

CATIA REGINA BORDIGNON

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DA
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**

**Toledo
2008**

CATIA REGINA BORDIGNON

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DA
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.**

Orientadora: Profa. Índia Nara Smaha

**Toledo
2008**

CATIA REGINA BORDIGNON

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DA
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Índia Nara Smaha
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Alfredo Aparecido Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Ms. Cristiane Carla Konno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 12 de novembro de 2008.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e coragem que me proporcionou nos momentos de insegurança.

À minha família pelo apoio constante nesses quatro anos de graduação.

Meus pais que dedicaram toda sua atenção, carinho e paciência para entender minha escolha, por serem meu suporte nas horas de angústia e meu motivo de felicidade a cada conquista. Meu agradecimento especial para vocês!

Agradeço também a Unioeste pela oportunidade que tive em cursar uma universidade pública.

Os funcionários da biblioteca pela simpatia nos atendimentos.

Todos os docentes do Curso de Serviço Social, que contribuíram para meu processo formativo. Aprendizado para toda vida!

À minha supervisora de campo Maria de Lourdes S. Colpo, pelo carinho com que me acolheu na instituição em que atua e pelas experiências compartilhadas! Obrigada Mary!

Agradeço com muita felicidade a minha orientadora, Profa. Índia Nara Smaha, pela dedicação e por fazer de cada orientação um aprendizado. Meus sinceros agradecimentos por ter sido minha orientadora!

A todas as profissionais que participaram da minha pesquisa. Obrigada pela atenção.

Obrigada minha grande amiga Maria, pela força nesses quatro anos e por me animar nos momentos que tive incertezas, e pelas férias maravilhosas!

Agora agradeço as minhas queridas amigas, companheiras de graduação. Aquelas que estiveram comigo nesses quatro anos de alegrias, diversão e dificuldades. Vivi, Isa, Jú, Moni, Carol, Manuzinha, Sá, Kelzinha querida, Déia parceria de estágio, Andressa amiga de festas e Lidi minha grande amiga! Vocês ocupam um lugar marcante na minha vida. Muito obrigada a todas vocês por me fazerem entender o significado da palavra: amizade!

E o último agradecimento especial é para o “nosso banquinho”. Aquele que todos os dias nos intervalos era capaz de reunir essas grandes amigas para conversas animadas e momentos inesquecíveis. Vou sentir muitas saudades!

Essa conquista só foi possível porque tive pessoas como vocês do meu lado!
Obrigada!

*“Os homens perdem a saúde para juntar
dinheiro, depois perdem o dinheiro para
recuperar a saúde.
E por pensarem ansiosamente no futuro
esquecem do presente de forma que acabam
por não viver nem no presente nem no futuro.
E vivem como se nunca fossem morrer...
e morrem como se nunca tivessem vivido.”*
(Dalai Lama)

BORDIGNON, Catia Regina. **A atuação profissional do assistente social na Política da Saúde no município de Toledo – PR.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* – Toledo, 2008.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) vem apresentar como está se desenvolvendo a atuação profissional do assistente social na Política da Saúde no município de Toledo – PR, no ano de 2008, a partir do Código de Ética Profissional. O objetivo foi conhecer e analisar como os profissionais assistentes sociais estão realizando os atendimentos aos usuários em diversas instituições de saúde, em quais condições está sendo exercida a prática profissional e suas concepções sobre as conquistas históricas da categoria na Política da Saúde. Para desenvolver este trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico referente à trajetória da Política da Saúde e da institucionalização do Serviço Social no Brasil, objetivando fornecer um respaldo teórico para a realização da pesquisa. Utilizou-se a abordagem qualitativa através da pesquisa de campo de cunho exploratório, aplicando a técnica da entrevista desenvolvida no universo de 11 (onze) assistentes sociais de diversas instituições de saúde em Toledo – PR. Porém a amostra foi formada por 8 (oito) sujeitos. Após a sistematização das entrevistas constatou-se que: a prática profissional está sendo desenvolvida de forma emergencial e paliativa; poucos profissionais conseguem cumprir com a condição de privacidade nos atendimentos aos usuários da Saúde. Diante das constatações pode-se dizer que o assistente social ainda não consegue garantir um dos direitos básicos do usuário, o sigilo. Assim pode-se afirmar que as condições no atendimento da Saúde em Toledo não estão condizentes com o que o Código de Ética do assistente social exige. Espera-se que esta reflexão traga contribuições para o esclarecimento de como estão se desenvolvendo as condições de trabalho apresentadas pelos assistentes sociais referentes às dificuldades e limites impostos pelas instituições.

Palavras chave: Política de Saúde; Serviço Social; Prática Profissional.

LISTA DE SIGLAS

ABAS	Associação Brasileira de Assistentes Sociais.
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo.
CERT	Centro de Revitalização da Terceira Idade.
CF/88	Constituição Federal do Brasil de 1988.
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social.
FSESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões.
INAMPS	Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social.
NOB n°1	Norma Operacional Básica Número 1.
NOB n°2	Norma Operacional Básica Número 2
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONGs	Organizações Não-Governamentais.
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde.
PNI	Programa Nacional de Imunizações.
PSF	Programa de Saúde da Família.
RH	Recursos Humanos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUCAM	Superintendência de Campanha.
SUDS	Sistem Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
LISTA DE SIGLAS	6
SUMÁRIO.....	7
INTRODUÇÃO	8
1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL ...	11
1.1 A POLÍTICA DA SAÚDE, DA REFORMA SANITÁRIA A ATUALIDADE: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DESTA TRAJETÓRIA.....	11
1.1.1 As conseqüências da implantação do modelo Neoliberal na Política de Saúde.....	16
1.2 A TRAJETÓRIA ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	22
1.2.1 As renovações dos princípios éticos que orientam a prática profissional.....	28
2 BREVE RELATO HISTÓRICO-SOCIAL SOBRE O MUNICÍPIO DE TOLEDO....	37
2.1 METODOLOGIA DE PESQUISA	40
2.2 ANÁLISE DA PESQUISA	43
2.2.1 Possui Código de Ética.....	43
2.2.2 Demanda na Instituição.....	44
2.2.3 Ações no município.....	46
2.2.4 Programas e serviços na Instituição.....	47
2.2.5 Planejamento de ações.....	48
2.2.6 Limites institucionais.....	50
2.2.7 Relação com equipe multidisciplinar.....	51
2.2.8 Espaço físico e o Sigilo Profissional.....	53
2.2.9 Atividades do Serviço Social praticadas por outras áreas.....	54
2.2.10 Há algum princípio do Código de Ética que o Serviço Social não consegue aplicar nesta instituição?	55
2.2.11 Autonomia Profissional.....	56
2.2.12 Exercer atividades de outras áreas.....	57
2.2.13 Política da Saúde na visão do profissional.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	67
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	72

INTRODUÇÃO

A Política de Saúde no Brasil, em sua trajetória ao longo do século XX, passou por dificuldades no contexto sócio-político vivenciado pela sociedade. Na década de 1930, segundo Bravo e Matos (2004), com a importante posição adquirida pela classe assalariada urbana no panorama político nacional, a ampliação do acesso a assistência à saúde tornou-se necessária. Neste período foi possível perceber a intensificação da intervenção estatal e o crescimento de gastos na Previdência Social, principalmente na assistência médico-hospitalar. Esta situação ocorreu até meados da década de 1960.

A partir de 1964 com o do Regime Militar, conforme Fleury e Giovanella (1995) desenvolveu-se o controle sobre o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por parte do Estado. Este processo retirou os trabalhadores da gestão do INPS e provocando uma situação de privatização da assistência médica, não só ao operariado, mas incluindo trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos no sistema previdenciário, mediante pagamento de taxa individual para a Previdência Social, o que resultou na ampliação do acesso a assistência médica para grande parte da população.

De acordo com Cohn (1995), na década de 1970 as reivindicações da sociedade civil por melhores condições de vida, ocasionaram o surgimento de propostas políticas em relação à redefinição de políticas sociais como forma de solucionar os problemas pelos quais a sociedade estava passando. A reformulação da política setorial de saúde teve início com o Movimento Sanitário que objetivou o incentivo da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, sob o ideário da efetivação de um sistema de saúde único de caráter estatal viabilizando seu acesso a população em geral.

Com o fim do Regime Militar, Gerschman (1995) afirmou que, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde caracterizou-se em um marco histórico de mudanças para a Política de Saúde, com um projeto de Reforma Sanitária cujo objetivo era proporcionar boas condições gerais de vida à população. As propostas da Reforma adquiriram um espaço significativo na Constituição Federal de 1988 (CF/88), garantindo a saúde como direito universal e dever do Estado, e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Além destas conquistas, destaca-se que a saúde passou a integrar o Sistema de Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e Assistência Social.

A mesma autora relata que, a Política de Saúde na década de 1990 sofreu dificuldades com a implantação do modelo Neoliberal, que provocou um retrocesso social, marcado pela minimização do Estado, privatização e descentralização de gastos para programas. Este período também foi marcado pela oposição do governo em viabilizar acesso à saúde para a população, dificultando a aplicabilidade da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080 de 19/09/1990) que regula as ações de saúde e da Lei nº 8.142/90 que viabiliza a gestão do Sistema Único de Saúde.

Com as dificuldades sofridas no seu processo histórico, a Política de Saúde a partir dos anos 2000 passou a contar com uma procura pela garantia de direitos, que não estavam sendo efetivados conforme explícitos nas Leis referentes à saúde.

Neste período de luta por garantia de direitos, algumas categorias profissionais tiveram um importante papel e se destacaram, sendo uma delas, o Serviço Social, que ao longo de sua trajetória também sofreu dificuldades assim como a Política de Saúde.

Foi possível perceber que a relação do Serviço Social com a Política de Saúde é histórica. Desde seu surgimento na década de 1930, o Serviço Social apresentou em seu processo de formação disciplinas específicas da área de saúde e, de acordo com Martinelli (1993) foi criado como instrumento de controle social, devido à intensidade dos movimentos sociais. O Serviço Social era resultado da união entre burguesia, Igreja Católica e Estado, sendo que no princípio era desenvolvido por jovens católicas de famílias da alta burguesia, cujo objetivo neste período era a reprodução das relações sociais resultando na expansão do capital.

Com o aumento da necessidade por serviços sociais, conforme Bravo e Matos (2004), no período pós segunda-guerra, novos sujeitos passaram a integrar o âmbito profissional do Serviço Social. Sem ideais religiosos e sem a idéia de preservar o poder da classe dominante, mas vendo no Serviço Social um espaço de exercício profissional, tornando possível uma primeira aproximação com a ruptura ao caráter voluntarista presente desde o início da profissão. Martinelli (1993) destacou que a identidade alienada dos assistentes sociais, caracterizada pelo objetivo de reproduzir as relações sociais visando à expansão do capital, passou a provocar questionamentos dentro da categoria sobre a prática profissional e a necessidade de defender os direitos da classe trabalhadora, pois os assistentes sociais passaram a integrar-se na divisão sócio-técnica do trabalho, reconhecendo-se como trabalhadores assalariados.

Afirmou Barroco (2003), que neste processo de reconceituação, respaldado pela incorporação do marxismo, na década de 1980, e marcado por críticas ao tradicionalismo,

surgiu uma conquista do Serviço Social, a materialização de seu projeto profissional. Em 1986 o Código de Ética começou a ser pensando para dar maior respaldo aos usuários. Sua reformulação ocorreu em 1993, com princípios totalmente diferentes dos Códigos anteriores de 1947 e 1975 que apresentavam valores abstratos orientados pelo Neotomismo.

Através de um processo de debates e reflexões entre a categoria, a mesma autora afirmou que o Código de Ética de 1993 surgiu como materialização do processo de ruptura com o tradicionalismo profissional, atribuindo a elaboração do projeto profissional relacionado com um projeto social democrático objetivando o compromisso dos assistentes sociais com os interesses históricos da classe trabalhadora.

De acordo com esta trajetória de lutas e conquistas da Política de Saúde e do Serviço Social, surgiu à questão central apresentada neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que é: Como os profissionais do Serviço Social estão realizando os atendimentos aos usuários da Política de Saúde no município de Toledo – PR?

Para conseguir maior respaldo para responder este problema, surgiram as questões norteadoras que são: saber onde estão os assistentes sociais da saúde no município? Quais são as atividades que estão desenvolvendo nas instituições? Até que ponto os assistentes sociais conseguem atuar de acordo com o Código de Ética Profissional? Como o assistente social vê a profissão atualmente?

Para contemplar estas questões estabelecidas, este TCC foi desenvolvido através da pesquisa qualitativa, utilizando-se da pesquisa de campo de cunho exploratório. A princípio foi realizado um levantamento bibliográfico com livros e artigos publicados, como forma de estabelecer uma base teórica sobre o tema estudado. Para chegar à definição do universo da pesquisa, ocorreu um levantamento de todas as assistentes sociais que atuam em instituições de saúde em Toledo, chegando-se a um universo de onze profissionais em oito instituições do município.

A técnica utilizada, para realização da pesquisa foi a entrevista, sendo realizada através de um roteiro formado por perguntas estruturadas (previamente estabelecidas), que foi aplicado a todas as profissionais, objetivando analisar a resposta de cada profissional em relação à mesma questão.

Este TCC foi estruturado em dois capítulos, no primeiro capítulo contém a fundamentação sobre a trajetória da Política de Saúde e a sua relação com o processo histórico de institucionalização do Serviço Social no contexto de lutas sociais no Brasil. No segundo capítulo está apresentado um breve relato histórico-social sobre o município de Toledo, objetivando conhecer as condições do local onde estão localizadas as instituições de saúde,

nas quais estão atuando as assistentes sociais participantes da pesquisa. E por fim apresenta a pesquisa de campo, através da análise das entrevistas.

1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Neste primeiro capítulo pretendeu-se apresentar um breve histórico da Política da Saúde e a trajetória do Serviço Social no Brasil. De acordo com o contexto político-social do país foi possível perceber que ao longo do século XX, ocorreu à expansão de muitos movimentos sociais que lutaram pela conquistas de direitos em uma sociedade de repressão e conceitos tradicionalistas. A Política da Saúde passou por um processo de enfrentamento de dificuldades para se estabelecer como um direito legitimado constitucionalmente, o que veio ocorrer com a ampliação dos debates para a criação de um novo sistema de saúde, através do Movimento de Reforma Sanitária, que teve seus objetivos de universalização da saúde legitimados na Constituição Federal de 1988. O Serviço Social também encontrou dificuldades para se institucionalizar enquanto profissão, pois, além de ter que superar o caráter filantrópico que marcou o início da profissão, sentiu a necessidade de romper com laços e características conservadoras que estavam presentes na conjuntura da sociedade brasileira, assim estabelecer-se enquanto categoria profissional capaz de garantir os direitos sociais orientando-se por princípios éticos conquistados e reformulados ao longo de sua trajetória.

1.1 A POLÍTICA DA SAÚDE, DA REFORMA SANITÁRIA A ATUALIDADE: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DESTA TRAJETÓRIA.

No Brasil, o acesso para assistência à saúde, segundo Cohn (1995), como sendo um direito das classes assalariadas, a princípio esteve vinculado à Previdência Social. Esta vinculação, entre assistência à saúde e a Previdência Social, na década de 1920, constituiu um seguro social, cujo financiamento era gerado a partir das contribuições dos empregados e dos empregadores, sobre um percentual do salário. A partir desta abertura, não foi só a assistência médica para os trabalhadores que se encontrava relacionada com o seguro social, mas também a privatização destes serviços através do credenciamento de médicos, hospitais e serviços de diagnósticos.

