assistente Social nos Hospitais Universitários*. Hospital Universitário entendido como local onde deve-se concretizar a unidade entre teoria e prática.

QUADRO XI - PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL

HOSPITAL	PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
A	• Contribuir para a formação do aluno. • Facilitador para aprendizagem. • Vai mostrar a prática mais que a teoria . • Agente de transformação da imagem do Assistente Social no meio acadêmico. • Sensibilidade para com o outro (trabalha-se com o ser humano carente, doente e a miséria). • Profissional voltado para a pesquisa-ensino deverá estar sempre estudando. O Assistente Social em um hospital escola é referência para outros profissionais. • É um mediador entre o usuário e o sistema de saúde. • Está ainda ligado à filantropia e à assistência, enquanto ajuda e fornecimento de recursos materiais. O profissional que atua nas relações sociais. • Profissional atualizado quanto à teoria trabalhando numa escola prática. Laboratório para prática do aluno.
B	• Orientar e refletir a prática com estagiários, precisa estar em constante atualização. • Acompanhamento de aluno. Dificuldade de trabalhar com aluno em formação e com situação atual de saúde. • Buscar associar teoria à prática no campo de estágio. • Contribuir no processo de formação do aluno. • Papel de educador, • Comprometido tanto com os princípios, padrões estabelecidos pelo código de ética não só em relação à clientela, também com o ensino-aprendizagem. • Preocupado com a formação acadêmica.
C	• Orientar esclarecer e contribuir para a prática. • Orientar contribuir para sua formação, para assim tornar-se um profissional competente.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Nas afirmativas dos entrevistados, retratadas no quadro acima, os profissionais pesquisados ressaltam o compromisso com o processo de ensino-

no/aprendizagem, bem como a importância do profissional estar em constante processo de atualização.

No depoimento dos profissionais do hospital “B”, a percepção do compromisso do profissional que trabalha em Hospital Universitário com o processo de aprendizagem, aparece de forma mais evidente do que nos hospitais “A” e “C”. Esta percepção do papel do profissional que trabalha nos Hospitais Universitários como educador, pode-se justificar pelo fato de terem tido durante um período de tempo reuniões com um representante do departamento de Serviço Social da universidade à qual estão ligados, para discutir o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no hospital.

De acordo com afirmações dos entrevistados, relativas ao quadro XI, poder-se-ia definir o papel do Assistente Social que trabalha nos Hospitais Universitários como: Profissional da educação que tem como preocupação, ser um facilitador no processo de unidade entre teoria e prática. Busca a formação do aluno voltado para a pesquisa, ensino e extensão (assistência). Profissional atualizado quanto à teoria, trabalhando numa escola prática, comprometido com os princípios estabelecidos pelo código de ética em relação à clientela, e ao processo de ensino-aprendizagem.

Em suas colocações, quanto ao papel do Assistente Social nos Hospitais Universitários, os profissionais explicitam também o seu compromisso em atender a demanda que procura os Hospitais Universitários, muitas vezes como única alternativa de atendimento, (emergência, pronto atendimento) - *É um mediador entre o usuário e o sistema de saúde.*

Destaca-se também no quadro acima, como papel do Assistente Social, as atividades de filantropia e assistência, marcos de sua origem profissional, - *Está*

ainda ligado à filantropia e à assistência, enquanto ajuda e fornecimento de recursos materiais.

Na tabulação da questão nº 2 - *Você trabalha em equipe multiprofissional? Em caso afirmativo cite quais os profissionais que atuam nesta equipe e especifique as atividades próprias do Assistente Social?* - Constatase, pelas respostas dos entrevistados ao conceituarem o que é trabalho multiprofissional, que este inexistia, na acepção clara do termo. Inexistia a integração entre teorias ou conhecimentos, em alguns, nem a justaposição desses conhecimentos.

São visões distintas sobre uma situação que são compartilhadas. Não há o enriquecimento de todos e de cada um. Não há o surgimento de uma nova visão, ou nova concepção da situação. O que acontece é a partilha entre alguns membros da equipe, sobre as informações que estão sob sua guarda.

O conceito de saúde enquanto completo bem estar físico, psíquico e social, não é vivenciado. Os Assistentes Sociais do Hospital de maior porte não colocam o médico do corpo clínico como membro da equipe multiprofissional. Quando citam o médico cirurgião, colocam como esporádico o contato com o mesmo.

Com relação a questão nº 9 - *O que caracteriza um Hospital Universitário?* -, deve-se esclarecer inicialmente que os Hospitais Universitários pesquisados são estruturas ligadas ao MEC e ao Ministério da Saúde. Esses dois órgãos da esfera federal, em forma de convênio, repassam subsídios financeiros para manutenção e aprimoramento técnico científico dos Hospitais Universitários.

O MEC, através da portaria nº 375, no seu art. 2º, define o Hospital Universitário como "Hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada".

da, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.”

Ainda com relação à questão nº 9, no que tange ao que caracteriza o Hospital Universitário, nota-se que os Assistentes Sociais pesquisados compatibilizam o conceito adotado pelo MEC e a concepção própria de Hospital Universitário.

QUADRO XII - CONCEITO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

HOSPITAL	CONCEITO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
A	• Instituição prestadora de serviço de saúde coligada/mantida por universidade, favorecendo a aprendizagem profissional. • Rotatividade de profissionais. • Trabalho voltado para ensino, pesquisa e assistência. • Não deveria ter tanta demanda. Os casos deveriam ser mais específicos para que se formassem profissionais de elite e não só profissionais para o mercado. • Caracteriza-se pela existência de curso na área.
B	• Produzir conhecimento. • Formação do aluno. • Oferece campo de estágio. • Reconhecido pelo MEC. • Profissionais competentes para contribuir no ensino-aprendizagem. • Auxiliar no processo ensino-aprendizagem.
C	• O fato de pertencer a uma universidade, ou faculdade. • Ligado à universidade e oferece oportunidade para os alunos praticarem seu aprendizado teórico.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

No que se refere ao quadro XII - *Conceito de Hospital Universitário* -, os Assistentes Sociais entrevistados colocam como uma das características do Hospital Universitário o compromisso com o ensino, pesquisa e extensão. Os profissionais

entrevistados, de um modo geral, têm o Hospital Universitário como espaço educacional. Ressalta-se o hospital “B”, onde todos os profissionais entrevistados fazem referência a este compromisso com a formação acadêmica.

Nas reflexões feitas pelos Assistentes Sociais identifica-se a concepção de que as instituições em que atuam mantêm um duplo vínculo com a esfera federal reproduzindo a política adotada pelo governo. O duplo vínculo caracteriza-se pelo fato de os Hospitais Universitários estarem ligados ao MEC, atendendo a política da educação, e ao Ministério da Saúde, operacionalizando a política de saúde.