Dessa forma, assiste-se no país, no período de 30 até meados de 1960, a associação de um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais cujo eixo central reside na previdência social, e que apresenta algumas características: a extensão dos direitos de proteção social marcada pela 'cidadania regulada', e a lógica da articulação política de seguro social comandada pela necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização. (COHN, 1995, p. 229).

A formulação da Política da Saúde, conforme Bravo e Matos (2004), ocorreu na década de 1930, pois na conjuntura em que se encontrava o Brasil tornou-se necessário a criação de novas formas de contemplar das necessidades dos assalariados urbanos que estavam adquirindo importante posição no panorama político nacional, onde também crescia a intervenção estatal. A Política da Saúde, possuiu um caráter nacional que se organizou em dois sub-setores, um de saúde pública, caracterizado por dar importância para as campanhas sanitárias e pela interiorização das ações para a área de endemias rurais criando os serviços de combate às endemias, o outro sub-setor que contemplava a medicina previdenciária caracterizou-se pelo surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para assumir o lugar das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Em meados da década de 1940 até 1964, foi possível perceber a consolidação da Política da Saúde apresentada em 1930, na qual se observou um crescimento dos gastos na Previdência Social em relação à assistência médico-hospitalar.

A Previdência Social sofreu uma reestruturação com o regime burocrático-autoritário estabelecido no Brasil em 1964, que segundo Fleury e Giovanella (1995) os Institutos de Previdência Urbana se estruturaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual o Estado controlou esse processo de centralização, uniformizou os benefícios e deixou os trabalhadores fora da gestão. Neste contexto também se destacou a inclusão dos trabalhadores rurais no sistema previdenciário, bem como as empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, através de uma taxa de pagamento individual para a Previdência Social, consolidando seu caráter privatizado e contributivo. Vinculados com essa ampliação do sistema previdenciário, destacou-se o crescimento do acesso à assistência médica para a população em geral.

O apogeu desse processo de privatização ocorre na década de 70, quando se assiste ao fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no interior do orçamento da previdência social. No final dessa década, esse sistema estatal de proteção social passa a ser o segundo orçamento do país, sendo que um terço de sua receita é gasta com a

assistência médica. Mas é também no final dessa década que o sistema de proteção social entra em crise: o fim do milagre econômico, a pressão das dívidas externa e pública, as exigências do Fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associados aos altos custos da assistência médica previdenciária, provocaram o colapso do sistema de proteção social. (COHN, 1995, p. 232).

Assistiu-se dessa forma, na década de 1970, a um processo de transição democrática no país, que se consistiu na luta pela democratização política no Brasil, por meio de uma mobilização da sociedade civil que passou a requerer melhores condições de vida exigindo mudanças políticas e justiça social. Neste contexto, as possibilidades de reduzir as desigualdades e a pobreza desencadeavam propostas políticas para a redefinição de políticas sociais como uma possível solução para esses problemas.

Dentre estas políticas sociais, no que se referiu ao setor da saúde, sua reformulação teve início com o Movimento Sanitário, baseado na experiência italiana, cujo objetivo era incentivar a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, colaborando para sua reforma. Assim, de acordo com Cohn (1995, p. 233), “O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público, e descentralizado [...]”, na qual o acesso a saúde de qualidade deveria estar ao alcance de toda a população. Isto seria possível através da adoção de uma estratégia, a descentralização, no sentido de valorizar a produção de mais espaços institucionais para a participação dos setores organizados da sociedade, aumentando as chances de acesso ao poder na esfera social.

Nesse contexto, inscreve-se o processo de reformulação do setor da saúde que culminou com a resposta da Reforma Sanitária Brasileira. O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado ‘Movimento Sanitário’. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde. (GERSCHMAN, 1995, p. 41).

O Movimento Sanitário passou a ser reconhecido em uma dimensão mais abrangente da sociedade, incorporando o conceito de cidadania, articulando uma relação de diálogo e interlocução entre o Estado e a sociedade, assim passou a compreender a auto-identidade do Movimento e dos agentes sociais. Segundo Gerschman (1995), o Movimento Sanitário ao expandir sua proposta de reformulação na década de 1980, ocupou espaços em

instituições estatais de saúde, tendo como objetivo provocar mudanças na Política da Saúde, mas de acordo com as restrições estabelecidas pelo processo de transição democrática. Foi em 1985 que ocorreu o primeiro governo que marcou a transição democrática, chamado de “Nova República”, caracterizou um novo plano político marcando o encerramento da Ditadura Militar, resultando, na esfera da saúde, a oportunidade de organização e articulação entre o Movimento Sanitário e os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência social.

Com a chance de expandir suas propostas, em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico para as mudanças na política da saúde, onde a intenção era de ampliar o debate setorial buscando o acúmulo de forças para a viabilização da Reforma Sanitária que estava sendo organizada pelo Movimento Sanitário. A Conferência teve sua importância por incentivar a participação da sociedade civil no debate sobre as políticas e programas de governo, colaborando para a constituição de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com o objetivo de formular sugestões para a reorganização do sistema de saúde.

Afirmou Gerschman (1995) que, o projeto de Reforma Sanitária se baseou no conceito de “saúde ampliada¹”, que consiste na vinculação das condições gerais de vida, compreendendo a moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer e condições de trabalho com a saúde. Neste sentido, a definição de saúde seria um direito do cidadão e dever do Estado, no qual os cuidados com a saúde não deveriam estar limitados ao atendimento das doenças. Para a efetivação deste conceito, a Política de Saúde deveria seguir as propostas encaminhadas na VIII Conferência que compreendiam a: criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no setor público; hierarquização das unidades de saúde e descentralização do sistema; participação e controle da população no que se refere à reorganização dos serviços de saúde; e readequação financeira do setor.

A discussão sobre a implantação da Reforma Sanitária, segundo Gerschman (1995), colaborou para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que a princípio foi considerado uma estratégia para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Porém, o SUDS cooperou somente para algumas mudanças administrativas no setor de saúde, distanciou sua prática das propostas gerais do movimento social em saúde (movimento médico em parceria com a população). O SUDS não conseguiu efetivar os princípios da Reforma Sanitária, que acabou por gerar uma grande desconfiança da população no que se referia ao setor público de saúde. O setor privado passou a se beneficiar com essa

¹ De acordo com Bravo e Mattos (2004, p. 28), esta expressão passou a ser utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1943.

situação, tornando possível observar um aumento significativo de pessoas que aderiram aos seguros privados de saúde.

As propostas do Movimento Sanitário, levantadas na VIII Conferência Nacional de Saúde conquistaram espaço na Constituição Federal de 1988, no Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da saúde, quatro artigos (196 a 200) foram dedicados exclusivamente à saúde. No artigo 196 consta que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recepção. (BRASIL, 2006, p. 45)

Nestes artigos ficaram garantidos: o direito universal e igualitário à saúde; a relevância pública às ações de saúde, bem como a fiscalização e regulamentação por parte do poder público; a criação do SUS, um sistema descentralizado, acessível e democrático explicitando suas diretrizes e atribuições e a abertura legal a iniciativa privada à assistência à saúde.

Depois de muita luta dos movimentos sociais, a saúde passou a integrar o sistema, ou como é conhecido em algumas áreas, tripé da Seguridade Social, caracterizado por uma parceria entre Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Regulamentado nos artigos 194 e 195 onde destacam-se:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Art.195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais [...]. (BRASIL, 2006, p. 42-43).

A partir destes conteúdos, são tratados nos parágrafos e incisos, como serão recolhidos os impostos para esta contribuição. Porém, afirma Gerschman (1995) que este Sistema de Seguridade, ao mesmo tempo em que deveria garantir a universalização dos direitos sociais, limita o acesso dos benefícios e serviços² para os setores mais carentes da

² Cabe explicitar que a Saúde é direito de acesso universal, isto quer dizer que todos independente de poder aquisitivo (pobre ou rico), etnia, sexo ou religião terão acesso aos atendimentos da saúde pública. A Previdência só terá acesso os trabalhadores que contribuírem e assim garantem pensões, licenças remuneradas,

sociedade. Dessa forma, “orientou” a classe de maior poder aquisitivo a buscar serviços e seguros privados de saúde, isso aconteceu devido ao fato de que o Sistema de Seguridade Social manteve a mesma lógica de financiamento do sistema anterior, a privatização e o caráter contributivo.

[...] as conquistas institucionais consagradas na Constituição Federal de 1988, que contempla o ideário da Reforma Sanitária, não conseguiram quebrar a lógica de articulação entre o capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social. Em consequência, instituiu-se um sistema de seguridade – e não mais de proteção social – fraturado: sua base de financiamento continua obedecendo à mesma lógica anterior, fundamentada na economia formal e no salário, ao mesmo tempo em que se ampliavam os direitos sociais a largos setores da sociedade, desvinculados da capacidade de contribuição financeira desses setores. (COHN, 1995, p. 234).

Durante a década de 1980, conforme Cohn (1995), foi um período marcado por uma grave crise econômica no país, ao mesmo tempo em que ocorria o agravamento da crise da saúde, foi possível perceber uma diminuição da massa salarial e conseqüentemente da diminuição dos recursos da Seguridade Social. Essa redução dos recursos orçamentários resultou no aumento da demanda por benefícios e assistência médica, não possibilitando a recuperação dos serviços públicos o que agravou as já precárias condições de saúde pública.

1.1.1 As conseqüências da implantação do modelo Neoliberal na Política de Saúde.

O Movimento Sanitário brasileiro presenciou seu esgotamento no final da década de 1980 devido à mudança institucional no setor de saúde, porém mesmo assistindo a um processo de crescente exclusão social, o Movimento continuou a dirigir as políticas de saúde com o objetivo de garantir a universalidade e a equidade em relação à saúde.

A Política de Saúde no Brasil, de acordo com Gerschman (1995), continuou a sofrer com a crise - que atingiu na década de 1980 -, até na década de 1990, onde no governo do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, foi utilizada a estratégia neoliberal para desarticular as políticas sociais, destacando principalmente o ataque à Reforma Sanitária que era a mais estruturada. Tais estratégias neoliberais eram opostas à

aposentadorias etc. Já a Assistência Social é para quem dela necessitar, no caso são as pessoas que comprovarem que estão em situação de vulnerabilidade social (miserabilidade) para poder ter acesso a algum tipo de benefício.

universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, diminuindo as responsabilidades do Estado para com os serviços sociais, e privatizando a produção e o financiamento dos serviços, resultando na redução dos gastos sociais que eliminaram muitos programas e benefícios direcionados aos grupos carentes da sociedade.

Nos anos de 1990, Gerschman (1995) destaca que, foi possível evidenciar a redução progressiva dos recursos para a Previdência Social, pois essa redução estava relacionada com o desequilíbrio estrutural. O financiamento do setor de saúde era constituído pelo crescimento do mercado informal de trabalho em parceria com o desvio de recursos por mecanismos políticos, contábeis e burocráticos.

A autora argumenta que, na conjuntura de enfrentamento dos Movimentos em Saúde, frente às oposições do governo em relação ao processo de implantação da política de saúde, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990), que dispôs sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, e também regulamentou o SUS, com enfoque na participação social, através de Conferências e Conselhos. No Título I Das Disposições Gerais reafirma.

Art. 2. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Art. 3. A saúde tem como fatores determinantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país. (BRASIL, 2006, p 168-169).

Neste sentido, foi possível perceber que a Lei nº 8.080/90 reafirmou a definição da saúde, de acordo com o conceito de saúde ampliada, presente na Constituição Federal de 1988, que não se limita apenas no tratamento de doenças. No que se referiu à definição do SUS, a Lei Orgânica explicita no Título II Do Sistema Único de Saúde, no artigo 4 que, “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. (BRASIL, 2006, p. 169).

Porém, logo após ter sido aprovada, a lei foi vetada pelo Presidente Collor, principalmente pela parte referente à: participação social; a formulação do plano de carreira; cargos e salários dos funcionários do SUS; a transferência automática de recursos de saúde para Estados e Municípios; extinção e descentralização do Instituto Nacional do Ministério da

Previdência Social (INAMPS), da Superintendência de campanhas (SUCAM) e da Fundação de Serviço especial de Saúde Pública (FSESP).

Diante do veto do Presidente, a plenária das entidades de saúde se articulou e apresentou, um novo projeto, a Lei nº 8.142 sancionada em 28/12/1990, que propôs a realização de Conferências e Conselhos de Saúde, para atuarem na transferência automática de recursos para estados e municípios, propondo:

[...] a criação dos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde [para gerenciarem os] Fundos de Saúde [entre outras atividades participativas e descentralizadas]; a programação e orçamentação; o relatório de gestão local; a contrapartida orçamentária de 10%; e a formação de uma comissão para elaboração de planos de carreira, cargos e salários. (GERSCHMAN, 1995, p. 138).

O Governo criou então, a Norma Operacional Básica numero 1 (NOB nº1), em 1991, do Ministério da Saúde, para estabelecer critérios em relação ao controle e a centralização dos recursos financeiro para os estados e municípios, o que representou um retrocesso no setor da saúde. Em 1992 foi criada a NOB nº2 que acrescentou um critério populacional para o repasse de recursos.

Os princípios estabelecidos pela Reforma Sanitária, apontados por Gerschman (1995), passaram por grandes dificuldades na década de 1990, ao se confrontarem com as oposições estabelecidas pelo Governo Collor, principalmente para a implantação da Política da Saúde. Dessa forma, o Movimento Social em Saúde passou a incentivar a sociedade a se mobilizar e pressionar o governo a efetuar os princípios da reforma, por meio do processo de municipalização da Política da Saúde. Tal processo de municipalização deveria auxiliar no deslocamento de poderes e atribuições do nível central para o local, o que possibilitou maior participação social nos processos de redemocratização na política de gestão local. Mas esse processo acabou auxiliando a fragmentação da política, devido ao fato das resoluções políticas dependerem das decisões dos prefeitos sobre a disponibilização de recursos das prefeituras para aplicar no sistema local de saúde.

O contexto político e econômico do Brasil, nos primeiros anos da década de 1990, foi marcado pela criação do modelo de estabilização econômica, o Plano Real (1994), encaminhado pelo governo do então Presidente Itamar Franco e aplicado no governo de seu sucessor, Fernando Henrique Cardoso. Com essas mudanças no Brasil, na segunda metade desta década, assistiu-se a mais uma minimização de investimentos do Estado no setor de

saúde, na qual os poucos investimentos contemplaram apenas uma parte da população sem condições financeiras de ter acesso a tais serviços, destacando no setor de saúde “[...] o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso [aos serviços].” (BRAVO; MATTOS; 2004, p. 36). Foi possível perceber com tal redução de investimentos, um forte crescimento do setor privado de saúde para atender a demanda excedente da saúde pública.

A partir desta situação foi possível identificar, conforme explicitado por Bravo e Mattos (2004), dois projetos políticos presentes na Política da Saúde: o projeto privatista, que apresentou ao assistente social demandas por seleção socioeconômica e fiscalização de planos de saúde dos usuários, práticas de aconselhamento e abordagens individuais; e o projeto da Reforma Sanitária, que apresentou demandas por possibilitar a democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, abordagens grupais e estímulo à participação dos usuários.

Neste período, com a presença do neoliberalismo, segundo Laurell (1995) caracterizou-se um retrocesso social, marcado por quedas de salários, aumento de desemprego e maior exploração da classe trabalhadora. Os efeitos da política neoliberal na sociedade refletiram na: minimização do Estado; privatização e centralização de gastos públicos para programas seletivos afetaram a distribuição de gastos na Política da Saúde. Cohn (1995), diz que este período foi marcado por hospitais públicos superlotados e com dificuldades em obterem equipamentos adequados, escassez de medicamentos e falta de profissionais.

Estas dificuldades presentes no início da implantação do projeto neoliberal prevaleceram e se fortaleceram na segunda metade da década de 1990 e início dos anos 2000, quando aumentou a demanda por serviços privados caracterizados por uma minoria da população com condições financeiras para pagar por estes serviços. Os hospitais do setor privado recusavam pacientes com baixo poder aquisitivo, resultado do precário investimento do Estado para este setor. Dessa forma, a saúde na atualidade caracterizou-se por uma divisão entre uma pequena parcela da sociedade que adquiriu os seguros privados e o atendimento do setor público pra a classe trabalhadora, que cada vez mais empobrecida, não consegue ter atendimento que garanta o acesso à saúde com universalidade e igualdade.

Neste processo da Política da Saúde observou-se a partir dos anos 2000 uma busca incessante por garantia de direitos, direitos estes que ainda não estão efetivados na sua totalidade conforme explícitos na Constituição Federal de 1988, Emendas e Leis secundárias.

Embora a descentralização da saúde tenha se concretizado³ muitas situações ainda estão caminhando no sentido de buscar atender toda a população, pois o país não está conseguindo gerir as condições necessárias ao povo brasileiro, tendo em vista que a grande maioria é que necessita das políticas públicas e esta, está cada vez mais seletista e fragmentada, não garantindo nem as necessidades básicas como alimentação, saúde, educação e moradia.

O Ministério da Saúde com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no ano 2006, disponibilizou uma cartilha informativa denominada Painel de Indicadores do SUS, onde constam alguns dados relevantes a esta discussão. No Painel, cujo objetivo era de democratizar as informações sobre a saúde, estão presentes algumas informações sobre a saúde principalmente no que se refere à presença do SUS no cotidiano da sociedade brasileira, caracterizando-se como uma política social das mais avançadas e atuantes, apesar de sua restrição orçamentária, atuou na prevenção de doenças, epidemias, na vacinação, na garantia de qualidade das águas e alimentos, no sistema de transplantes, dentre outros. Para auxiliar na consolidação do SUS, seus gestores assumiram o compromisso de criar o Pacto pela Saúde, em 2006, que apresentou três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde procurou reafirmar os princípios presentes na Reforma Sanitária, isto é, a universalidade, equidade, integridade e participação social, no sistema de saúde.

Percebeu-se através do Painel de Indicadores do SUS (2006), que em 2003, as mulheres apresentaram mais problemas de saúde no Brasil e os homens, em todas as faixas etárias, morreram mais do que as mulheres. O número de consultas médicas aumentou em dez vezes e a adesão aos planos de saúde privados manteve-se constante desde 1998 até 2003. Notou-se também que a mortalidade infantil, um dos indicadores de condições de vida e de acesso aos serviços de saúde, apresentou uma redução em 2004.

De acordo com o Painel, a distribuição de medicamentos e a implantação de farmácias populares, cresceram no ano de 2006, assim como a área de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF), que também se expandiu, auxiliando na promoção e prevenção de doenças de acordo com as necessidades de cada região. No mesmo ano, foi possível perceber um crescimento, nos serviços públicos, no atendimento de saúde bucal e a implantação de equipes odontológicas no PSF. No que se referiu à saúde da mulher, observou-se uma queda do número de consultas de pré-natal na região nordeste, e uma diminuição de adolescentes

³ A princípio todos os municípios deveriam ter seu Conselho Municipal de Saúde para gerenciar e fiscalizar a Política de Saúde local, embora, sabe-se informalmente, que em alguns estão efetivando de forma regular suas atribuições e outros estão ainda em processo de construção e entendimento de como deve ser.

grávidas em 2004. No mesmo período, foi possível ver que os índices de mortalidade materna que estavam relacionados com a gravidez, aborto e parto podiam ser evitados através de informações. As mortes através de câncer de colo de útero aumentaram em 2003, devido a falta de realização de exame preventivo, já a taxa de mortalidade por câncer de mama em 2003 apresentou uma estabilização.

No caso de algumas doenças transmissíveis, o Painel mostrou que os casos de tuberculose, malária, dengue e hanseníase, aumentaram principalmente nas áreas periféricas das regiões norte, nordeste e centro-oeste do Brasil, sendo possível também observar que além da presença de desigualdades geográfica, a área de expansão dessas doenças infecciosas e parasitas, também contemplou a desigualdade de gênero, de cor e de escolaridade. De acordo com este contexto, houve um acréscimo nas campanhas de vacinação através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), assim como aumentou a distribuição de medicamentos e campanha de prevenção contra o vírus da AIDS.

No Painel destacou-se a importância da participação da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, por meio dos espaços públicos destinados ao diálogo entre a população e os gestores do SUS. Também mostrou a importância de cada município ter Comitês e Conselhos de Saúde visando a articulação entre a política de saúde e a população.

Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, com o objetivo de relacionar os recursos orçamentários da união, dos estados e municípios, para a saúde percebeu-se um aumento no financiamento na área de saúde em 2005, que resultou em maiores investimentos principalmente para a atenção hospitalar, que é portador de programas como o de transplante de órgãos e tecidos, doação de sangue e leite materno, entre outros.

A questão da saúde é histórica, e vai apresentar características conforme o contexto dos determinantes sociais de saúde e do modo de vida de cada região da sociedade. Em 2004 observou-se um aumento no número de mortes por violência, assim como aumentou o número de idosos na sociedade. Houve a diminuição da fecundidade e do analfabetismo e do trabalho infantil no Brasil. Os determinantes de saúde não se limitam apenas ao tratamento de doenças, é necessário avaliar as condições econômico-sociais de cada região e de cada pessoa, e também avaliar os novos riscos à saúde presentes na atual conjuntura da sociedade como: excesso de peso, tabagismo, hipertensão entre outros. Tais mudanças no modo de vida das pessoas estão interferindo diretamente na questão dos índices de saúde na sociedade.

Diante de todo histórico do movimento da Política de Saúde no Brasil e o exposto no Painel (2006), nos questionamos: quem são os profissionais que estão no enfretamento

desta demanda e como estão respondendo diante de tanta desigualdade social e econômica, posta em nossa sociedade. Sabe-se que o Serviço Social desde sua institucionalização teve um espaço na área da saúde, com o processo de descentralização foi chamado para atuar mais próximo do planejamento, execução e avaliação desta política que a muito tempo tem raízes de luta e participação de movimentos que buscam a garantia de direitos.

1.2 A TRAJETÓRIA ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

O surgimento do Serviço Social no Brasil foi aos primeiros anos da década de 1930, segundo Martinelli (1993), contendo influência européia⁴, sendo resultado da iniciativa particular de alguns setores da burguesia com apoio da Igreja Católica. Seu surgimento está relacionado com a situação histórico-conjuntural do país, na qual com o desenvolvimento das indústrias aumentou o mercado de trabalho e os movimentos operários. O contexto econômico e social no país, nesta época, era marcado por mudanças ocorridas no Sistema Capitalista que deixava de ser concorrencial para se tornar monopolista. O período dos monopólios provocou alterações na sociedade ao reafirmar com mais intensidade sua base de fundamentação na exploração e alienação da classe subalterna por meio do aumento das taxas de lucro através do controle dos mercados⁵. Isto resulta em um capitalismo mais concentrado e mais estratégico que objetivou maior acumulação do capital e a expansão do mercado, necessitando ampliar a exploração da classe trabalhadora (força de trabalho), para alcançar mais lucro.

A mesma autora afirma que, a exploração que acentuou a precariedade das condições de trabalho, que possibilitou a organização de movimentos dos operários que passaram a reivindicar seus direitos. Foi possível perceber um amadurecimento político por parte de seus integrantes e assim inviabilizando o controle desse movimento pela repressão policial, tornando-se uma ameaça para a sociedade, de acordo com a perspectiva burguesa.

Foi neste contexto de acentuação das lutas de classes, durante a organização monopolista, que o capitalismo necessitou da intervenção do Estado junto com aos movimentos dos operários, que cada vez mais aumentavam suas manifestações reivindicando direitos. Ocorreu então, a união entre a burguesia, Estado e a Igreja Católica com objetivo de

⁴ França e Bélgica, berço do Serviço Social.

⁵ De acordo com Netto (1992, p.16), o controle dos mercados ocorreu através de “[...] níveis e formas diferenciados que vão desde o ‘acordo de cavalheiros’ à fusão de empresas, passando pelo *pool*, o cartel e o *truste*.”

formular estratégias para tentar controlar esse quadro social de tensão entre a classe trabalhadora e a classe dominante. O reforço dessa união de controle com o movimento leigo, fez com que a Igreja Católica decidisse atuar junto aos operários colaborando com a criação do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), em 1932, onde foi realizado o curso intensivo de formação social para moças, freqüentado por jovens católicas de famílias da alta burguesia paulista, com a finalidade de qualificá-las como agentes que realizariam de forma sutil, a prática de controle social⁶.

Seguindo as afirmações de Martinelli (1993), a identidade do Serviço Social a princípio era de reproduzir as relações sociais visando a expansão do capital, tornando-se instrumento da burguesia no sentido de auxiliar na realização do controle sobre a classe trabalhadora e criar uma ilusão de que o capital podia ser alcançado por todos da sociedade. Nas décadas de 1930 e 1940, a classe dominante procurou naturalizar sua política de caráter controlador e repressivo, utilizando-a como instrumento para garantir a ordem social por meio de práticas assistenciais e garantindo benefícios aos trabalhadores que encobriam o caráter de controle social.

De acordo com a mesma autora, com estes benefícios o Estado procurou se legitimar politicamente implantando estrategicamente uma política social com objetivo de conter os movimentos dos operários e controlar o nível de tensão na sociedade que se expressou no agravamento das paralisações e greves operárias. Foi a partir da década de 1940, com o aumento do recrutamento de agentes profissionais que o Serviço Social passou a contar com novos integrantes, não mais provenientes somente da alta burguesia e da elite. Tratou-se de profissionais que não eram movidos por ideais religiosos e nem pela preservação de poderes hegemônicos, eram pessoas pretendiam ter uma qualificação profissional e melhores salários, caracterizando uma das primeiras formas de rompimento das atividades profissionais com as atividades de caráter voluntarista e caritativo: a condição de assalariamento, na qual os profissionais eram parte integrante da divisão sócio-técnica do trabalho.

A partir de 1945, de acordo com Bravo e Matos (2004), ocorreu a propagação da profissão devido ao término da Segunda Guerra Mundial e as necessidades de desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Foi possível observar também a ampliação da profissão na área da saúde na qual a formação dos assistentes sociais, desde seu surgimento, possuía algumas disciplinas específicas em saúde.

⁶ Há duas formas de controle social: exercida do Estado para como a Sociedade ou da Sociedade para com o Estado. No caso citado se tratava da primeira opção.

Para poder dar respaldo aos profissionais, em 1947 foi criado o primeiro Código de Ética Profissional do Serviço Social, dentro dos parâmetros da Igreja com base do Neotomismo⁷, este Código respondia as necessidades postas pelo contexto que a profissão surgiu, momento onde o indivíduo era o responsável, por sua condição de miserabilidade ou, por qualquer outra forma de expressão da “questão social”.

Bravo e Matos (2004) explicitam que em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualizou o conceito de saúde, aderindo a aspectos biopsicossociais, o que determinou a necessidade de incluir outros profissionais para atuar nesse setor, incluindo os assistentes sociais, que a princípio enfatizavam sua atuação em uma prática educativa intervindo no modo de vida da “clientela⁸”, em relação aos hábitos de higiene e saúde. A atuação em hospitais, fez com que os profissionais de Serviço Social estivessem articulados entre a instituição e a população, ao mesmo tempo em que devia seguir as regras e condições impostas, devia viabilizar aos usuários o acesso aos serviços de saúde.

Foi nessa época, pós-guerra, que o Serviço Social passou a substituir a influência européia, pela norte-americana alterando os currículos na formação profissional e na atuação em instituições. A influência norte-americana era caracterizada pela efetuação de técnicas realizadas através da instrumentalidade para expandir a prática profissional em nível de comunidade, que de acordo com Martinelli “[...] a política definida pelo Estado americano, alojava em seu interior os interesses da classe dominante, que outros não eram senão a dominação política e a consolidação da hegemonia dos Estados Unidos sobre o continente.” (MARTINELLI, 1993, p.119). A partir da década de 1950, os assistentes sociais perceberam que a realidade brasileira era diferente da norte-americana, tornando a influência dos Estados Unidos no Serviço Social inviável para a intervenção profissional no Brasil. Com isso, a categoria verificou que o fazer profissional deveria ter uma implicação política através da opção por um projeto profissional próprio sem influências do modelo norte-americano.

Com o crescimento acelerado, no segundo pós-guerra, causou o tensionamento das estruturas sociais aumentando a mobilização da classe subalterna que defendiam seus interesses imediatos, as reivindicações de categorias específicas como: mulheres, negros, jovens e emigrantes. Estes movimentos negavam a ordem burguesa e seu estilo de vida, essa conjuntura de ameaças ao capital possibilitou o crescimento da contestação de práticas profissionais como a do Serviço Social Tradicional.

⁷ “O Neotomismo tornou-se a base filosófica da doutrina social da Igreja Católica, a partir de fins do século XIX. Retoma as idéias centrais da filosofia de Santo Tomás de Aquino (séc. XIII), combinadas com uma visão de mundo conservadora [...]” (BRITES; SALES, 2007, p. 24).

⁸ Expressão utilizada no período do Serviço Social Tradicional.

Desde o seu surgimento até os anos 1960, profissão não representou nenhuma ameaça ao bloco conservador, que até então dominava a produção do conhecimento e as instâncias representantes da categoria profissional, como a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS). A identidade caracterizada pela alienação dos assistentes sociais começou a adquirir um caráter de contradição onde os próprios profissionais passaram a questionar sua prática de intervenção como instrumentos da classe dominante favorecendo os interesses da burguesia almejando o controle social.

Foi na década de 1960, que surgiu no continente latino americano estes questionamentos críticos sobre a realidade da prática profissional e seus fundamentos teóricos conservadores. Segundo Netto (2005), a reconceituação se constituiu em um marco na história do Serviço Social latino-americano, que surgiu através de uma forte crítica ao tradicionalismo profissional, pois os assistentes sociais estavam dispostos à renovação e assim passaram a se questionar sobre: o papel da profissão em relação às expressões situadas na “questão social”; no que se referia a eficácia das ações profissionais tradicionais na realidade regional e nacional; e sobre as relações dos profissionais com os novos protagonistas que emergiam na cena político-social.

Nesta época, o Regime Militar em vigor na sociedade brasileira estava fortalecendo as idéias de concentração e centralização capitalista, o que provocou uma ampliação do amparo militar que estava presente em vários segmentos da sociedade. Qualquer forma de oposição ao ideal de ordem social, imposto pela ditadura era penalizada com um terrorismo de Estado operacionalizado de forma policial-militar. Muitas pessoas, dentre elas os profissionais de Serviço Social que eram adeptos do movimento de ruptura, sofreram com as repressões, através de torturas, exílio e extermínio. Neste sentido, os interesses sociais e as representações políticas de oposição ao tradicionalismo profissional não poderiam ser expressos, pois não estavam de acordo com as propostas de desenvolvimento econômico-social exposto pela política do Regime Militar.

O surgimento dessas indagações possibilitou o início de uma união de assistentes sociais interessados em respostas renovadoras para alcançar as mudanças sociais.