QUADRO XIII - POSICIONAMENTO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PERANTE A POLÍTICA DE SAÚDE

HOSPITAL	POSICIONAMENTO
A	• Por ser mantido pelo Ministério da Educação, posiciona-se reivindicando verbas para seu funcionamento. • Posiciona priorizando atendimento a convênios. • A instituição tenta seguir a política implantada: convênios. • Segue as determinações que vem de Brasília, preocupando-se apenas com a privatização e não um compromisso com os usuários do hospital.
B	• Percebe-se insatisfação no quadro funcional, pois a situação os deixa de mãos amarradas e o atendimento prejudicado. • O hospital amplia-se mas não é para todo mundo, é para alguns. O hospital como quer ser de ponta e não trabalhar no vermelho, procura explorar os convênios e particulares. • Ocorre uma insatisfação com a política de saúde. Mas o hospital está envolvido, buscando melhores condições.
C	• O Hospital não está satisfeito com a política de saúde, por isso teria que modificar a estrutura, não só ficar no papel, teria que acontecer na prática.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Conforme o gráfico XI, pelo número de alunos de Serviço Social (14) que fazem estágio com os profissionais entrevistados, pode-se deduzir que o compromisso com o ensino e pesquisa, se concretiza com pouca intensidade nos setores de Serviço Social desses hospitais, se houver comparação deste dado com o número de alunos, aproximadamente 260, em fase de estágio curricular, nos dois cursos de Serviço Social existentes em Curitiba.

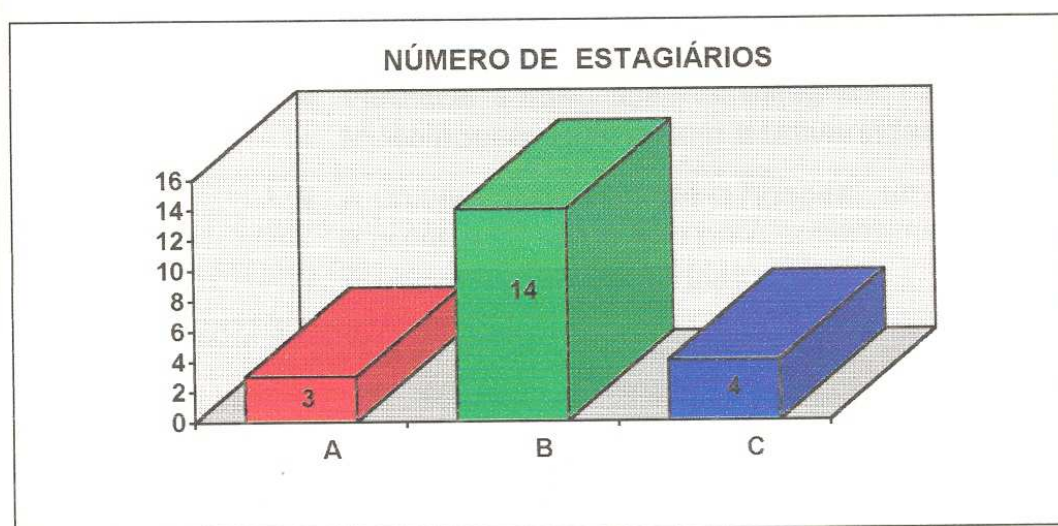
Destacam-se abaixo as dificuldades apontadas pelos profissionais de Serviço Social quanto à exequibilidade de campo de estágio:

- Não existe convênio com a Universidade que mantém o curso de Serviço Social (Hospital "A").
- Preocupação com o conhecimento específico da área.
- Apesar de ser Hospital Universitário não há estrutura para estágio; profissionais não têm interesse por causa da supervisão (falta de tempo / insegurança).
- Carga horária exigida pela universidade para estágio no hospital, é mínima. Em média de 4 a 8 horas.
- Falta de infra-estrutura e de treinamento das Assistentes Sociais para supervisionar estágio.

Percebeu-se nas dificuldades apontadas pelos entrevistados, a preocupação com a crítica, tanto de alunos como de professores. MUNHOZ (1996, p. 336) afirma que há casos em que professores recriminam profissionais da prática, perante alunos estagiários, por desacertos cometidos, sem discussão/sugestão de posturas e propostas alternativas, mesmo porque há professores que nunca enfrentaram o cotidiano da prática, na realidade. São muitas as oportunidades em que os próprios estagiários também censuram os profissionais da prática. Geralmente esses estagi-

ários são despojados de qualquer preparo para interpretar e avaliar teoria e realidade, conseqüentemente desprovidos de argumentos consistentes para a intervenção. São estagiários imbuídos de apenas alguns conhecimentos e imaginam com isto poder entender a realidade complexa do cotidiano onde atua o profissional de Serviço Social.

GRÁFICO XI - NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIANDO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PESQUISADOS.



Fonte: Formulário de Coleta de Dados

Outro fator que contribui para a não concretização dos Hospitais Universitários como campo de estágio por excelência, segundo os profissionais entrevistados, é a distância Universidade x Hospital Universitário.

QUADRO XIV - RELAÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO x UNIVERSIDADE

HOSPITAIS	RELAÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO x UNIVERSIDADE
A	• Existe um dentre todos os Assistentes Sociais que é responsável pela relação com a universidade; é coordenador de estágio e pesquisa. • Inicialmente o contato foi através de documentação, depois nenhum contato e nenhuma reunião. • Raramente mantém um contato.
B	• Semestral, não há discussão ou avaliação conjunta, universidade e hospital universitário sobre o aprendizado do aluno. • O elo é mínimo, supervisores da universidade não aparecem. • Supervisor do campo de estágio não opina. Lê relatórios, assina, mas não lhe é permitido intervir. • Viabilizar a integração do estagiário na instituição. • Muito pouco contato com a universidade.
C	• A universidade vem até o hospital, um vez no início do estágio e outra no final do ano para encerramento. • A universidade exige relatórios.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados

O que se pode inferir das afirmações acima, é que a Universidade ainda não assumiu como seu campo de estágio por excelência os Hospitais Universitários. Não percebeu que o Hospital Universitário é continuidade da Universidade. A periodicidade com que contacta com esse laboratório da prática, segundo colocação dos entrevistados, é praticamente nula.

Hospital Universitário e Universidade têm que repensar sua relação enquanto unidade. As exigências existentes na universidade para com o seu quadro de profissionais e educadores, quanto à formação, currículo, deve ser estendida aos profissionais que estão no seu laboratório da prática por excelência, os Hospitais Universitários.

O processo de gerenciamento dessa unidade, que se dualiza em Instituições distintas com critérios distintos de administração, deve ser unificado. A alta gerência deve ter presente que essas diferenças podem levar a conflitos em seu quadro profissional ou a valorização de uma atividade (ensino) em detrimento de outra (pesquisa, extensão).

QUADRO XV - O CONCEITO DE MULTIPROFISSIONALIDADE DE ACORDO COM OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.

HOSPITAL	CONCEITO
A	• Equipe multiprofissional é onde cada membro tem sua função, sua responsabilidade e um objetivo comum que deve ser alcançado, não esquecendo de respeitar a opinião e posicionamento do outro. • Trabalho diário com psicologia, enfermeira, fisioterapia residente, esporadicamente o cirurgião. • Profissionais de diversas áreas, dando enfoque diferente sobre o mesmo paciente; cada um faz uma leitura. Esses pareceres definem o bem estar do paciente em todas as suas necessidades. • É uma equipe onde os profissionais trabalham integrados, onde cada um vai dar o seu parecer sobre os casos que estão sendo atendidos cada um na sua área, mas que socializam o trabalho. • Vários profissionais trabalhando no mesmo problema com discussão.
B	• É indispensável o trabalho dela(s) sem os outros profissionais enfermeiros, médicos, auxiliar de enfermagem, área administrativa. Envolve todos os funcionários do hospital. • Equipe que trabalha em conjunto dados que você tem do paciente será subsídio para outras áreas, como enfermagem e medicina. • Trabalhar em equipe é buscar o bem comum, os profissionais juntos. • Sim. Contato com fono, fisio e psicologia.
C	• Trabalho em equipe, onde todos estão envolvidos em prol do paciente. • Trabalho em conjunto troca de informações.