Esta frente renovadora compunha-se, basicamente, de dois grandes segmentos: um deles apostava numa espécie de *aggiornamento* do Serviço Social, capaz de modernizá-lo a ponto de torná-lo compatível com as demandas macrossocietárias, vinculando-o aos projetos desenvolvimentistas de planejamento social; outro constituído por setores mais jovens e radicalizados jogava uma inteira ruptura com o passado profissional, de modo a sintonizar a profissão com os projetos de ultrapassagem das

estruturas sociais de exploração e dominação. Como se vê, os primeiros passos da Reconceituação resultaram em uma espécie de ‘frente ampla’ profissional cortada por diferentes concepções de história, da sociedade e, naturalmente, das mudanças sociais em curso à época. (NETTO, 2005, p. 10- grifo do autor).

Foi neste contexto que a profissão realizou a primeira revisão do Código de Ética Profissional do Serviço Social, no ano de 1965, na busca de contemplar as alterações do contexto histórico-político do país, ao realizar esta revisão não houve nenhuma mudança substancial, continuando com a perspectiva neotomista/conservadora. Tal Código possuiu um caráter legalizado, em virtude da regulamentação da profissão que ocorreu em 1957. Também apresentou os valores tradicionais para orientar a prática profissional, pois a conjuntura do país vivenciava os resultados sócio-políticos do período pós-1964.

No Código de 1965, conforme Barroco (2003) estava presente além da tendência neotomista, a tendência liberal que se direcionava para o processo de modernização conservadora, que apareciam no Documento de Araxá⁹. Com a busca por mudanças e a conquista da Reconceituação alguns fatores passaram a estarem presentes na atuação profissional no país: o intercâmbio e articulação profissional entre os países da América Latina; a valorização da dimensão política que constituiu a intervenção social para a ação profissional; a interlocução com as ciências sociais abrindo espaço para tendências diversas do pensamento social; e a “inauguração do pluralismo” no Serviço Social.

Neste período, década de 1970, de acordo com Iamamoto (2000), assistiu-se no âmbito internacional uma crise do capital que provocou mudanças na forma de acumulação capitalista. Tais mudanças foram ocasionadas pela Revolução Tecnológica (eletrônica e robótica), sendo aplicadas na produção e comercialização, ampliando a competitividade de mercado e alterando as relações entre sociedade civil e Estado, provocadas pelas diretrizes políticas neoliberais. Estas mudanças resultaram em novas formas de mediações para o enfrentamento das expressões da “questão social”, principalmente na divisão sócio-técnica do trabalho, que atingiu também as mudanças ocorridas nas políticas sociais de emprego, de salários no mercado de trabalho.

Afirma Netto (2005) que, a maior conquista profissional através da Reconceituação foi dos assistentes sociais se recusarem a apenas se estabelecer como um “agente técnico puramente executivo” cujo objetivo era apenas de executar as políticas

⁹ “Tratado como um marco da reconceituação brasileira, [o documento de] Araxá propõe mudanças técnicas e teóricas que possibilitem à profissão adequar-se às novas demandas da autocracia burguesa, permanecendo com a mesma base filosófica que orienta os códigos de 1947 e 1965.” (BARROCO, 2003, p. 128).

sociais, assim, passaram a lutar pela ampliação de uma consciência política de acordo com os ideais da categoria profissional. Em virtude disso, neste contexto (1970) os profissionais conseguiram construir um projeto profissional com base em uma consciência política coletiva ingressando aos interesses da classe trabalhadora, o que possibilitou a superação de sua identidade favorecedora dos interesses da burguesia. A Reconceituação no Brasil enfrentou dificuldades na década de 1970, como resultado da repressão da ditadura em relação ao pensamento crítico. Porém a Reconceituação representou para o país a modernização profissional, durante mais de dez anos a renovação foi o que aconteceu de mais progressivo para o processo profissional, viabilizou a transição, através de sua crítica, do “Serviço Social Tradicional” para construir o denominado “Serviço Social Crítico”.

Nesse contexto, a formação de um pensamento crítico no Serviço Social, vinculado à luta de classes, não foi obra de nenhum ‘iluminado’, mas o resultado de um processo histórico complexo de lutas, de resistência ao imperialismo e à ordem dominante, de organização das classes subalternas e de construção de um projeto político de aliança de intelectuais com os dominados, explorados e oprimidos, na luta por mudanças profundas [...]. (FALEIROS, 2005, p 25).

Com a intenção de obter uma visão crítica do Serviço Social Tradicional, segundo Faleiros (2005), tornou-se necessário a busca de uma fundamentação teórica de caráter marxista. Diante dessa necessidade, mais uma vez a categoria dos assistentes sociais alterou seu Código de Ética Profissional, o ano de 1975 foi marcado com a publicação do terceiro Código do Serviço Social, com base marxista, porém não se tratava, da teoria marxiana e sim de uma versão que se orientava pelas obras de autores que interpretaram os pensamentos de Marx. Neste momento a categoria se reconheceu como parte da classe trabalhadora e se colocou ao seu lado nas defesas dos direitos sociais. O Código de 1975 apresentou a substituição do Neotomismo pelo Personalismo que reproduziu as mesmas tendências tradicionais, porém este Código negava o reconhecimento da diversidade (pluralismo) ao exercer a prática profissional. Também apresentou uma tendência de reatualização do conservadorismo, cujo objetivo era fundamentar-se na vertente fenomenológica.

A partir dessa realidade, o mesmo autor afirma que, os profissionais sentiram a necessidade de fundamentar a crítica na obra de Karl Marx, intitulada “Introdução à Crítica da Economia Política”, na qual a prática e a teoria estavam fundamentadas possibilitando para que o Serviço Social se constituir em “[...] um processo histórico-estrutural, nas relações sujeito-estrutura” (FALEIROS, 2005, p.27. Nesse sentido, o assistente social passou a atuar nas

mediações das relações de poder e intermediando, ao mesmo tempo, os recursos e serviços para que os sujeitos obtivessem seus direitos assegurados.

1.2.1 As renovações dos princípios éticos que orientam a prática profissional.

Na década de 1980 com a incorporação do marxismo, fortaleceu a idéia de que os assistentes sociais deveriam estar a favor dos direitos dos trabalhadores, e isto fica claro no Código de Ética Profissional de 1986, que trouxe expresso em seu conteúdo à direção que a categoria optou em seguir. Conforme Paiva e Sales, (2000), os Códigos de 1947 até 1975 permaneceram com concepções filosóficas orientadas pelo Neotomismo, consagrando valores abstratos como o “bem comum” e “pessoa humana”. Com a reformulação do Código em 1986, tais valores foram superados ao se objetivarem os usuários como sujeitos históricos, possibilitando conhecer suas necessidades concretas.

Isto foi efetuado através dos princípios de contradição em relação à harmonia e estabilidade presentes nos Códigos anteriores, outra alteração presente no Código de 1986 encontrou-se na contraposição com a idéia de “neutralidade profissional”, por meio do entendimento de “compromisso” dos profissionais com os usuários estabelecidos nos deveres correspondentes à: democratização de informações; criação de espaços para participação em programas e decisões institucionais; denuncia de falha nas instituições e dos próprios profissionais e a contribuição para alterar a correlação de forças. O Código de Ética de 1986 também apresentou dimensões referentes à: posicionar-se contra a base filosófica tradicional que era “[...] nitidamente conservadora, que norteava a ‘ética da neutralidade’, enfim recusada; e a afirmação de um novo papel profissional, implicando uma nova qualificação adequada à pesquisa, à formulação e gestão de políticas sociais” (PAIVA; SALES, 2000, p.160).

Barroco (2003) diz que, mesmo com os avanços teórico-políticos alcançados pela categoria em relação à vertente de ruptura, na década de 1980, percebeu-se que houve uma defasagem na teorização ética¹⁰, mesmo com a reformulação do Código apresentando a negação da ética de neutralidade, o reconhecimento da dimensão política da prática profissional e os direitos e necessidades dos usuários.

¹⁰ “[...] A reflexão teórica marxista forneceu as bases para uma compreensão crítica do significado da profissão, desvelando sua dimensão político-ideológica, mas não a desvendou em seus fundamentos e mediações ético-morais; explicitou os fundamentos do conservadorismo e sua configuração na profissão, o que não se desdobrou numa reflexão ética específica [...]” (BARROCO, 2003, p. 177).

Este foi um período de grande expansão das produções teórica acadêmicas, na qual a hegemonia passou a adquirir um amadurecimento teórico-intelectual. As idéias marxistas se propagavam entre os profissionais que cada vez mais fortaleciam a ruptura com o tradicionalismo profissional, porém era necessário que se implementasse a ruptura com o conservadorismo na prática profissional. O contexto político do país, neste período (década de 1980), foi caracterizado pela execução do processo de transição democrática, que já estava se articulando desde a década de 1970, no qual, a ditadura militar chegou ao seu esgotamento, possibilitando a ascensão da democracia. Tal processo ocorreu, conforme Netto (1992), através da crise do Regime Ditatorial, marcado por conflitos econômicos e pelo agravamento de tensões entre o governo e os movimentos operário e popular. Estes conflitos presentes no Estado Ditatorial fizeram com que o grande capital perdesse sua legitimação política e, com estas dificuldades encontradas pelo Regime Militar, em controlar o Estado, possibilitou o estabelecimento do segmento democrático.

Foi possível perceber, de acordo com Iamamoto (2000), que o Serviço Social sendo uma das especializações da divisão sócio-técnica do trabalho, também foi atingido por mudanças, na década de 1990, que começaram através de alterações no projeto profissional, que tinha como objetivo a defesa dos direitos sociais, da cidadania e da esfera pública, no que se referia à democratização política e econômica no âmbito da sociedade.

Em 1992, Barroco (2003) afirma que, teve início no Brasil o processo de debates éticos entre os assistentes sociais, para a aprovação de um novo Código. Tal processo iniciou-se com uma reflexão geral sobre a ética, que depois se aprofundou na questão da ética profissional, abrindo a discussão sobre o conteúdo do Código de 1986, assunto este tratado como uma das dimensões da prática profissional do Serviço Social. Com essa ampliação do debate sobre ética, foi possível abranger assuntos referentes à fundamentação teórica e às problematizações referentes à prática profissional.

Para conseguir enfrentar as múltiplas expressões da “questão social”, diz Iamamoto (2000) que, os assistentes sociais deveriam conseguir decifrar as desigualdades sociais (classes), junto com as formas de resistência às mudanças as tais desigualdades, pelos sujeitos sociais. A “questão social” como campo de conflito por onde ocorre a atuação dos assistentes sociais, apresentou como aspectos principais a ampliação do desemprego e da precarização das relações de trabalho, na qual a insegurança sobre a defesa dos direitos trabalhistas aumentou, tendo em vista que os trabalhadores foram afetados pela redução do emprego formal, pelo crescimento da terceirização que regulamentou legalmente os contratos de trabalho temporário. O argumento do governo em relação aos empregos temporários,

constituiu-se numa forma de combater o desemprego, mantendo uma política comprometida somente com ganhos financeiros (lucro), deixando de lado o crescimento econômico do país, que poderia gerar novos empregos. Tal argumento do governo estava relacionado com a rotatividade da mão-de-obra nas empresas, que acentuou a fragilidade das relações entre empregados e empresas, facilitando o baixo custo das demissões.

Assim como os demais trabalhadores, os assistentes sociais também estavam sujeitos a sofrer às tendências do mercado de trabalho, cujo quadro de crises foi agravado com a desaceleração do crescimento da economia levando a Reforma do Estado, pois o próprio Estado era visto como responsável pela crise do mercado de trabalho.

Entendendo que a Reforma do Estado diz respeito às relações entre o Estado e a Sociedade Civil, o governo considera que o Estado deve deixar de ser o 'responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social' para se tornar promotor e regulador desse desenvolvimento, transferindo, para o setor privado, as atividades que possam ser controladas pelo mercado. Isso vai se traduzir na generalização da privatização das empresas estatais e na 'publicização dos serviços de saúde, educação e cultura', tornando possível que o Estado abandone o papel de executor direto desses serviços. (IAMAMOTO, 2000, p. 120).

Nesse caso, para Iamamoto (2000), a publicização é entendida como o processo de descentralização da execução de serviços sem a interferência do poder do Estado, pelos setores públicos não estatais. Dessa forma, o Estado reduziu as suas responsabilidades, onde a privatização e a descentralização direcionam suas ações para o campo das políticas sociais públicas, sendo que este processo ampliou a área de atuação de grandes corporações empresariais e das Organizações Não-Governamentais (ONGs), em relação à gestão e execução de políticas sociais que repercutiu nas condições de trabalho. A prática profissional como parte e expressão da história da sociedade, precisou estar inserida no cenário das relações entre as classes sociais e o Estado brasileiro. Era necessário também, que os assistentes sociais obtivessem conhecimento de tais relações estabelecidas no mundo da produção, onde são construídos os sujeitos sociais, os fundamentos da exclusão social, da política, da alienação e o conhecimento da história para a efetuação de uma análise crítica baseada na densidade histórica para orientar a prática profissional.

A prática profissional, conforme Iamamoto (2000) esteve priorizando a intervenção do Estado através das políticas sociais públicas, deixando os movimentos de classes sociais como uma questão secundária nos debates do Serviço Social, sendo na

sociedade civil que se encontram os fundamentos do Estado. Além disso, a atuação profissional necessitou analisar as alterações ocorridas no processo de trabalho e no mercado urbano e rural, onde abrigam a população usuária dos serviços dos assistentes sociais. A atuação profissional exigiu que os profissionais entendessem que o processo de pauperização das classes subalternas estava diretamente relacionado com as mudanças no mundo do trabalho e, além de alterações, indicaram o redimensionamento das demandas das políticas sociais. Tais mudanças no mundo do trabalho representaram uma modernidade da sociedade brasileira caracterizada pela precarização na reprodução das condições de vida da classe trabalhadora, que passou a se inserir no setor informal de trabalho e de desemprego, não dispondo dos direitos trabalhistas.

Diz Iamamoto (2000) que neste contexto, também foi possível observar mudanças ocorridas na agricultura, com a intervenção do Estado, subordinando-a aos interesses do grande capital. Esta intervenção primeiramente ocorreu pelo estímulo aos agricultores em se inserir nos grandes projetos agropecuários através de financiamentos, resultando em uma industrialização da agricultura e de seus equipamentos. Além disso, a política estatal também auxiliou nas mudanças no mercado de terras, onde a elevação dos preços aumentou o processo de expropriação dos trabalhadores da terra, a violência no campo marcada por lutas pelas terras e o êxodo rural levou os trabalhadores do campo a dirigirem-se às grandes cidades provocando um aumento das demandas por serviços sociais públicos.

A mesma autora afirmou que, estas intervenções do Estado nas relações de produção resultam em alterações nas condições de vida dos trabalhadores, sejam urbanos ou rurais, representam para a prática profissional do Serviço Social novas demandas para atuar nas empresas em projetos direcionados à relações industriais e humanas. Todas as alterações que ocorreram na organização dos processos de trabalho foram necessárias para que os assistentes sociais conseguissem compreender o universo da população usuária de seus serviços, que estavam vivendo em um cenário marcado por concepções neoliberais oriundas das políticas de Estado que atuavam na sociedade. Com o neoliberalismo cortaram-se os gastos sociais e os serviços foram transferidos para o setor empresarial, observou-se também, com isso que o sucateamento dos serviços públicos fortaleceu os interesses privados na implantação dos serviços sociais, afetando diretamente seu caráter público.

Em consequência disso, Iamamoto (2000) diz que, a prática profissional dos assistentes sociais sentiu um aumento da pressão em relação à demanda por serviços sociais públicos, que se confrontou com a falta de verbas e recursos das instituições prestadoras de serviços, resultado do corte de gastos sociais pela política econômica de governo. Com isso,

foi possível perceber um aumento da seletividade dos atendimentos, e assim os profissionais não poderiam executar a universalização dos direitos sociais presentes na Constituição Federal de 1988, provocando angustias e questionamentos sobre o papel profissional dos assistentes sociais.

Foi neste período de embates políticos e sociais que a categoria dos assistentes sociais constrói a reformulação do Código de Ética, em 1993, de acordo com Barroco (2003), apresentou a inserção de seus princípios no processo de ruptura com o Serviço Social Tradicional, que se reportou à elaboração do projeto profissional articulado com um projeto social democrático, cujo objetivo era o compromisso com os interesses históricos da classe trabalhadora, com base de fundamentação na ontologia social de Marx. Na reformulação do Código foi apresentada a proposta de consolidação do projeto profissional presente no Código de 1986, visando garantir as conquistas superando suas fragilidades.

A categoria buscou apresentar, conforme Barroco (2003), a necessidade da dimensão ética da prática profissional através da operacionalização dos valores e princípios da prática, no que se referiu aos direitos e deveres éticos dos profissionais. A reformulação do Código de Ética de 1993 ocorreu através de um processo de debates e reflexões entre os assistentes sociais, nos quais existiram contradições e tensões para chegar à hegemonia da vertente teórico-metodológica denominada tendência de ruptura, presentes no âmbito profissional. Tal hegemonia conquistada, porém não sem confrontos entre a categoria, se concretizou no Código de 1993 e vinculou-se à capacidade teórico-prático de tentar responder com caráter positivo, os desafios referentes a uma hegemonia que não é indiscutível, pois apresentou em uma perspectiva crítica, o enfrentamento de dilemas e opções referentes aos questionamentos de suas bases. Dessa forma, a ética como sendo um dos componentes básicos de um projeto profissional vai poder contribuir para concretizar a superação do conservadorismo no Serviço Social.

Ao fundamentar-se na ontologia social de Marx, Barroco (2003), afirma que a reprodução da vida social estava presente na centralidade do trabalho, o que revelou ações ético-morais na atuação profissional que, através da práxis¹¹ apresentou valores éticos como a liberdade, equidade e justiça social, articuladas com a democracia e cidadania. O Código apresentou a equidade e a democracia como valores ético-políticos, nos quais a democracia como sendo uma organização política, possibilitou aos princípios do Código, ir além das limitações impostas pela ordem burguesa ao desenvolvimento pleno da cidadania, das

¹¹ “A práxis é, portanto, a revolução, ou crítica radical que, correspondendo a necessidades radicais humanas, passa do plano teórico ao prático”. (VÁZQUEZ, 1977, p. 128).

garantias e direitos individuais e sociais, também possibilitou a equidade de explicitar os limites da liberdade burguesa, tida como suporte de desigualdades, pois as idéias de liberdade burguesa eram opostas à igualdade, justiça social e cidadania plena.

Princípios fundamentais do Código de Ética Profissional de 1993: o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classes, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (CFESS, 2006, p. 16-17).

O Código de 1993 ostentou a dimensão prático-operativa quando defendeu e universalizou os direitos sociais e os mecanismos democráticos para a regulação social. O Código trouxe também um compromisso profissional que correspondeu à capacidade de tornar concreta a vontade política e a obtenção de valores considerados unidades nas dimensões política, ética, intelectual e prática para a prestação de serviços sociais. Referente a esta prestação destes serviços, o Código trouxe inovações para a efetivação da prática profissional como o pluralismo e a negação do preconceito e da discriminação.

Foi possível observar uma superação do moralismo quando se apresentou uma eliminação de todas as formas de preconceitos, o que resultou no respeito à diversidade, à participação de grupos discriminados pela sociedade e ao debate sobre as diferenças na atuação profissional. No que se referiu ao respeito à diversidade, notou-se a defesa da

tolerância no sentido de estar coerente com o princípio democrático que orientou a ética profissional.

A partir de 1993, o Código de Ética passa a ser uma das referências dos encaminhamentos práticos e do posicionamento político dos assistentes sociais em face da política neoliberal e de seus desdobramentos para o conjunto dos trabalhadores. É nesse contexto que o projeto profissional de ruptura começa a ser definido como projeto ético-político referendado nas conquistas dos dois Códigos (1986 e 1993), nas revisões curriculares de 1982 e 1996 e no conjunto de seus avanços teórico-práticos construídos no processo de renovação profissional, a partir da década de 60. (BARROCO, 2003, p. 206).

Com isso, Barroco (2003) destacou que, foi possível evidenciar o Código de Ética de 1993 como uma expressão do acúmulo profissional desde a década de 1980 e de avanços teórico-políticos adquiridos com o Código de 1986, que representou um forte patamar na trajetória de lutas contra o tradicionalismo do Serviço Social no Brasil.

O ano de 1993 foi marcado por vários pontos de garantias de direitos no que se refere ao Serviço Social, pois ocorreu a reformulação do Código de Ética Profissional, das Diretrizes Curriculares e da Lei de Regulamentação da Profissão, ressaltando os fundamentos teóricos com base no marxismo para formação e atuação profissional. A partir deste contexto legal e teórico, que o Serviço Social obteve a materialização do seu Projeto Ético Político Profissional, com base na garantia dos direitos da classe trabalhadora, sem estar atrelado a condições de subalternidade através de teorias que não respondem ao desejo coletivo da categoria profissional.

Este período também foi caracterizado pela implementação do neoliberalismo, momento onde o que foi conseguido materializar na Constituição de 1988, estava sendo negado, ou seja, simplesmente transferido para a responsabilidade da sociedade civil. A conquista de direitos pela categoria profissional durante uma conjuntura em que os direitos estavam sendo reduzidos mostra que a luta que vinha sendo construída desde o período de 1960 chega a década de 1990 com força total, para enfrentar as múltiplas manifestações da “questão social” que este sistema, com nova roupagem estava implantando no país. Dentre muitas lutas, pela propagação dos direitos sociais, o Serviço Social fundamentou-se na construção de seu Projeto Ético-Político, o qual deve ser um processo de construção cotidiano.

Para dar fortalecer o Código de 1993, a Lei que Regulamenta a Profissão traz em seus artigos 4 e 5 as competências e atribuições do assistente social onde ficam explícitas as atividades que o profissional deve desenvolver na sua prática.

Art. 4 Constituem competência do Assistente Social: I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos de administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II – elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III – encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população; IV – (VETADO); V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI – planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII – planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII – prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresa privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX – prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X – planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI – realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. **Art. 5** Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I – coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II – planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III – assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV – realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V – assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em cursos de formação regular; VI – treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII – dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII – dirigir e coordenar associações, núcleos e centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX – elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X – coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI – fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII – dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII – ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (CFESS, 2006, p. 33/35).

Com base nestas atribuições que a categoria construiu em sua trajetória histórica é que se busca neste trabalho conhecer a relação destas com a área da saúde, campo onde o Serviço Social está presente a muitas décadas e cada vez mais vem ocupando os múltiplos espaços caracterizados multidisciplinares, para o atendimentos dos usuários desta política. Se considerar o percurso sócio-histórico da Política de Saúde ver-se-á que, está em processo de efetivação de direitos, e que estes direitos nem sempre têm subsídios, econômicos ou políticos, para garanti-los. Mas segundo dados levantados pelo Painel - MS (2006) estão sendo realizadas várias pesquisas onde mostram que a saúde no Brasil é a Política que tem maior efetivação, porém cabe o questionamento de “quem” e “como” estão sendo realizados estes atendimentos aos usuários.

Diante disso, com todas as mudanças conquistadas, ao longo da história de institucionalização do Serviço Social no Brasil, pela categoria articulando-as com a trajetória de lutas por direitos dos movimentos sociais, principalmente os referentes à Política de Saúde. É necessário analisar como está sendo efetivada à prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde no município de Toledo – PR, no período de 2008. Tal análise irá objetivar conhecer como está sendo a aplicação dos princípios do Código de Ética Profissional, que estabelece os fundamentos teóricos para as atribuições dos profissionais, na garantia de direitos dos usuários diante do sistema de saúde. Direitos estes que não se limitam apenas ao aspecto curativo de doenças, mas também à possibilidade de ter acesso às informações necessárias para preveni-las, considerando a garantia de direitos universais referentes ao saneamento básico, habitação, alimentação, condições ambientais, dentre outros fatores que determinam o estado de saúde básica à sobrevivência de cada cidadão.

2 BREVE RELATO HISTÓRICO-SOCIAL SOBRE O MUNICÍPIO DE TOLEDO

Na década de 1930, de acordo com Niederauer (2004), o governo brasileiro incentivou uma forma de promover uma segurança do território nacional através da ocupação de áreas de fronteiras, denominada de “Marcha para o Oeste”. Este processo migratório que marcou o Brasil caracterizou-se pela expansão das atividades rurais no país para a realização dos processos de internacionalização como uma forma de modernizar a agricultura. Estes deslocamentos da população urbana para o campo tornaram-se um excelente negócio de terras, porém fortalecendo os grandes negócios e desfavorecendo a agricultura familiar.

Na Região Oeste do Paraná, conforme Niederauer (2004), este processo foi inverso, pois, enquanto as áreas rurais brasileiras expulsavam a mão-de-obra, a Região Oeste acolheu os pequenos agricultores que foram atingidos pela modernização da agricultura em outras regiões. A história da construção do município de Toledo foi marcada pela época em que a Indústria Madeireira e Colonizadora do Rio Paraná S/A – Maripá localizada no oeste do Paraná, em 1946, começou a exploração de uma área territorial que antes pertencia a uma empresa inglesa, denominada Fazenda Britânia, cujo objetivo era a exploração das matas virgens do oeste paranaense.

Para Niederauer (2004), a forma de colonização realizada pela empresa Maripá adotou o modelo de minifúndios feitos por pequenas colônias, que objetivou a aquisição de terras por algumas famílias. Tal estratégia de colonização centrou-se no objetivo de desenvolver a Região Oeste viabilizando uma estabilidade agrícola. A colonização do Oeste do Paraná (entre 1946 e 1960) foi marcada por uma economia realizada por meio da extração de madeira e a policultura de subsistência familiar que também intermediou o comércio do excedente da produção dos colonos.

Niederauer (2004) destacou que as áreas que estavam sendo colonizadas eram selvagens e cobertas de matas com uma pequena população vinda do sul do país. Para a expansão do município de Toledo, a população sentiu a necessidade de divulgar a cidade, principalmente na capital do estado (Curitiba), objetivando que se tornasse um dos pontos de referência no Oeste do Paraná. Tal divulgação resultou na emancipação política da cidade, que ocorreu em 14 de novembro de 1951 através da Lei 790, sancionada pelo então governador Bento Munhoz Rocha Neto, criando assim o Município de Toledo, desmembrado de Foz do Iguaçu, Cascavel e Guaíra. A emancipação fez com que o município se organizasse a partir de sua própria administração ao eleger o primeiro prefeito Dr. Ernesto Dall’Oglio, no

final de 1952. Também através da emancipação, o número da população da cidade começou a aumentar, bem como sua situação econômica, principalmente com o desenvolvimento de atividades agropecuárias, como a criação de suínos e aves. Este contexto resultou na instalação do Frigorífico Pioneiro S/A, adquirido pela Frigobrás/Sadia em 1964, que veio incentivar ainda mais a produção através da organização de produtores integrados (pequenos produtores), que contavam com a assistência técnica fornecida pela empresa. A efetivação deste campo industrial passou a atrair para a região uma massa de trabalhadores que se instalou nas redondezas do frigorífico.

Desde a colonização, de acordo com Azevedo e Colognese (2005), foram feitas tentativas de ampliar a economia do município, uma destas foi do cultivo de café, que não atingiu sua produtividade esperada, devido as condições climáticas não serem as ideais para o cultivo deste produto. Foi na década de 1960, que os produtores passaram a cultivar outros grãos: soja e trigo, fato que viabilizou uma expansão econômica do município na década de 1970, auxiliando no processo de concentração de terras e sua mecanização, além de ter provocado uma falta de produtos alimentícios para o consumo local. Este contexto também contribuiu para o êxodo rural e a acelerada urbanização, que colaborou expressivamente com a poluição de rios devido à utilização de agrotóxicos para o controle de pragas nas lavouras. Com este processo, até a década de 1980 foram registradas grandes mudanças também no comércio, pois com o aumento da população urbana¹², ocorreu a extinção de estabelecimentos como os empórios e armazéns, para se estabelecer novas formas de comércio, com produtos mais diversificados e especializados que visavam atender as necessidades da demanda populacional.

Azevedo e Colognese (2005), afirmaram que com os processos de transformações ocorridos no âmbito econômico à relação de trabalho entre o homem e a terra também sofreu alterações. Com a produção de grandes lavouras de trigo e soja e a mecanização agrícola, alterou-se o modo de trabalho realizado nas pequenas propriedades rurais, que eram efetuadas através da mão-de-obra familiar, juntamente com o novo modelo de propriedade e os novos métodos de cultivo. Com essas mudanças no mundo agropecuário, foi implantando uma forma de crédito para o financiamento da mecanização da agricultura, pelo Banco do Brasil, para que se tornasse possível a aquisição de máquinas, insumos e equipamentos, elevando a produtividade e o desenvolvimento regional, ao mesmo tempo em que passou a selecionar quem seriam os produtores: os que tinham condições de pagar o financiamento.

¹² De acordo com Willers (2007), na década de 1980 a área urbana possuía 42.994 habitantes, a área rural 38.288 totalizando 81.282 mil habitantes na cidade de Toledo – PR.

Diante desta situação, para Azevedo e Colognese (2005), os pequenos produtores encontraram na venda de suas propriedades uma forma de conseguir se firmar em outro tipo de atividade econômica, principalmente adquirindo estabelecimentos comerciais no centro do município. Enquanto isso, o trabalhador da terra, que não possuía propriedades, recorreu ao processo de êxodo rural, onde se instalou na periferia da cidade, exercendo função de bóia-fria, pois sendo analfabeto, sem experiências profissionais e sabendo fazer apenas atividades agrícolas, na área urbana não conseguiu emprego.

Os mesmos autores afirmam que, estes deslocamentos provocados pela mecanização do meio rural se intensificaram na década de 1990 e colaboraram para um acelerado processo de urbanização adotando relações competitivas na esfera do trabalho. Este desempenho profissional passou a não depender mais de solidariedade e ajudas mútuas, mas passou a contar com a complexidade das relações sociais, que auxiliou o surgimento do mercado de trabalho informal, marcado por relações individualistas.

Com a acelerada urbanização, Azevedo e Colognese (2005) destacam que as propriedades urbanas estavam em um período de valorização, dessa forma constituiu um processo seletivo dos habitantes conforme o poder aquisitivo, formando a chamada área periférica, isto é, os bairros pobres e os populares¹³. Estes bairros começaram ser construídos nos arredores do centro urbano do município, cujos habitantes se caracterizavam por pessoas sem condições financeiras de adquirir uma moradia. Os moradores destas áreas periféricas, na década de 1990, com a decadência da produção de algodão perderam o trabalho de bóia-fria, e novamente passaram por uma fase onde se obrigaram a adotar novas estratégias de sobrevivência. No centro urbano do município de Toledo passou a ser comum observar uma nova categoria de trabalhadores informais, os catadores de lixo reciclável¹⁴, que utilizavam características comuns da época de colonização, pois, enquanto foi possível observar a agricultura familiar na década de 1950, atualmente foi possível perceber que as atividades familiares continuam no âmbito do trabalho informal.