Fonte: Formulário de Coleta de Dados.

O trabalho multidisciplinar na equipe de saúde, se dará na medida em que cada profissional tenha claro o seu “eu profissional”, sua especificidade, e se comprometa com os demais na partilha deste conteúdo, gerando como resultado final um novo conhecimento, fruto da visão perceptível das diversas partes com relação ao todo.

Na quadro XVI é mencionada a supremacia de uma das categorias profissionais, a área médica, sobre as demais. É importante destacar que dentre esses três hospitais pesquisados, em dois o médico não é funcionário e no outro só alguns médicos o são. Isso gera uma relação médico x hospital complicada, pois enquanto parceiro, não incorpora a cultura da organização. O médico nem sempre cumpre as normas das instituições na qual está inserido, procurando, antes de tudo, defender e garantir seus interesses, muitas vezes em detrimento da imagem da instituição e dos demais profissionais por ela contratados. Como prestador de serviço o médico coloca-se, na maioria das vezes, distante dos demais membros da equipe de trabalho. O seu tempo de permanência diária no hospital é restrito, pois atua em diversos hospitais ao longo da jornada de trabalho.

Em depoimentos anteriores (ver quadro VI - *Fatores que obstaculizam o desempenho profissional*) fala-se do desconhecimento de alguns profissionais quanto ao que é específico do Serviço Social. Também fica clara a visão dos profissionais da área médica, que têm ainda o Serviço Social como um serviço paramédico.

No trabalho em equipe nas Unidades de Saúde, e aqui mais especificamente nos Hospitais Universitários, a discussão entre as diversas partes em busca do restabelecimento da saúde do homem, não exclui a participação do homem e suas relações familiares, pois estes se constituem nos sujeitos do processo. Saúde aqui

entendida conforme definição do Conselho Mundial de Saúde, como completo estado de bem-estar.

QUADRO XVI - A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL JUNTO À CLIENTELA .

CLASSIFICAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FREQ.
Distante	Não comprometido, o paciente é visto como objeto, acham que como o atendimento é gratuito, ou via SUS, o paciente tem que aceitar o que é oferecido, sem reclamar. Os profissionais não têm tempo para o trabalho em equipe. O trabalho é centrado no médico. É corporativista e visa interesses da classe médica.	29%
Razoável	Respeito às necessidade do paciente enquanto usuário. Há uma relação de dependência entre os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais.	14%
Boa	Trabalho em equipe tendo como preocupação o bem estar dos pacientes e a melhoria no/do atendimento. Percebe-se disponibilidade e busca da complementaridade da atuação, visando a continuidade do tratamento.	57%

Fonte: Formulário de Coleta de dados

O Assistente Social, segundo MUNHOZ (1996, p. 158) é um profissional privilegiado pela oportunidade que tem, enquanto membro da equipe multiprofissional, de acesso às histórias pessoais, histórias essas que, interrelacionadas, “expressam o sujeito coletivo construído e reconstruído permanentemente no emaranhado das relações sociais”.

O Assistente Social que atua na área da saúde, e aqui mais especificamente nos Hospitais Universitários, procura manter uma relação de proximidade e respeito

à pessoa atendida. Esse comprometimento com a pessoa humana é evidenciado no depoimento dos entrevistados que trazem à tona o fato de que nos Hospitais Universitários há um desrespeito à individualidade da pessoa humana; esta não participa das decisões com relação ao tratamento que lhe é oferecido, sendo percebida pelos profissionais como objeto de sua ação.

Cabe aqui uma citação de ACHCAR :

[...] o ser humano ao transpor os umbrais do hospital, perde a própria cidadania, face às apreensões e ao sofrimento, o receio da morte, o vazio que o cerca, a dúvida sobre o seu amanhã, fá-lo aguçar seus próprios sentidos, já desligados, em busca de um alento, de um gesto ou de um semblante favorável que irradie a necessária dose de solidariedade que o faça sentir que não está só em seu empenho de cura e sobrevivência. (1979, p.16-21)

O fato de ser um Hospital Universitário local de estudo e pesquisa, faz com que a pessoa hospitalizada passe pelo atendimento de várias equipes de profissionais e respectivos acadêmicos. Esta situação se agrava por causa da falta de entrosamento entre esses profissionais, ou mais claramente falando, pela falta de um trabalho multiprofissional, que viabilizaria um atendimento mais harmonioso, exigindo menos do paciente em termos de informação e menos abordagens individualizadas. Outro agravante para o desconforto do paciente é o fato de que, muitas vezes, as abordagens são feitas por acadêmicos desacompanhados de seus preceptores, profissionais responsáveis pela unidade teoria/prática em cada atividade profissional. O fato de estar desacompanhado, desautoriza o acadêmico a repassar ao paciente informações sobre o seu tratamento, gerando assim inquietação e estado de ansiedade não trabalhados, dificultando o atendimento de outros profissionais, principalmente da equipe de enfermagem, que acompanha mais de perto a pessoa internada.

4.4 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ELABORAÇÃO DOS RESULTADOS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

O trabalho, como um todo, constituiu-se de vários momentos. Nesta fase de *“Apresentação, Análise e Interpretação dos dados”*, por entender que o sujeito da pesquisa são aqueles colegas que se prontificaram a responder ao formulário, foi promovida uma reunião entre os profissionais entrevistados, os coordenadores das duas universidades que tem o curso de graduação em Serviço Social: Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdades Integradas “Espírita”. Esta reunião teve como objetivo repassar ao grupo os resultados da tabulação, reflexão e análise dos dados, bem como discutir e elaborar proposições.

Com a devida autorização do grupo, a reunião foi gravada em fita cassete e trouxe ao pesquisador a confirmação de que a análise e interpretação feita por ele dos dados apontados na pesquisa correspondiam mesmo à realidade vivenciada pelos sujeitos da prática.

Alguns profissionais falaram da importância de participar desse momento e poder retomar e repensar a atuação profissional. Ficou evidenciada a necessidade de um posicionamento urgente do grupo diante da situação vivenciada hoje nos Hospitais Universitários.

Nesse momento de partilha de experiências entre os envolvidos nessa realidade “Hospital Universitário, laboratório da prática”, foi possível levantar questões não abordadas no momento da entrevista e que o pesquisador que vivência esta mesma realidade entendia como procedente.

Os profissionais de Serviço Social entrevistados, trabalham como assalariados, vendem sua força de trabalho. Isso os coloca nas mesmas condições da po-

pulação com quem trabalham. Estão subordinados às decisões da estrutura hierárquica. Não participam do processo decisório. A grande maioria tem funções de execução de tarefas e não de decisão. “O Assistente Social é um trabalhador de linha e não de *staff*, como se diz hoje na moderna teoria organizacional” (FALEIROS, 1993, p. 20)

O Assistente Social, pelo fato de não possuir poder de decisão num aspecto mais amplo, utiliza-se de pequenos recursos (informação de pacientes em UTI, emergenciar atendimento, fornecer transporte, etc.) para reforçar seu próprio poder pessoal diante da clientela. Assim, o Assistente Social se coloca, “frente a uma população dividida e carente de poder sobre sua vida”, (FALEIROS, 1993, p. 20) sem contudo se perceber como integrante, ou fazendo parte dessa classe de assalariados.