A cidade de Toledo, no atual contexto possui uma economia que valoriza a agropecuária, com a produção de grãos, suínos e aves, na qual foi possível observar a existência das indústrias Frigobrás Sadia, a Fiasul, a Cervejaria Colônia e também o destaque

¹³ Destacando-se principalmente os bairros: Jardim Coopagro; Vila Pioneira; Vila Operária; Cezar Park e Jardim Panorama.

¹⁴ “[...] o Estado, através das instituições urbanas públicas, sob o discurso da preservação ambiental ou da política social, [...] se apropriam do trabalho do *catador de lixo*, integrando-o aos serviços de limpeza urbana sob o discurso de que esta interferindo positivamente nas condições de vida daqueles trabalhadores precarizados, ao agenciar trabalho e obtenção de renda” (MOTA, 2002, p. 8). Sob este discurso, os catadores de lixo passam a ser chamados de “agentes ambientais” (VARUSSA, 2006, p. 2).

na produção de medicamentos genéricos, com a indústria Prati-Donaduzzi. Estas empresas representam uma nova forma de expansão econômica no município. Assim, de acordo com Azevedo e Colongese (2005), percebeu-se que a estrutura territorial de Toledo sempre esteve marcada por um processo de divisão econômico-social, de um lado da cidade residem os habitantes proprietários, com maior poder aquisitivo e os descendentes de imigrantes, do outro lado estão os trabalhadores assalariados das indústrias, juntamente com os trabalhadores informais, que elaboram diariamente novas estratégias de sobrevivência dentro de uma sociedade capitalista marcada por expressões da “questão social”.

O mais novo campo do mercado que ingressou em Toledo foi o da Educação, pois se percebe o grande aumento do fluxo populacional no município desde a instalação das universidades particulares¹⁵, que junto com a formação de um maior número da população, traz para o município muitas pessoas de outras cidades e até de outros Estados.

Cabe aqui considerar a grande expansão do município, que no decorrer da história foi deixando seqüelas que estão culminando nas demandas postas, que são pretensamente atendidas pelas políticas sociais nas quais atuam os profissionais de Serviço Social.

2.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Ao estabelecer uma metodologia para a elaboração de uma pesquisa científica, bem como neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), deve-se compreender a utilização de um conjunto de métodos e de estabelecimento de procedimentos didáticos e técnicos que envolvam o conhecimento e análise de determinados dados da realidade, sendo necessária “[...] a aplicação de vários instrumentos ou técnicas na operacionalização de uma pesquisa.” (OLIVEIRA, 2007, p.43). Para a realização desta pesquisa, a construção do processo metodológico ocorreu a partir da experiência de Estágio Curricular Supervisionado realizado na HOESP – Hospital Bom Jesus - nos anos 2007 e 2008. O tema está situado no contexto da Política de Saúde: A atuação profissional do assistente social na Política da Saúde no município de Toledo – PR.

A partir da experiência citada vários questionamentos afloraram, porém um foi o principal que é: Como os profissionais do Serviço Social estão realizando os atendimentos aos usuários da Política de Saúde em Toledo?

¹⁵ Universidade Paranaense; Faculdade Sul Brasil; Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Norte do Paraná.

Para responder a este problema¹⁶ que inquieta a pesquisadora, foram necessárias algumas condições, as quais tiveram origem com a escolha da metodologia de trabalho. Para tanto as questões norteadoras, que deram respaldo a tentativa de responder ao problema, são: onde estão os assistentes sociais da saúde no município? Quais são as atividades que estão desenvolvendo nas instituições? Até que ponto os assistentes sociais conseguem atuar de acordo com o Código de Ética Profissional? Como assistente social vê a profissão atualmente?

Para responder a este problema o objetivo central do trabalho é: conhecer e analisar como os assistentes sociais estão realizando o atendimento aos usuários, e se respondem ao Código de Ética da Profissão.

A abordagem eleita para o desenvolvimento da pesquisa foi qualitativa¹⁷ tendo em vista que se trata de um trabalho onde serão apresentadas informações de características ético-profissionais. Desta forma a abordagem escolhida poderá dar maior fundamentação à análise dos dados. Esta escolha pela pesquisa qualitativa auxiliou na descrição da complexidade do problema e das questões norteadoras, possibilitando a realização de uma análise que objetiva compreender como está sendo a atuação dos profissionais na área da saúde, frente às dificuldades em seu espaço institucional, bem como o conhecimento das condições de trabalho apresentadas.

O tipo de pesquisa utilizada para este Trabalho de Conclusão de Curso foi classificada de acordo com os objetivos pretendidos, considerando também os procedimentos metodológicos e técnicos. Optou-se pela pesquisa de campo¹⁸ exploratória, visualizando uma forma de fornecer uma explicação geral sobre o assunto abordado. É exploratória porque “[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, [...]. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.” (GIL, 2002, p. 41).

O processo desta pesquisa teve início nas fontes secundárias, que correspondem ao levantamento bibliográfico que possibilitou uma reflexão sobre o assunto referente à prática profissional através de livros, artigos publicados, porém não se trata de mera repetição

¹⁶ “Problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução”. (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 28).

¹⁷ “[...]. Entre os mais diversos significados, conceituamos *abordagem qualitativa* ou *pesquisa qualitativa* como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de [...] técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação. [...]” (OLIVEIRA, 2007, p.37- grifo da autora).

¹⁸ “Pesquisa de Campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 85).

do que já está escrito, mas sim de uma pesquisa, cujas leituras possibilitem uma base sobre o processo histórico do tema em questão. Para completar a pesquisa, as fontes primárias trouxeram ricas colaborações, mas para chegar a elas foi necessária a definição do universo¹⁹ a ser estudado, que se caracterizou nos profissionais assistentes sociais que atuam na área de saúde em Toledo. Como o número de profissionais nas instituições de saúde no município não é grande optou-se por pesquisar o universo total: onze²⁰ profissionais assistentes sociais. Tais dados foram obtidos através da colaboração do Departamento de Recursos Humanos (RH) da Prefeitura de Toledo, o qual informou que a primeira assistente social do município foi contratada em 01/02/1984 e atuava na área da saúde. Também informou que o município possui dezenove Unidades Básicas, contando com os distritos, sendo que apenas sete contam com Assistentes Sociais.

As instituições municipais de saúde que no ano de 2008 possuem em seu quadro profissionais de Serviço Social são: Unidade Básica de Saúde do Jardim Panorama (uma); Unidade Básica de Saúde do Jardim Europa (uma); Centro de Saúde (duas); Centro de Saúde Mental (uma); Unidade Básica de Saúde CAIC (uma); Unidade Básica de Saúde do Jardim Coopagro (uma); Núcleo Integrado Dr. Jorge Milton Nunes - Mini-Hospital (uma); e Secretária de Saúde do Município de Toledo (três).

Com o tipo de pesquisa definido, o universo visualizado, a busca era pela técnica/instrumental, que levasse ao processo de ensino-aprendizagem e de formação do conhecimento. A técnica escolhida foi à entrevista²¹, formando uma interação entre o entrevistador e o entrevistado, sendo que o direcionamento teórico utilizado nas questões que compõe o roteiro relacionou-se com os objetivos, possibilitando uma análise do tema sobre a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde em Toledo.

Durante o processo de entrevistas, surgiram algumas dificuldades para a realização das mesmas. O excesso de demanda dificultou a disponibilidade de tempo dos profissionais em responder as questões. Sendo assim não foi possível realizar entrevista com três assistentes sociais por motivos diferentes, que não cabe explicitá-los. Desta forma nosso universo de 11 (onze) profissionais ficou com a amostra de 8 (oito) profissionais e esta amostra foi não probabilista, pois ocorreu depois de delimitada a metodologia de trabalho,

¹⁹ “[...] é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum [...] O universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado, [...]” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 43)

²⁰ Dados obtidos via e-mail através do RH da Prefeitura de Toledo, por solicitação da orientadora desta pesquisa Índia Nara Smaha. Conforme apresentado no Apêndice IV.

²¹ “A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. [...]” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 94).

mas como este processo de pesquisa é qualitativo, isto pode ser algo que venha a colaborar pra a análise dos dados e faz parte do processo entre entrevistador e entrevistado. As demais profissionais disponibilizaram-se em participar da pesquisa.

Para executar as entrevistas foi elaborado um roteiro²² formado por treze perguntas estruturadas, isto é, previamente estabelecidas, sendo que uma pergunta foi fechada e doze foram abertas. Tais questões foram aplicadas com todos os profissionais entrevistados no período de 02/09/2008 até 18/09/2008, com a finalidade de analisar a resposta de cada profissional em relação à mesma questão. Nas entrevistas 03 (três) foram gravadas e 05 (cinco) foram anotadas. Cabe esclarecer que o contato inicial com as profissionais foi feito com a entrega de uma carta de apresentação, conforme apêndice I, para comprovar o vínculo com a universidade e após a apresentação das informações coletadas junto aos sujeitos, estes assinaram o Termo de Livre Consentimento, apresentado no apêndice II.

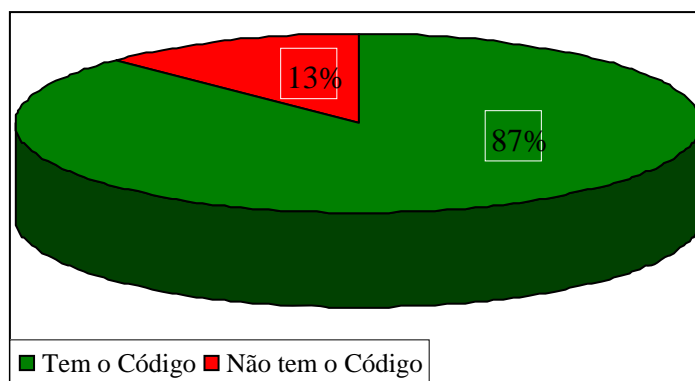
No processo de análise dos dados, as assistentes sociais entrevistas foram identificadas no texto pelas letras: A, B, C, D, E, F, G, H. No processo de sistematização das entrevistas foram observadas algumas repostas repetidas, como a intenção é apresentar o maior número de comparações, foram selecionadas respostas diferentes ou complementares.

Os dados coletados foram apresentados, para melhor compreensão, agrupados em categorias, e analisados a partir do Código de Ética Profissional.

2.2 ANÁLISE DA PESQUISA

2.2.1 Possui Código de Ética.

GRÁFICO 1 – CÓDIGO DE ÉTICA



FONTE: Dados coletados na pesquisa

²² Ver Apêndice III.

[...] é fundamental que o Código seja conhecido por todos, assistentes sociais, usuários e outras categorias profissionais, pois se trata não apenas de mais uma normatização, mas de um imprescindível instrumento, que deve ser vivenciado diariamente no espaço de trabalho. (CRESS RJ, 2006, p. 15)

Art. 21 – São deveres do Assistente Social: a) cumprir e fazer cumprir este código; (CFESS, 2006, p. 26).

Instituído a partir de um debate nacional sobre o Serviço Social, o Código de Ética Profissional de 1993 se materializa na realidade sócio-política do Brasil, onde seus princípios e diretrizes são instrumentos a serem utilizados pelos Assistentes Sociais na garantia de direitos aos seus usuários. No Código estão presentes elementos do projeto ético-político do Serviço Social e seus princípios reafirmam compromisso com a democracia, com a liberdade e com a justiça social.

Ao longo de sua história de luta, os profissionais do Serviço Social conquistaram seu amadurecimento teórico-político que se materializa no cotidiano profissional e está visível no Código de Ética instituído em 1993.

Dentre as assistentes sociais entrevistadas, 7 (sete) estavam com o Código de Ética em sua mesa, sendo que apenas uma não tem o Código na sua sala. É importante recorrer ao Código de Ética em momentos de dúvidas, porém não é o fato de ter o Código em cima da mesa que garante o seu cumprimento.

2.2.2 Demanda na Instituição.

As demandas do setor da saúde em Toledo são diversas, como retratam as profissionais:

Tudo relativo à saúde, consultas especializadas, pois há muitos casos de urgência, há encaminhamentos de médicos, também atendemos benefícios como pedidos de cadeiras de roda, muletas, colchões d'água. Cadastro e renovação do cadastro do Programa Bolsa Família bem como a coordenação das reuniões relativas a este programa, benefícios do INSS, encaminhamentos para hidroterapia entre outros encaminhamentos. (A)

As demandas relacionadas à saúde como informatização. (B)

Usuários de drogas, alcoolistas e seus familiares. Famílias e pacientes com transtorno mental. (C)

As maiores demandas são as que vêm do pronto socorro, qualquer pessoa que está na emergência (podem permanecer internadas no

máximo por 12 horas), e os pacientes do ambulatório da Vila Pioneiro. Do pronto atendimento geralmente chegam pacientes com crises de abstinência por uso de drogas, álcool, há pacientes em surto psiquiátrico, crianças desacompanhadas, idoso, mulheres e famílias. Atendemos pacientes com tentativa de suicídio, denúncias de suspeita de abuso e maus tratos. Pratico visitas domiciliares, e atendimento a pacientes sem residência fixa (andarilhos), demanda espontânea e por parte dos funcionários. (D)

São situações que envolvem idosos, a negligência e mal cuidado por parte dos familiares, e situações que envolvem crianças. (E)

Procura por alguns benefícios, alguns exames, coisas que eventualmente o SUS não cubra, e que os usuários não estejam credenciados no sistema e também tratamentos fora de domicílio. (F)

Trabalho direto com programas, a demanda atende os interesses dos programas, passando informações para as Unidades de Saúde (17 unidades), e também o Programa Bolsa Família. (G)

São as demandas das quais não são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre elas: encaminhamentos de órteses e próteses, algumas especialidades de consultas que muitas vezes com a demora de atendimento via UBSs as pessoas vem aqui buscar, e atendimentos de rotina que são de alta complexidade (os que a gente encaminha para Cascavel e Curitiba. (H)

Art. 5º - São deveres do Assistente Social nas suas relações com os usuários: [...]; c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação do usuário; [...]; g) contribuir para a criação de mecanismos que venha desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h) esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional; (CFESS, 2006, p. 20-21).

A demanda institucional registrada segundo as assistentes sociais entrevistadas possuem um caráter emergencial. Os usuários procuram estas instituições para soluções curativas, atendimentos de prevenção não estão presentes no cotidiano profissional destas assistentes sociais. As buscas são por benefícios e programas que venham amenizar os problemas urgentes dos usuários.

Dentre as demandas da saúde no município, não é somente um seguimento que é atendido é possível verificar, através das entrevistas, que todas as idades e ambos os sexos estão procurando os serviços de saúde, claro que cada um em sua especificidade. As crianças aparecem como sendo uma das preocupações pelo grande contingente no atendimento. Assim

como aos usuários de substância psicoativas, pessoas com transtornos mentais, condições que rebatem na saúde de toda família, as quais fazem parte dos atendimentos do setor da saúde pública no município. Estas demandas citadas são atendidas no que é possível pelo Serviço Social e encaminhadas para os setores competentes, pois muitos necessitam de exames especializados até mesmo fora do município.

2.2.3 Ações no município.

Diante das demandas citadas as assistentes sociais relacionaram as ações que são desenvolvidas no município.