O que se percebe é que essas questões de poder se exercem de forma diferenciada nas universidades.

LANZILLOTTI (1997, p. 32), com relação às questões de poder na universidade afirma que nela se identificam dois centros de poder: poder acadêmico e poder burocrático. “Poder acadêmico é baseado no conhecimento exercido pelos especialistas; Poder burocrático é baseado nas leis, regulamentos e normas relativas ao ensino e à gerência econômica, e exercido pelos administradores”.

MAIOCHI (1997, p. 246) por sua vez traz como contribuição a diferenciação entre poder e autoridade. Segundo o autor, o conhecimento, o saber, deveriam conferir ao especialista, autoridade e não poder. “Poder e autoridade do ponto de vista weberiano, é o fato de que o poder envolve força e coerção, enquanto autori-

dade é exercida com base na obediência voluntária, o que exige um sistema de valor partilhado pelos membros da organização”.

O que se poderia dizer com relação ao poder, ou autoridade, nesse espaço acadêmico, - Hospital Universitário -, é que em sua estrutura o grupo de especialistas que detêm (para uns) o poder e (para outros) a autoridade é o grupo médico. Isto é devido ao reconhecimento do conhecimento que eles detêm. Os demais especialistas, de forma geral, não são reconhecidos como portadores de poder ou autoridade, justamente por causa do seu tipo de conhecimento. Poder-se-ia inferir que o não reconhecimento da autoridade do especialista que não é médico, enquanto portador de conhecimento, se dá pelo fato de que “o fundamento da autoridade administrativa, e a especializada é muito influenciada pela proporção e tipo de conhecimento do especialista” (ETIZIONI, p. 117) A estrutura organizacional não se apercebeu como laboratório da prática em algumas áreas e dentre estas o Serviço Social. O Hospital Universitário parece ter como objetivo único, a formação de acadêmicos de medicina.

LANZILLOTTI (1997, p. 32), ao comentar a relação entre administradores e especialistas na Universidade, afirma que nos Hospitais Universitários os gestores, preocupados com a sobrevivência e manutenção da instituição, deixam para segundo plano as atividades fins: Ensino, Pesquisa e Extensão. O enfoque Hospital Universitário é desconsiderado, realçando-se o hospital assistencial.

Segundo este mesmo autor a dificuldade de se trabalhar as divergências entre os poderes burocrático e acadêmico, advém da multiplicidade de interesse dos envolvidos. Os administradores das universidades são responsáveis pelo gerencia-

mento das atividades-meio, enquanto aos especialistas cabe a administração das atividades-fim, centradas na criação, aplicação e manutenção do conhecimento.”

Convém acrescentar que a influência desmedida de especialistas no processo de tomada de decisões pode constituir-se em obstáculo para a consecução dos objetivos propostos pela organização, colocando em jogo sua sobrevivência. Mas, por outro lado, a influência igualmente excessiva da administração também contribuirá para o não atingimento desses objetivos, muitas vezes, impedindo a prática da liberdade acadêmica - resultado da criação e institucionalização do conhecimento. (LANZILLOTTI, 1997, p. 31)

O que se percebe na relação dos gestores com os profissionais de Serviço Social, segundo os sujeitos da pesquisa, é o fato de que a gerência superior das organizações tem cobrado dos profissionais, resultados quantitativos do trabalho desenvolvido. O número de atendimento por profissional tem sido considerado pela hierarquia dos Hospitais Universitários, principalmente no Hospital “A”, dado fundamental para avaliação de desempenho profissional. O número de atendimento segundo as profissionais em reunião, foi utilizado como critério para redução de quadro de profissionais contratados.

Cabe aqui retomar a reflexão de que o desconhecimento do papel do Assistente Social, e a não concretização do Hospital Universitário enquanto laboratório da prática, faz com que não só profissionais mas também a alta gerência dos Hospitais Universitários, cobrem do Assistente Social o atendimento quantitativo da demanda que procura os hospitais.

O Assistente Social em busca de reconhecimento cai no ativismo, deixando de lado questões fundamentais na busca da sua legitimação e autoridade como especialista que tem um conhecimento específico e pode colaborar na construção teórica, pesquisa e conseqüente formação de outros profissionais capacitados para o

mercado de trabalho, cumprindo assim o fim último da instituição Hospital Universitário: formação acadêmica.

Cabe ainda destacar que o hospital, enquanto espaço da prática, deve voltar-se para a construção do pesquisador e para a iniciação do aluno na vida intelectual.

Este processo, segundo GARGANTINI (1997, p. 99)

exige do sujeito uma consciência crítica e reflexiva a fim de habilitá-lo a distinguir entre “conhecer” a realidade e “saber responder” questões sobre ela. ...a marca divisória entre estas duas posições se estabelece pelo construir o conhecimento, que não se refere apenas à compreensão teórica do fato, mas também ao “saber fazer”, tendo em vista que teoria e prática são elementos indissociáveis que garantem a independência da ação e a segurança da conduta.

Para que a unidade teoria e prática aconteça, e as universidades possam formar homens que dêem respostas aos problemas vividos pela humanidade é necessário que a gerência da hierarquia superior atue como facilitadora nos relacionamentos entre educadores e educandos e crie o mínimo de condições para que ambos possam vivenciar o processo de formação dentro dos Hospitais Universitários.

Os Hospitais Universitários portanto, devem voltar-se para a formação humanista global dos alunos, que é mais abrangente e mais conscientizadora. Os Hospitais Universitários não podem se sustentar no repassar conhecimento, onde aluno e professor situam-se em contextos diferentes e não motivadores para o aprendizado. Ao contrário, ao formarem profissionais de alto nível tecnológico, devem também “ser o lugar por excelência do cultivo do espírito, do saber, e onde se desenvolvem as mais altas formas de cultura e da reflexão” (GARGANTINI, 1997, p. 125)

Ainda segundo GARGANTINI (1997, p. 125) os futuros profissionais, devem desenvolver habilidades interpessoais, tendo em vista ser tendência mundial a habilidade de lidar com pessoas e, não mais o domínio de técnicas (Finger, 1991). É importante que aprendam a trabalhar em grupo, assumindo os mais diferentes papéis (líder, auxiliar ou inovador), que tenham um conhecimento ampliado e diversificado, que sejam incentivados a serem generalistas. Os estudos interdisciplinares

devem ser cada vez mais enfatizados, e a tecnologia deve ser um elemento crucial na formação dos profissionais. (125)

As considerações levantadas pelo pesquisador e enriquecidas pelos sujeitos da pesquisa, bem como as proposições que foram possíveis serem elaboradas, são transcritas a seguir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procurou-se responder ao objetivo principal da pesquisa, ou seja, o de apontar o papel construído historicamente pelo Serviço Social nos hospitais em geral e, mais especificamente, o papel hoje assumido por esses profissionais, nos Hospitais Universitários. Desejava-se saber também quais as atividades exercidas pelos profissionais de Serviço Social em seus locais de trabalho; seu papel como supervisor de campo de estágio e sua percepção e posicionamento quanto à gestão e articulação da política de saúde, visando garantir à população o acesso de forma digna ao direito constitucional de assistência médico-hospitalar.