Coordenamos as hospitalidades nas instituições, fazemos as visitas domiciliares e trabalhos burocráticos, também fazemos trabalhos educativos e atendimentos individuais. (A)

Atendimento à população principalmente sobre especialidades, há as visitas domiciliares, os atendimentos de casos, acompanhamento de pacientes no caso de saúde mental, participação em fóruns e campanhas sócio-educativas, bem como em palestras para grupos. (B)

Encaminhamentos para hospitais, fazendas de reabilitação, CAPs, e diversas instituições como: Amor Exigente, Narcóticos Anônimos, Alcoólatras Anônimos e etc. (C)

Dependendo da situação há encaminhamentos adequados, CAPs 2 encaminho os pacientes de saúde mental, os idosos são atendidos no CERT, no departamento do idoso, para as gestantes há o grupo de atendimento e a saúde mental para gestantes que apresentam riscos, programas que fornecem informação sobre laqueaduras para mulheres. (D)

Em relação aos idosos, a [instituição] esta deficiente, pois não possui uma política aplicada ao atendimento domiciliar, existe o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), porém não contempla nossa região do centro de saúde e não consegue atender as necessidades dos idosos, principalmente com dificuldade de locomoção para chegarem até os centros de saúde. (E)

O município desenvolve programas e projetos específicos de cada área, [...] para os benefícios temos o programa ajuda de custo para atender exames e para os atendimentos fora de domicílio temos um aparato de transporte de estadia e acompanhamento do início ao fim do tratamento (em Cascavel, Curitiba e eventualmente em Londrina). (F)

É utilizada a política do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é a política que responde a demanda do Programa Bolsa Família. (G)

Pensando na atenção básica, que são as especialidades mais simples, o município contratou mais enfermeiros para suprir as necessidades das consultas, alguns exames tiveram suas cotas aumentadas, estamos tentando diminuir via concurso público à espera desses usuários na área da saúde. Na atenção de alta complexidade, [...] o município não tem muito como intervir, as vagas para atendimento são abertas em Curitiba para todo o Estado, não há cotas para cada município, então encaminhamos os pedidos de exames e consultas dos usuários para Curitiba e dependemos do número de profissionais (médicos) de especialidades para atender toda demanda, por isso muitas vezes demora o atendimento. (H)

Art. 2º - Constituem direitos do Assistente Social: [...]; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; (CFESS, 2006, p. 18).

As ações que o município está desenvolvendo, de acordo com as profissionais, se caracterizam de modo geral como programas específicos para cada área, atendendo a demanda de acordo com suas necessidades. Porém, estes programas necessitam dar ênfase na prevenção, e também é preciso repassar as informações de que há falta de profissionais de várias áreas para atuar e fazer com que as propostas destes programas sejam melhor efetivadas. Assim é importante a população compreender que os profissionais que estão no espaço, muitas vezes não conseguem ir além do que fazem devido ao grande número da demanda.

2.2.4 Programas e serviços na Instituição.

Trabalhamos com Grupos de Gestantes, de Hipertensos e Diabéticos, Programas Bolsa Família e Planejamento Familiar. (A)

[...], para atuar na área da saúde frente essas demandas do atendimento à família, aos idosos, às gestantes, às crianças, são programas como o SISVAN, [...]. (B)

São realizadas visitas domiciliares, atendimento a paciente e às famílias, há o grupo de adolescentes, o Programa de Volta pra Casa (que esta atendendo uma paciente no momento), e também trabalho com grupo de crianças hipertensas. (C)

Não há um programa específico, conforme as demandas são feitos os encaminhamentos. (D)

No Centro de Saúde, a demanda é por serviços como consultas e exames especializados, há o acompanhamento dos beneficiário do Programa Bolsa Família dos bairros que compreendem o atendimento do Centro de Saúde (gestantes e crianças até sete anos de idade), há também o acompanhamento do Programa de Suplementação Alimentar, em parceria com a Secretaria de Assistência Social, que se caracteriza pelo fornecimento de leite e suco de soja feitos pela Associação de Moradores criando um vínculo com os idosos hipertensos. Atendemos também a demanda emergencial que chega na unidade de saúde, como população imigrantes, andarilhos; casos de situações de doença mental. (E)

Os Programas são específicos para cada área, até porque o gabinete desenvolve um trabalho diferenciado das unidades de saúde, então nós ficamos mais a mercê da demanda diária, à procura de diversos assuntos que não sejam resolvidos nas unidades, então o Gabinete tem essa prerrogativa de resolver. (F)

Programa Bolsa Família, SISVAN, Suplemento do Ferro, Programa do Leite. Estes programas são oferecidos através de capacitações, informações, orientação, há também situações específicas e coletivas. (G)

Há o Programa de Órteses e Próteses onde as pessoas trazem os encaminhamentos de palmilhas, óculos, cadeiras de rodas e etc., há os tratamentos fora do domicílio, encaminhamentos de exames pagos pelo Estado (como ressonância magnética e densitometria óssea) que a gente encaminha via 20ª Regional [...]. (H)

Art. 8º - São deveres do Assistente Social: [...]; d) empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais; (CFESS, 2006, p. 22).

No espaço institucional, dentre as profissionais entrevistadas, algumas estão desenvolvendo programas, enquanto outras atendem conforme a demanda posta e encaminham os usuários para programas específicos para os idosos, crianças, famílias, comunidades etc.

Alguns programas aplicados na instituição como o Programa Bolsa Família são formulados pelo Governo Federal e são executados no município, outros programas municipais contam com a participação das assistentes sociais para serem elaborados e posteriormente desenvolvidos nas instituições, de acordo com a demanda, visando à democratização de atendimentos aos usuários através de serviços.

2.2.5 Planejamento de ações.

Não há planejamento, atendemos conforme a demanda. (A)

Todo mês acontece uma reunião técnica e administrativa onde são planejadas as ações e é feito uma avaliação de todo o serviço de atendimento, suas dificuldades e seus avanços. (B)

Toda ação do Serviço Social e os demais profissionais é realizada em conjunto, cada um respeita o espaço do outro, são realizadas reuniões semanais ou mensais, dependendo da demanda. (C)

Há um projeto de atuação que é seguido de acordo com a demanda. É feito um relatório anual e registros diários de atividades. (D)

O planejamento é feito para o ano todo com reuniões, o Programa Bolsa Família tem uma escala de reuniões, que são feitas junto com a equipe da enfermagem que envolve também os agentes comunitários, o cronograma de reuniões é feito em conjunto. (E)

As ações do Serviço Social, desenvolvidas dentro da Secretaria de Saúde são muito dinâmicas, tentamos planejar em longo prazo, mas elas são muito dinâmicas, nós planejamos quase que semanalmente, mensalmente, mas mesmo assim, há muita mutação, temos esta dificuldade. (F)

O programa estabelece uma meta semestralmente, na qual se planeja ações de repasse de informações, orientações, etc. esta meta obedece a uma faixa etária para o público alvo, em conjunto com a equipe de cada instituição de saúde. (G)

Algumas ações são planejadas, como o fluxo de atendimento, mas no dia-a-dia as ações ocorrem de acordo com a demanda, ações planejadas de pensar outros programas e projetos isso nós não temos muito tempo. Infelizmente nossas ações do dia-a-dia a gente tenta planejar, mas nem sempre é possível. (H)

É possível perceber que em algumas instituições, as assistentes sociais conseguem planejar suas ações, e realizam reuniões junto com profissionais de outras áreas periodicamente, repassando informações de cada setor em relação à aplicabilidade das ações planejadas, como forma de avaliar se o planejamento esta sendo efetuado.

Outras instituições há uma tentativa de planejamento de ações a serem desenvolvidas, por parte das assistentes sociais, porém a demanda registrada acaba dificultando que este planejamento seja cumprido, pois há poucos profissionais assistentes sociais, que sentem a falta de tempo para planejar ações.

Art. 8º - São deveres do Assistente Social: a) programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente; (CFESS, 2006, p. 22).

É importante para os usuários que as assistentes sociais consigam planejar suas ações e desenvolver este planejamento ao longo do exercício profissional. Planejar, proporciona a facilidade para o acesso aos direitos que os usuários necessitam, havendo a possibilidade de desenvolver ações preventivas beneficiando os usuários, encaminhando-os para programas específicos de prevenção sem deixar de atender o imediato.

O estabelecimento de metas a serem alcançadas também é um indicativo de que o planejamento das ações está sendo efetuado possibilitando também a realização de reuniões e encontros com a equipe multiprofissional a fim de saber se os usuários estão sendo assistidos em outras áreas.

2.2.6 Limites institucionais.

A principal dificuldade é a falta de recursos. (A)

Não tenho limites na instituição, conto com todo apoio para a realização do meu trabalho. (B)

A maior dificuldade é não ter sala, a sala destinada ao Serviço Social é utilizada pelo médico (das 7hs. até 11:40hs.) sendo assim, meu atendimento é realizado em várias salas que se encontram disponíveis e nos balcões. Os assistentes sociais nesta instituição são limitados pelo espaço físico. (C)

As dificuldades não são impostas. Encontro dificuldade com a mudança constante de direção da instituição (cargos de confiança) assim alguns projetos não tem continuidade. Há falta de carro e motorista, há um alto numero de estagiário em rotatividade, não há plantão psiquiátrico e os hospitais não abrem leitos para estes atendimentos, há a falta de comprometimento de alguns funcionários, pressão externa por parte de políticos exigindo [prioridade no] atendimento de certos pacientes, recursos financeiros às vezes faltam, falta mais um profissional assistente social no período da tarde, não há registros dos assistentes que atuaram na instituição anteriormente. (D)

Excesso de trabalho burocrático, falta de material de expediente, dificuldade em conseguir transporte, excesso de demanda, falta de funcionários na área administrativa. (E)

Nas limitações temos a Lei Eleitoral e de Responsabilidade Fiscal que limita muitas coisas, apresenta imposições, então alguns benefícios são barrados por esta lei. (F)

O que nos limita é apenas a questão orçamentária da instituição que dificulta a locomoção. (G)

O que é muito presente são essas correlações de forças políticas, como vereadores, assessores e secretários de outras políticas que chegam aqui e querem dar um “jeitinho”, isso está muito presente. Outra dificuldade é nossa sala, cuja estrutura física não permite o sigilo profissional, que por mais que divido a sala com outra profissional do Serviço Social isso não é adequado, além do mais as salas possuem divisórias. A questão da própria [instituição] ser muito centralizadora, por forças políticas nossas ações muitas vezes não são respeitadas. Outra dificuldade são as pessoas dentro da [instituição] que devem respeitar os profissionais assistentes sociais, isso é algo que precisamos alicerçar, há algumas pessoas que pensam que qualquer pessoa pode fazer nosso trabalho. (H)

Em relação às dificuldade/limites que surgem no espaço institucional, algumas profissionais destacam a falta de recursos físicos e financeiro. A falta de recursos faz com que muitos usuários não consigam ser beneficiados com a visita domiciliar, por falta de carro na instituição. Segundo as assistentes sociais a falta de recursos orçamentários está presente até para a obtenção de materiais de expediente.

Art. 7º - Constituem direitos do Assistente Social: a) dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir qualidade do exercício profissional; (CFESS, 2006, p. 21).

Outra dificuldade apresentada é a questão de hierarquia institucional, onde algumas das profissionais devem priorizar certos atendimentos principalmente quando políticos “solicitam”, neste período eleitoral.

É direito das assistentes sociais terem privacidade bem como condições de trabalho nas instituições que favoreçam ao atendimento que viabilize a qualidade na prática profissional. Das assistentes sociais entrevistadas, 01 não encontra dificuldades/limites impostos pela instituição que atua.

2.2.7 Relação com equipe multidisciplinar.

É um bom relacionamento, há respeito entre os profissionais. (A)

A relação é muito boa, todos nós trabalhamos com o mesmo objetivo, que é a promoção da saúde do usuário do SUS. (B)

A relação entre a equipe é de troca de idéias. É um bom relacionamento com liberdade, aprendo sempre com colegas de outras áreas, o que me ajuda a enxergar os pacientes com transtornos mentais de outra forma. (C)

A relação é baseado no diálogo, entretanto há exceções, conduta e postura de alguns profissionais, porém a equipe busca a garantia de direitos dos usuários. (D)

A gente procura trabalhar sempre em conjunto, com a enfermagem, estagiários, administrativos, não tem ocorrido problemas. (E)

A relação estabelecida entre os profissionais da equipe, dentro da Secretaria de Saúde há um entrosamento muito bom, e também com as profissionais das Unidades Básicas de Saúde, nós estamos sempre em contato e conseguimos trocar idéias e experiências. (F)

A relação é de cooperação (com enfermeiras e estagiários) e de cumplicidade, é uma boa relação. (G)

Procuramos ter uma relação boa com demais profissionais, até porque precisamos deles para trabalhar com essa função multiprofissional, há algumas arestas que devemos mostrar nosso posicionamento, enquanto direitos sociais. (H)

Art. 10 – São deveres do Assistente Social: a) ser solidário com outros profissionais, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos contidos neste Código; [...]; e) respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões; (CFESS, 2006, p. 23).

A relação estabelecida entre as profissionais do Serviço Social com a equipe multidisciplinar é classificada como bom relacionamento, com diálogo e troca de experiências, o que facilita o exercício profissional, o planejamento de ações e o atendimento aos usuários.

Quando há reconhecimento e respeito entre a equipe multidisciplinar a instituição é favorecida com idéias e propostas de programas elaborados e efetuados através do entrosamento entre profissionais de várias áreas que visam à garantia de direito aos usuários.

O Serviço Social está presente na área da saúde há muitos, trabalhando para a conquista de espaço e reconhecimento como profissional essencial dentro de instituições de saúde e esta conquista vem se materializando nas instituições.

2.2.8 Espaço físico e o Sigilo Profissional.

Sim, possibilita, tenho minha própria sala e respeito o sigilo profissional, quando não estou na instituição minha sala fica fechada. (A)

Sim, permite, porém será feito uma melhora na sala ocupada pelo Serviço Social, para melhor atender os princípios do código de ética. (B)

Não, não respeita os princípios, pois não há privacidade. (C)

Sim, é adequado e tem privacidade nos atendimentos. (D)

Parcialmente, porque eu atendo em uma sala onde existe o atendimento do serviço burocrático, quando há um atendimento privativo, preciso sair desta sala e procurar uma sala vaga no posto. (E)

O espaço físico no gabinete da Secretaria de Saúde contempla sim, ele respeita o Código de Ética, nossa sala é específica do Serviço Social, embora nós atendemos com duas assistentes sociais, a estrutura física no gabinete não apresenta dificuldades. (F)

Não respeita os princípios do Código de Ética, o espaço que ocupo pequeno e compartilhado com outros profissionais, além de estar localizado em um ambiente de passagem dos integrantes dos setores, assim outros funcionário podem escutar as conversas. (G)

O espaço físico não é adequado, antigamente não existia uma sala para o Serviço Social, hoje já conquistamos isso, porém dividimos a sala entre duas profissionais da mesma área, procuramos sempre respeitar os usuários. (H)

Art. 13 – São deveres do Assistente Social: a) denunciar ao Conselho Regional as instituições públicas ou privadas, onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar os usuários ou profissionais; Art. 15 – Constitui direito do Assistente Social manter o sigilo profissional. Art. 16 – O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Art. 17 – É vedado ao Assistente Social revelar sigilo profissional. Art. 18 – A quebra do sigilo é inadmissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízos aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade. (CFESS, 2006, p. 24/25).

Algumas assistentes sociais afirmam que suas salas exclusivas podem garantir a privacidade nos atendimentos dos usuários, além de quando as profissionais não estão em

horário de trabalho às salas ficam fechadas garantindo também que documentos não sejam vistos por outros profissionais.