Nesta fase conclusiva, promoveu-se uma reunião com os profissionais entrevistados, os coordenadores dos cursos de graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e da Faculdades Integradas "Espírita", com a finalidade de devolução, ao grupo, dos resultados obtidos pela tabulação e análise dos dados. Nessa reunião promoveu-se reflexão conjunta e elaboração de proposições.

As considerações levantadas pelo pesquisador e enriquecidas pelos sujeitos da pesquisa, bem como as proposições que foram possíveis serem elaboradas, estão aqui transcritas.

O sistema de saúde vivência uma crise, sua estrutura é deficitária e os recursos a ele destinados são insuficientes.

A falta de hospitais próprios do Sistema de Saúde faz com que sejam credenciados hospitais privados para o atendimento da demanda, considerada signifi-

cativa. Sendo que os Hospitais Universitários necessitam da população atendida, como objeto de aprendizagem do seu corpo clínico e dos alunos, credenciam-se ao sistema. A população carente, por sua vez, submete-se como objeto de aprendizagem por não ter outra forma de acesso à saúde. Essa relação Sistema/Universidade/População, tem como consequência o atendimento a uma demanda populacional importante, com foco quase exclusivo na prestação de serviço, com defasagem significativa quanto ao cunho pedagógico. Esta prática, certamente inviabiliza a unidade teoria/prática.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos profissionais entrevistados dos hospitais “A”, “B” e “C” entende-se que as mesmas não se diferenciam entre si, e são assumidas historicamente como próprias do Serviço Social.

Essas atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde, historicamente visavam suprir as deficiências da estrutura, da política pertinente à área. Não se verifica mudança visando a superação das deficiências detectadas ao longo dos anos. Com o crescimento populacional e a falta de vontade política, houve, isso sim, a deteriorização da situação, reforçando a atribuição do Serviço Social no papel de mediador entre o usuário e o sistema.

Os Assistentes Sociais pesquisados têm presente que as atividades desenvolvidas quotidianamente nos Hospitais Universitários fazem parte de um fazer profissional não reflexivo, preocupado em dar resposta à demanda, em viabilizar o acesso da população ao atendimento, buscando, assim, minimizar as deficiências do Sistema, tendo presente que um dos fatores que mais estressam o profissional de Serviço Social e que dificultam sua atuação é a demanda de clientela e, princi-

palmente, a postura pouco comprometida assumida por alguns profissionais da área médica no atendimento à população.

O que se percebe na relação dos gestores com os profissionais de Serviço Social, segundo sujeitos da pesquisa, é o fato de que a gerência superior das organizações tem cobrado dos profissionais resultados quantitativos do trabalho desenvolvido. Número de atendimento por profissional tem sido considerado pela hierarquia dos Hospitais Universitários, principalmente no Hospital "A", dado fundamental para avaliação de desempenho profissional. Número de atendimento segundo as profissionais em reunião, foi utilizado como critério para redução de quadro de profissionais contratados.

Cabe aqui retomar a reflexão de que o desconhecimento do papel do Assistente Social, e a não concretização do Hospital Universitário enquanto laboratório da prática, faz com que não só profissionais mas também a alta gerência dos Hospitais Universitários, cobrem do Assistente Social o atendimento quantitativo da demanda que procura os hospitais.

Uma outra dificuldade vivenciada pelo Assistente Social que atua nos Hospitais Universitários é o pouco reconhecimento na equipe multidisciplinar. Este fato prende-se à origem da profissão enquanto institucionalizada para a prestação de serviço no atendimento às demandas imediatas e não como construtor do conhecimento.

O profissional de Serviço Social, na busca deste reconhecimento, busca superar-se na procura de soluções para situações imediatas, reforçando a idéia inicial, condicionando-se a valorizar aquelas atividades que suprem o déficit da oferta do

serviço de saúde. A negação, na equipe de saúde, daquelas atividades do Serviço Social que têm cunho formativo, preventivo, destacam a valorização da eficiência.

E o profissional de Serviço Social nos Hospitais Universitários, tem reforçado essa visão dos demais profissionais à medida em que se entrega ao ativismo, ao fazer fazendo, não se atualizando ou produzindo concretamente novas formulações teóricas, a partir da sua experiência cotidiana. O Serviço Social necessita do conhecimento científico, da teorização para, a partir daí, rever o seu ativismo imediato, camuflado por uma rotina de procedimentos até, muitas vezes, superada.

O fundamento da autoridade acadêmica é muito influenciado pela proporção e tipo de conhecimento do especialista. O Assistente Social emparedado na estrutura organizacional, pressionado para atendimento à demanda, não priorizando o espaço acadêmico, perde cada vez mais seu espaço organizacional enquanto detentor de conhecimento perante a instituição e demais profissionais.

As atividades desempenhadas hoje de forma rotineira, periódica e esporádica pelo Assistente Social que atua nos Hospitais Universitários constituem-se em atividades assistenciais e educacionais que se interpenetram, fazendo parte do seu cotidiano, necessitando serem revisitadas à luz de referencial teórico reconhecido.

Como já foi descrito anteriormente, a resolução nº 218 de 6 de março de 1997, inclui o Assistente Social na equipe de saúde, reconhecendo sua atribuição enquanto profissional da área de saúde. O Hospital Universitário é por excelência o laboratório da prática de estágio dos alunos das universidades e o Assistente Social que atua nessa realidade assume o compromisso de ser também um profissional que encaminha o processo da prática do estagiário do Serviço Social. Além do que, a lei 8662, D.O.U. 08.06.93, que trata da Regulamentação Profissional do Assis-

tente Social e o Código de Ética dos Assistentes Sociais, D.O.U. 30.03.93 fazem menção à atribuição privativa do profissional em colaborar no processo de formação dos estudantes de Serviço Social, através do processo de supervisão de estágios.

A universidade trabalha no seu espaço acadêmico a questão saúde segundo o conceito definido pelo Conselho Internacional de Saúde: "Saúde como um completo estado de bem estar físico, psíquico e social."

Está dentro dos princípios e da filosofia da universidade a formação do homem como um todo, numa visão interdisciplinar de construção de um conhecimento coletivo. O fato de estar inserida em uma sociedade faz com que, na prática, a universidade confronte seus valores e princípios com os da lógica do lucro e da acumulação, presentes na sociedade capitalista. Nesse sentido, na universidade não há espaço para o supérfluo.

O Hospital Universitário, enquanto universidade, vivenciando esse conflito, procura no atendimento à população, devolver o homem para o seu ambiente de origem no menor tempo possível, com a prática do menor gasto, atendendo um mínimo de condições de sobrevivência fora do ambiente hospitalar. Durante o espaço de tempo de recuperação do fator físico-biológico do homem, são trabalhados seus aspectos psíquicos e sociais. Quando se concretiza a recuperação das funções fisiológicas do homem, que se evidenciam na aparência, as questões psicossociais voltam a ser de responsabilidade individual do ser "biologicamente recuperado".

A partir dessa visão de saúde fragmentada, onde o que se objetiva é a eficiência, na recuperação dos aspectos físico-biológicos do homem em um curto espaço de tempo, com o menor gasto possível, é explicável a idéia da hierarquização

dos papéis profissionais e a prevalência de ações da medicina e da enfermagem sobre os demais profissionais.

O fato do Assistente Social recentemente ser reconhecido (06.03.97) por lei, como profissional da saúde, independentemente de ter sua origem profissional ligada aos hospitais, constitui-se um aspecto que pode ser considerado na justificativa para a dificuldade apontada pelas Assistentes Sociais quanto aos profissionais de outras áreas da saúde desconhecerem o papel do Assistente Social.

A busca de reconhecimento através de respostas eficientes às demandas práticas; a falta de clareza quanto aos fundamentos teóricos que orientam o fazer profissional que permitam projetar um resultado, como ideal de Serviço Social, teve como consequência a formação de profissionais que utilizam o discurso de linhas teóricas contraditórias em seus fundamentos filosóficos e epistemológicos, evidenciando numa visão de homem e mundo fragmentada, com poucas condições que permitam orientar a prática profissional.

Está bem claro na pesquisa o fato de que um grupo significativo de Assistentes Sociais não têm o hábito de refletirem a sua prática. E os profissionais que fazem a reflexão da prática, afirmam fazê-la com os iguais, ou seja, os colegas de trabalho, estagiários, chefias envolvidas como ele no mesmo ambiente de trabalho, na mesma realidade e que muitas vezes também não conseguem na reflexão, ultrapassar as muralhas da organização, o que pode gerar uma prática amarrada aos limites internos, sem perspectivas de mudança, gerando, até mesmo, uma desmotivação para a reflexão da prática realizada. A reflexão da prática, quando ocorre, é espaço para desabafo, terapia e lamentações, ao invés de ser motor para superação das dificuldades internas e externas ao profissional.

Outro ponto a ser ressaltado, à guisa de conclusão, é que no hospital “B” é mais evidente a percepção do compromisso do profissional que trabalha em Hospital Universitário com o processo de aprendizagem. Tal evidência não aparece com tanta força nos hospitais “A” e “C”, mesmo fazendo parte de suas atribuições, segundo a lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre as atribuições do Assistente Social, “o treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social”.

Nos depoimentos das Assistentes Sociais, relativos à política de saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde, percebe-se que o profissional se coloca como prestador de serviço, questionando resultados imediatos, ou aqueles aspectos que obstaculizam a sua eficiência assistencial, secundarizando a reflexão sobre a análise de compreensão da conjuntura que determina essa realidade.

As tendências da sociedade neoliberal caminham rapidamente para privatização de serviços. Isso não é diferente nos Hospitais Universitários, que fazem convênio com os planos privados de saúde para fazer frente aos gastos com a prestação de serviços e melhorar sua tecnologia, uma vez que o sistema público não direciona recursos suficientes para cobrir despesas com a assistência.

Em decorrência, verifica-se a exploração, por parte do Sistema de Saúde, dos prestadores de serviços, tanto os hospitais quanto todos os servidores, que se vêm desvalorizados pela baixa remuneração. Alguns profissionais, mormente os médicos, buscam melhores padrões de vida com atuação em mais de um hospital, caracterizando a sua não vinculação a nenhum deles, permitindo a instalação da baixa qualidade de serviços.

Pode-se concluir com a pesquisa, que o Assistente Social atuante na realidade da saúde, conhece as dificuldades vividas pela população com relação ao acesso ao seu direito constitucional de saúde. Consegue formalizar uma análise dos interesses e motivos que levam a saúde à situação atual. No entanto esta análise *pode ser considerada como descolada da realidade, sem maior aprofundamento, na medida em que não leva a atitudes de compromisso na busca de soluções para a situação caótica da saúde, já que é parte integrante do processo, inclusive por feito legal.*

Ainda, pode-se dizer que uma das constatações mais importantes desse trabalho refere-se ao processo educativo.

Os entrevistados são profissionais que atuam nos Hospitais Universitários de Curitiba. Segundo o MEC, o Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado, tendo como compromisso o ensino, a pesquisa e a assistência. Os hospitais por estarem ligados diretamente às universidades, têm significância, na medida em que se tornam laboratórios da prática (pesquisa, ensino e extensão), procurando o equilíbrio perfeito desse tripé.

O que se depreende da pesquisa quanto ao Serviço Social nesse processo, é que tanto a universidade quanto o hospital e mesmo os Assistentes Sociais ainda não se aperceberam do papel acima mencionado, ou seja, o de condutores do laboratório da prática.

Tal situação fica patente nos Hospitais Universitários, na medida em que não se verifica a preocupação por parte da gerência da hierarquia superior com a definição do perfil do profissional a ser contratado para exercer as funções de executor

da política da saúde e professor. Os profissionais são selecionados como em qualquer outra instituição, ou seja, para trabalhar na assistência ao paciente. Os quesitos pesquisa e ensino não são considerados nem nas exigências de formação do Assistente Social, nem nas atribuições que lhe são conferidas.

Não se percebe a preocupação em se construir um ambiente favorável a nível acadêmico para o desenvolvimento da unidade teoria e prática. De igual forma não se percebe a preocupação de um maior entrosamento entre educadores e educandos, dando ao profissional que atua nestas instituições, estrutura de pessoal e tempo que permitam uma maior dedicação às atividades acadêmicas.

O que se pode afirmar é que, com a realidade atual vivida pelos hospitais e universidades, quem mais perde é o aluno, que tem seu estágio prático junto a um profissional que não consegue também fazer a unidade teoria e prática. O aluno mergulha com o profissional em um fazer desregrado na busca apenas de atender à demanda que os procura. No processo de formação acadêmica quando o Assistente Social não repensa sua prática e não cria tempo para o estagiário, o resultado é, muitas vezes, de frustração tanto para o estagiário, quanto para o profissional que atua naquele campo de estágio.

Constata-se também que o Assistente Social ocupa hoje um papel importante no processo de gerenciamento dos Hospitais Universitários, pois atua na dita linha de frente, como facilitador na relação hospital/população e família e/ou paciente/médico. Os Assistentes Sociais têm presente que sua atuação junto à clientela contribui na construção de uma imagem positiva da instituição Hospital Universitário diante da população atendida.

Face ao exposto, são aqui apresentadas algumas proposições de ações que podem minorar o quadro construído a partir da pesquisa.

1. Fórum de discussão entre os Assistentes Sociais.

Estabelecimento de um fórum permanente de discussão entre os Assistentes Sociais que atuam nos três Hospitais Universitários pesquisados, bem como os demais profissionais de Serviço Social da área da saúde, no sentido de analisar as políticas de saúde e sua aplicabilidade, fortalecendo o grupo e seu compromisso social. Certamente através deste fórum poder-se-ia contar com a superação da experiência imediata, promovendo a organização do grupo no sentido de ultrapassar o limite institucional, criando condições para ampliar tanto a solidariedade como a compreensão do problema, o que pode levar à construções coletivas concretas.

2. Reciclagem e atualização dos profissionais.

Os representantes dos cursos de Serviço Social da PUC/PR e Faculdades Integradas “Espírita”, entendem ser de sua responsabilidade a reciclagem e o nivelamento dos profissionais da área de Serviço Social que atuam nos Hospitais Universitários de Curitiba, propondo-se a prestar assessoria neste aspecto, bem como promover periodicamente cursos com profissionais da área, que venham a atender as necessidades apontadas pelo Fórum de debates dos Assistentes Sociais da saúde.

3. Seminário Avaliativo da Política de Saúde.

Sugeriou-se também a realização de seminário envolvendo os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde e os Assistentes Sociais que atuam na área de saúde que, juntamente com os hospitais, seu corpo clínico, e a população usuária,

avaliarão os procedimentos resultantes da política de saúde e os direitos da população, à luz da legislação vigente.

4. Projeto de Formação Continuada - CFESS/ABESS.

Entende-se pertinente a definição do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e da Associação Brasileira de Ensino e Serviço Social (ABESS), quanto à instalação oficial e imediata do projeto de formação continuada para os Assistentes Sociais (anexo 2), que vem ao encontro das necessidades apresentadas pelas profissionais entrevistadas, sendo que a PUC/PR coloca-se à disposição do CRESS 11ª Região, para desenvolver ações correspondentes à sua instalação.

5. Profissionais capacitados para o exercício da missão institucional.

Torna-se imperioso que os profissionais de Serviço Social devem demonstrar, além dos conhecimentos gerais da profissão, aptidão para a tarefa da educação e desejo de participar do processo de formação acadêmica apresentando a titulação necessária para tal. A educação continuada dos profissionais deverá acontecer não só com os Assistentes Sociais, mas em todos os níveis da estrutura hospitalar, abrangendo todas as categorias.

Além disso, os profissionais que atuam nos Hospitais Universitários devem ter como preocupação, o ensino associado à pesquisa. Fenômenos importantes ocorrem diuturnamente nos hospitais. Os Assistentes Sociais precisam trabalhar com os alunos em fase de estágio as ocorrências de maior incidência, como: tentativas de suicídio, intoxicação medicamentosa, agressão à mulheres e menores, abandono de idosos em tratamento. Tais ocorrências fornecem elementos valiosos para a pesquisa acadêmica. A divulgação dessa pesquisa junto à comu-

nidade, através dos meios de comunicação e publicações acadêmicas, sem dúvida traz importante contribuição, envolvendo mais a sociedade no trato dessas questões. Os profissionais definidos para atuarem diretamente junto aos acadêmicos têm o compromisso de trabalhar a unidade teoria/prática. Desfaz-se, assim, a dicotomia operacional que hoje se vivência, ou seja, a teoria afastada do fazer profissional, e vice e versa, além de colaborar efetivamente para a concretização da missão do Hospital Universitário: Ensino, Pesquisa e Extensão.

6. **Permanente contato com as chefias.**

Os profissionais de Serviço Social devem manter estreito contato com os níveis hierárquicos superiores, tanto das Universidades quanto dos Hospitais Universitários. Isto porque esses profissionais precisam informar e serem informados das dificuldades vivenciadas no processo de formação acadêmica e também da importância da reestruturação organizacional dos Hospitais Universitários, viabilizando assim o processo de ensino-aprendizagem condizente com a realidade.

A reciprocidade de compromisso entre os Hospitais Universitários e a categoria dos Assistentes Sociais é importante, tanto no que tange à questão da formação acadêmica - ensino e pesquisa -, como naquilo que diz respeito à prestação concreta dos Serviços - assistência. Esta assistência tida pelos profissionais que estão na prática, muitas vezes como fim em si mesma é na academia representada pela extensão universitária extra-muros. Se for levado em conta que, em muitas ocasiões, a prestação de serviços realizada com mínima qualidade, representa um direito legado constitucionalmente ao cidadão, talvez houvesse maior comprometimento de parte do promotor de saúde com aquele que deve ser su-

jeito da sua história, e que é apenas o objeto de aprendizagem do aluno dos Hospitais Universitários.

7. Colaboradores comprometidos com a instituição.

A realidade vivida hoje nos hospitais pelos profissionais de nível médio e graduados, tendo em vista a baixa remuneração, é a de atuação em diversos hospitais ao mesmo tempo, buscando melhores padrões de vida, caracterizando a não vinculação a nenhum dos hospitais onde atuam. Esses profissionais não se sentem alinhados com a política institucional, cujos valores não se aplicam, ou se adequam aos seus valores pessoais. Cabe à gerência superior da organização estabelecer uma política de recursos humanos que valorize colaboradores (funcionários) e parceiros (médicos), oferecendo a esses profissionais, condições de real inserção na instituição, engajando-se e assumindo compromissos com a missão.

8. Criação de coordenação de estágio.

O Hospital Universitário diante da situação hoje da saúde, acaba assumindo o atendimento a uma demanda populacional além da capacidade de sua estrutura organizacional. Isto faz com que a instituição se desvie de sua missão principal, que é o ensino, a pesquisa e extensão, para a assistência. A atividade assistencial no Hospital Universitário é “atividade meio”, tendo como fim a captação do objeto de estudo para a formação acadêmica. Na pesquisa percebe-se que o número de Assistentes Sociais em relação a demanda de atendimento é insuficiente. Torna-se, portanto necessária a reorganização da estrutura para atender dois aspectos: demanda e o tripé: ensino, pesquisa e extensão. A reorganização da estrutura de Serviço Social melhora a performance de atendimento e alavanca

a imagem da instituição, proporcionando um melhor atendimento ao cliente. Essa defasagem da estrutura do quadro de profissionais para atendimento pode ser contemplada com a aproximação entre Hospital e Universidade, através da criação de uma coordenação de estágio em que alunos de último ano possam somar nesta realidade. Percebe-se ainda a necessidade de que esses profissionais registrem seus atendimentos e criem formas de controle para direcionar ações e resultados no sentido de atingir as metas da instituição contempladas no seu planejamento estratégico.

ANEXO I

Modelo de formulário aplicado às Assistentes Sociais, lotadas no quadro de funcionários dos Hospitais Universitários de Curitiba: Hospital de Clínicas, Hospital Universitário Cajuru, Hospital Evangélico.

Pesquisa desenvolvida no período de julho a outubro de 1997.

0 ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nome:

Data de Nascimento:

Ano de Formação:

Universidade que Coursou:

Instituição em que trabalha:

tempo:

Locais em que trabalhou anteriormente/ Função:

Após o curso de graduação em Serviço Social, você fez algum outro curso de graduação ou pós-graduação? Qual? Universidade que cursou? Ano de conclusão?

4. Quais os aspectos teóricos e metodológicos que fundamentam a sua prática profissional?

5. Com que periodicidade você reflete sua prática e com quem?

6. Quais os fatores que obstaculizam seu desempenho profissional? E como você se posiciona diante desses obstáculos?

7. O programa ou setor em que você atua conta com estagiários? Sim ? Não? Por que? Quantos?

8. Como é feito o acompanhamento ou supervisão desses estagiários? Qual a participação da Universidade de origem do estagiário, nesse processo?

9. O que caracteriza um Hospital Universitário, ou Hospital Escola?

10. O campo de estágio é o local onde o aluno, no seu processo de desenvolvimento, procura entender a unidade entre teoria e prática. O Hospital Universitário tem por excelência a missão de colaborar no processo de formação acadêmica dos alunos. Na sua opinião qual é o papel do profissional que atua nesta realidade e quais as dificuldades encontradas?

11. Defina o que é ser Assistente Social em um Hospital Escola?

12. Na sua opinião quais são os pontos positivos e negativos do sistema atual de Saúde?

13. Como você analisa a política de saúde?

14. Como você percebe o posicionamento da instituição em que trabalha diante da política de saúde vigente?

15. Você conhece o papel do Conselho Municipal de Saúde? Comente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

- ANDER-EGG, Ezequiel. **Introdução ao trabalho social**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- BAYER, Gustavo F. & LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 22, a. VII, p. 108-125, 1986
- BELINI, Maria. & ALBUQUERQUE, Sandra MARKETING. R. Lins de. O Serviço social no hospital das clínicas da FMUSP. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v.12, a. IV, p. 140-151, 1983.
-  BEREZOVSKY, Mina. **Serviço social médico na administração hospitalar: análise teórica e levantamento da situação em hospitais de São Paulo**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1980.
-  BERTANI, Iris Fenner. Refletindo sobre o espelho : serviço social médico-hospitalar. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 23, a. VIII, p. 82-89, 1987.
- BORBA, Valdir Ribeiro. Administração Hospitalar: princípios básicos. 3. ed. São Paulo: CEDAS, 1991.
- BRANDENBURG, Ana B. **Serviço social hospitalário**. 2. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1973.
- BRASIL. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhece como profissionais da saúde de nível superior algumas categorias dentre estas o assistente social. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 83, 1997.
- _____. Resolução nº 375 de 4 de março de 1991. Estabelece conceituações para os Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 4061, seção I, 6 de março de 1991.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez e UFRJ, 1996.

- _____. **Modelos de atuação do serviço social no campo da saúde.** Rio de Janeiro, 1976. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital.** São Paulo: Limitada, 1987.
- CBCISS. Rio de Janeiro, n. 69, a. VI, 1973
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- COHN, Amélia & ELLIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.
- CONASEMS. **Construindo o SUS e a municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Jan/fev., 1996.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (1 : 1974 : Rio de Janeiro). **Funções e atribuições do serviço social nas unidades sanitárias da coordenação de saúde da comunidade.** Rio de Janeiro : 1974.
- _____. (: 1995: Salvador) **Previdência social : mentiras e verdades.** Bahia : 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Proposta de complementação da tabela SIA/SUS dos assistentes sociais na área da saúde.** Brasília, 1996.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- ENCONTRO DE SERVIÇO SOCIAL NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL. (1 : 1997 : Belo Horizonte) **Anais.** Belo Horizonte: CFESS, 1997.

ENCONTRO SOBRE SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE LATINO-AMERICANA (2 : 1983 : Porto Alegre/ Brasil). **Anais**. São Paulo: Cortêz, 1984.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. São Paulo : Cortez, 1989.

_____. **Saber profissional e poder institucional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro : efetividade ou ideologia?** . São Paulo: Loyola, 1992.

GARGANTINI, Marisa Bueno Mendes. O Desafio do ensino superior brasileiro frente ao novo paradigma. In: FINGER, Almeri Paulo (Org.). **Gestão de universidades: novas abordagens**. Curitiba: Champagnat, 1997. p. 137-216

GOHN, Maria da Gloria. As relações sociedade civil e estado nos anos 90: perspectivas sobre a participação. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 36, a. XII, p. 13-20, 1991.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **O Hospital e a visão administrativa contemporânea**. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 1983.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago editora Ltda., 1976.

KISNERMANN, Natálio. **Introdução ao trabalho social**. São Paulo: Moraes, 1983.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LANZILLOTTI, Vivone de Souza. Reengenharia na universidade: uma interface possível? In: FINGER, Almeri Paulo (Org.). **Gestão de universidades: novas abordagens**. Curitiba: Champagnat, 1997. p. 25-58.

- MAIOCHI, Neusa Fatima. As Organizações universitárias e o processo decisório. In: FINGER, Almeri Paulo (Org.). **Gestão de universidades**: novas abordagens. Curitiba: Champagnat, 1997. p. 217-293.
- MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço social**: identidade e alienação. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MIRSHAWKA, Victor. **Hospital**: fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 15. ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1989.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- NICOLETTI, Lenita. Planificação em saúde e participação comunitária. **Serviço Social e sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 1, a. 1, p. 102 - 136, 1979
- NOGARE, Pedro Dalle. **Humanismos e anti-humanismos**: introdução à antropologia filosófica. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- NORONHA, Silva. Mais dinheiro para prevenção, menos para a assistência. **O mundo da saúde**. São Paulo. a. 20, n. 9, p. 6-7, out. 1996.
- PASSINI, Leo. Educação e saúde: bases para a equidade social. **O mundo da saúde**. São Paulo, a. 20, v. 20, n. 9, p. 291, out. 1996
- PETRAGLIA, Izabel Cristina. **Interdisciplinaridade**: o cultivo do professor. São Paulo: Pioneira & Universidade São Francisco, 1993.
- PIRES, Maria Izabel Scheidt. **Serviço social**: uma re-conceituação a partir da pedagógica em busca de uma racionalidade sensível e emancipatória. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Educação, Área de Concentração: Pedagogia Univer-

sitária) - Departamento de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

REYMÃO, Maria Eunice Garcia. **As Atribuições profissionais do assistente social**. 2. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital : história e crise**. São Paulo : Cortez, 1993.

ROESLER, Marli Renate Von Vorstel. **Investigando as construções cotidianas: uma contribuição ao curso de Serviço Social da UNIOESTE/ Toledo**. Curitiba, 1994. Dissertação (Mestrado em Educação, Área de Concentração: Pedagogia Universitária) - Departamento de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

ROMERO, Joaquim J. B. Concepções de universidade. In FINGER, Almeri Paulo (Org.). **Universidade: organização, planejamento, gestão**. Florianópolis: UFSC/CPGA/NUPEAU, 1988. p. 11-32.

SÁ, Jeanete Liasch Martins de. (org.) **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

SCHEIDWEILER, Lourival. **Qualidade nas organizações escolares: um enfoque em um hospital escola de Curitiba**. Curitiba, 1997. Dissertação (Mestrado em Educação, Área de Concentração: Gestão de Instituições de Ensino) - Departamento de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

SENGE, Peter M. **A quinta disciplina, arte, teoria e prática da organização de aprendizagem**. 13. ed. São Paulo: Best Seller, 1990.

_____. **A quinta disciplina: caderno de campo: estratégias e ferramentas para construir um organização que aprende**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE. Serviço social e saúde. São Paulo: Cortez, v. 16, a. VI, dez. 1984.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VAISBICH, Stella Bardavid. **Serviço social: tipologia de diagnóstico: subsídios.** 3. ed. São Paulo : Moraes, 1981.

VELOSO, Cidi A. A Equipe Interdisciplinar no hospital universitário. **Revista Educação Médica.** Rio de Janeiro, n.9, v. 2, p.73-74, 1985.

✈ VIEIRA, Balbina Ottoni. **História do serviço social: contribuição para construção de sua teoria.** 5. ed. Rio de Janeiro : Agir, 1989.

_____. **Metodologia do serviço social: contribuição para sua elaboração.** 2. ed. Rio de Janeiro : Agir, 1979.