Uma assistente social garante que a sala ocupada é exclusiva para o Serviço Social, porém são duas assistentes sociais que atendem na mesma sala, dessa forma quando uma profissional esta atendendo um usuário a outra profissional e seu usuário também estão escutando a conversa, apesar desta exposição as profissionais sempre procuram respeitar os usuários.

2.2.9 Atividades do Serviço Social praticadas por outras áreas.

Não. (A)

Não. (B)

Não, cada um exerce seu papel, há respeito entre os funcionários. (C)

Não, não exerço atividade de outras áreas. (D)

Não, visita domiciliar todos os profissionais podem fazer, não é exclusividade do Serviço Social, o compete apenas ao Serviço Social é a avaliação sócio-econômica. (E)

As competências privativas do Serviço Social são desenvolvidas por nós mesmas, não há outro profissional que desenvolva. (F)

Não. (G)

De acordo com o Código de Ética o estudo socioeconômico é a gente que realiza também os encaminhamentos para ajuda de custo também contam com o parecer do assistente social, há algumas ações (como laqueadura e vasectomia presentes na Lei do Planejamento Familiar) que vejo como competência privativa do assistente social embora não conste no nosso Código como competência privativa do assistente social. (H)

Art. 11 – É vedado ao Assistente Social: [...]; c) ser conivente com falhas éticas de acordo com os princípios deste Código e com erros técnicos praticados por Assistente Social e qualquer outro profissional; (CFESS, 2006, p. 23-24).

A questão referente a alguma atividade privativa do Serviço Social estar sendo desenvolvida por profissionais de outras áreas dentro da instituição, as entrevistadas afirmaram que isso não ocorre.

Cada profissional deve se limitar a atividades em que estão aptos a praticar, respeitando os princípios éticos de cada profissão, dessa forma valorizar e manter a equipe multidisciplinar para os atendimentos.

2.2.10 Há algum princípio do Código de Ética que o Serviço Social não consegue aplicar nesta instituição?

[...]. Sempre procuro atender o cidadão dentro da sua totalidade, e garantir os direitos dos usuários. (A)

Não, todos são aplicados. (B)

Sim, o sigilo, a privacidade. (C)

Sempre tem, o sigilo, devido a curiosidade dos próprios funcionários da instituição. (D)

O princípio da universalidade, o acesso do direito para todos, pois diante dos recursos recebidos e da oferta dos serviços não há como atender. (E)

Os princípios do Código de Ética, nós tentamos aplicar, a igualdade e o acesso a certos benefícios, temos dificuldade em aplicar todos eles, mas não há nenhum que não consigamos aplicar. (F)

Acredito que não. (G)

No momento que a gente fala que o espaço físico não é adequado, não estamos dando o respeito necessário ao nosso usuário, a questão do sigilo, tentamos a efetivação dos direitos sociais, mas a igualdade infelizmente é comprometida devido às listas de espera. (H)

Em relação à existência de algum princípio do Código de Ética que as profissionais não conseguem aplicar dentro das instituições, algumas assistentes sociais afirmam que conseguem aplicar todos. Uma diz que sente dificuldades em garantir direitos a todos os usuários, dessa forma nem sempre consegue aplicar o princípio da universalidade de direitos e a igualdade referente ao acesso aos atendimentos, garantidos pela CF/88.

Art. 4 – É vedado ao Assistente Social: [...]; c) acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste Código;

Art. 8 – São deveres do Assistente Social: [...]; b) denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas na instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código,

mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário; (CFESS, 2006, p. 19/22).

Quatro entrevistadas afirmam que não conseguem aplicar todos os princípios, principalmente a privacidade nos atendimentos e o sigilo profissional.

2.2.11 Autonomia Profissional.

Sim, consigo manter minha autonomia nesta instituição. (A)

Sim, sempre utilizando argumentos técnicos. (B)

Sim consegue, o trabalho do Serviço Social dentro da Saúde Mental é essencial para avaliar o usuário. (C)

Tenho autonomia sim, a atual direção da instituição possibilita o diálogo. (D)

Parcialmente, até porque existe correlação forças até entre os profissionais da área, há linhas diferentes de pensamento e de acesso aos usuários dos serviços, cada um tem uma interpretação, então o embate não é com todos, ele começa com a própria categoria, com formas de pensar diferente. (E)

A correlação de forças existe em todo lugar, aqui o Serviço Social conseguiu avançar, manter sua autonomia, desempenhando seu papel, há momentos em que temos dificuldades, mas temos sempre que estar trabalhando. (F)

Nem sempre há autonomia, devido à questões orçamentárias e a estrutura física. (G)

Muitas vezes não conseguimos manter a autonomia porque há um nível de hierarquia, as políticas sociais são descentralizadas, mas dentro da política de saúde a demanda vem pra nós é orientada de forma correta, mas com a demora do atendimento isso vai pra “agenda aberta” que agiliza o atendimento. Não temos autonomia em alguns aspectos. (H)

A autonomia profissional nas instituições, também encontra dificuldades. Cinco profissionais afirmam que não sentem dificuldade para exercer sua autonomia, conseguem desenvolver sua prática profissional sem interferências.

Art. 8 – São deveres do Assistente Social: [...]; c) contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária; (CFESS, 2006, p. 22).

Três profissionais dizem que não possuem total autonomia dentro das instituições, pois encontram dificuldades com recursos orçamentários para conseguirem realizar as visitas domiciliares e recursos físicos.

Há também a correlação de forças e as dificuldades encontradas até entre os próprios profissionais, pois quando existem divergências entre as diferentes idéias e linhas pensamentos, deve-se haver debates de idéias, não a falta de respeito para com os demais profissionais.

2.2.12 Exercer atividades de outras áreas.

Não exerço atividades de outras áreas. (A)

Sim a instituição permite, dessa forma não sou designada para exercer atividades de outras áreas. (B)

Permite, não exerço atividades de outras áreas atualmente. (C)

Tenho liberdade para dizer quando não é função do Serviço Social. (D)

A instituição permite autonomia sim, nós temos liberdade para trabalhar, claro que existem certas normas de serviços que devem ser seguidas, mas temos autonomia pra decidir, criar e executar. (E)

A gente vai tentando sempre manter autonomia, em alguns momentos sentimos muita pressão, mas a gente consegue colocar nosso papel, e no gabinete não desenvolvemos atividades de outras áreas, até mesmo porque nem teria tempo. (F)

Prática de digitação de relatórios que deveriam ser da área administrativa. (G)

Algumas vezes fazemos atividades de outras áreas como emitir certificados, onde eu poderia estar elaborando projetos. (H)

Referente à realização de atividades que não são da área do Serviço Social, algumas assistentes sociais afirmam que possuem total autonomia para se recusarem a fazer estas atividades caso sejam solicitadas pela instituição.

Art. 2 – Constituem direitos dos Assistentes Sociais: [...]; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; (CFESS, 2006, p. 18).

As assistentes sociais que não conseguem ter autonomia para se negar a realizar atividades de outras áreas acabam praticando atividades, como a emissão de certificados e digitação de relatórios que deveriam ser realizadas pela área administrativa. De acordo com as assistentes sociais, este período dedicado a outras atividades que não são do Serviço Social prejudicam as profissionais que poderiam estar realizando atendimentos aos usuários, elaborando projetos, enfim, exercendo o que lhes são de direito, conforme o Código de Ética, atividades compatíveis com as suas atribuições, cargos e funções pelo qual foram contratadas. Para assim garantir os direitos dos usuários.

2.2.13 Política da Saúde na visão do profissional.

O profissional cada vez mais conquistou respeito na área da saúde, antigamente o profissional assistente social era alheio à saúde, não era considerado, hoje em dia a saúde conta com os assistentes sociais na área da saúde como um profissional essencial e específico. (A)

A atuação profissional do assistente social conquistou seu espaço e vejo como indispensável sua presença na área da saúde. (B)

A saúde melhorou principalmente com o espaço que os assistentes sociais conquistaram, porém necessitam de mais profissionais desta área para atuarem na saúde e assim ter conhecimento dos casos para poder encaminhá-los. O assistente social enfrenta lutas diárias contra o preconceito. (C)

A atuação do assistente social na saúde é feita de coragem, um desafio. O profissional deve gostar da área, que é marcada por uma luta diária, tendo resistência e coragem para não adoecer junto com o paciente, e ter clareza que os problemas que surgem são graves. (D)

Acho que o Serviço Social está bastante afogado dentro da saúde no atual momento, com muitas atividades rotineiras, do fazer por fazer, a questão da capacidade criativa do profissional não tem espaço para se sobre sair, porque estamos atolados de atividades e demandas, não tem como deixar o espaço de atendimento cinco minutos vazio, a gente trabalha sobre pressão da população, agora no período eleitoral piora porque a cobrança é muito grande. Temos que dar conta da demanda que vem para a área de saúde, programas de

prevenção estão sendo deixado de lado, onde poderíamos estar exercendo um grande papel, por falta de condições de trabalho e de tempo para estar exercendo. O Serviço Social pode contribuir muito na área da saúde porque tudo o que os profissionais desta área fazem tem um diferencial dos outros, pois há uma resposta diferente, só que ainda não conseguimos romper com a idéia de que o Serviço social é “pau pra toda obra” e que deve resolver todos os tipos de problemas, então a gente se afoga neste sentido, o excesso de atividades rotineiras. (E)

Eu acho que a atuação do profissional esta avançando bastante, temos muitas dificuldades ainda, mas pode melhorar, temos quase que em todas unidades de saúde o profissional assistente social sempre tentando colocar suas necessidades, pelo tamanho de nossa cidade e pela demanda o numero de profissionais pode aumentar e melhorar bastante. (F)

A atuação do Serviço social é muito limitada, não só pelas dificuldades da instituição, mas pela própria sobrecarga de atividades que poderiam ser de outras áreas, há dificuldades com situações emergenciais e também com a própria vontade do profissional. Contudo o assistente social tem sensibilidade de ouvir os usuários. (G)

O Serviço Social no contexto atual é presente na área da saúde, mas no município o assistente social não amplia seu campo de trabalho, muitas vezes essa falta de profissionais caracteriza uma atuação de “apagar incêndio”, o campo da saúde nunca irá esgotar a necessidade do profissional assistente social, precisamos ampliar o numero de profissionais e a proposta de atendimentos preventivos, conhecer a realidade dos usuários, não basta atender isoladamente na área da saúde, mas tentar fazer um conjunto de rede, precisamos saber se o usuário esta sendo atendido pela assistência, se ele esta sendo beneficiado com a educação de seus filhos, saber como esta sendo construída sua rede de vivencia, não só de políticas sociais, mas seu relacionamento com sua família, vizinhança. No Brasil realmente é um campo consolidado que historicamente sempre teve assistente social, e pode ser ampliado consideravelmente, agora com o projeto neoliberal que reduz os investimentos na área social, quando aumenta a demanda dos usuários em algum lugar vai faltar recursos, e geralmente são os recursos humanos. (H)

A opinião de algumas assistentes sociais entrevistadas, em relação à atuação do Serviço Social na atual Política de Saúde, revela que elas acreditam que o Serviço Social já conquistou seu espaço nesta área, e um reconhecimento como profissional essencial para integrar a equipe de profissionais atuantes na saúde.

Art. 3 – São deveres do Assistente Social: a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; [...]; c) abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência nos órgãos competentes;

Art. 7 – Constituem direitos dos Assistentes Sociais: a) dispor de condições de trabalhos dignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional; (CFESS, 2006, p. 18-19/21).

Historicamente os assistentes sociais estiveram inseridos na atuação da área de saúde, e atualmente esta ocorrendo um avanço da categoria profissional, mas a demanda ainda é maior e faltam muitos profissionais. Os profissionais que estão atuando não conseguem dar conta e acabam algumas vezes não mostrando a total competência do Serviço Social na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura pesquisada indicou que a inserção dos assistentes sociais na Política de Saúde passou por muitas dificuldades, e ao longo de sua história estes profissionais não tiveram um reconhecimento enquanto essenciais ao atendimento da demanda, mas paulatinamente vêm ocupando seu espaço. Historicamente o setor da saúde é o que mais emprega profissionais do Serviço Social, porém, observa-se que ainda não é todo espaço que possui um profissional assistente social.

A partir do momento em que os usuários da saúde foram reconhecidos pela a OMS como sujeitos históricos, o Serviço Social é uma das profissões que tem de estar presente na saúde, pois possui todas as condições de análise da realidade cotidiana, das relações sociais destes usuários. Há importância do assistente social dentro de instituições de saúde não só na execução dos serviços, mas no planejamento, implantação e avaliação desta Política.

O desafio que se põe na atuação das assistentes sociais nestas instituições de saúde é de dispor de condições de trabalho adequadas para compreender a necessidade do usuário e poder responder através de políticas pública, com o propósito de garantir o pleno desenvolvimento biopsicossocial do sujeito (usuário). Para tanto, propor ações que vêm de encontro a real necessidade das demandas e não ações fragmentadas para dar conta de utilizar verbas para que não sejam devolvidas ou trabalhar na base da politicagem.

Considerando o resultado das entrevistas com as profissionais pode-se dizer que: As condições de trabalho na maioria dos espaços institucionais são inadequadas e descumprem com o Código de Ética Profissional. Muitas não contam com espaço físico adequado para respeitar a privacidade dos usuários. Até mesmo as instituições que têm espaço específico para o Serviço Social não conseguem atender o usuário em sua totalidade, dessa forma caracterizando a atuação das assistentes sociais apenas de caráter emergencial, onde praticam encaminhamentos paliativos; Outra dificuldade apresentada na realização desta pesquisa aponta para o número elevado da demanda, onde as profissionais acabam por não conseguirem realizar uma atuação que contemple o princípio da universalidade do acesso aos direitos dos usuários, tendo que exercer um processo seletivo que contemple o usuário em condições extremas de falta de saúde (doença); A condição de subalternidade e falta de autonomia ainda estão presentes na atuação profissional, embora não seja na maioria dos casos, esta situação é preocupante, principalmente quando se fala de uma profissão que luta

pela garantia de direitos da classe trabalhadora, porém não consegue garantir seus próprios direitos, em virtude da falta de conhecimento/informação de algumas “categorias profissionais”; Quanto as ação desenvolvidas pelos profissionais pode-se dizer que o município está desenvolvendo o que está previsto em Lei, porém não atende a demanda que dela necessita, tendo em vista que a saúde é uma Política de acesso universal e que todos deveriam ter direito, mas como constatado nesta pesquisa, a maioria da população está excluída deste processo, pois somente os mais necessitados conseguem o atendimento, isto se houver profissional (médico) da especialidade, credenciado ao SUS.

A partir destas colocações constata-se que a resposta ao questionamento desta pesquisa: Como os profissionais do Serviço Social estão realizando os atendimentos aos usuários da Política de Saúde em Toledo? Ficou visível que o profissional assistente social que trabalha nas instituições de saúde pública em Toledo na sua maioria não consegue atender os usuários como prevê o Código de Ética Profissional, e também não consegue realizar um trabalho onde os usuários sejam atendidos na totalidade de suas necessidades, fica no atendimento curativo, emergencial, e paliativo.

Diante destas constatações ficam questionamentos para novos pesquisadores que venham a se interessar pelo tema: Até que ponto os usuários são instruídos dos seus direitos? O Ministério Público tem sido avisado quanto à falta de atendimento, para que venha exigir do órgão gestor uma providência? São feitas efetivamente denúncias ao CRESS quanto à falta de espaço físico para o Serviço Social nas instituições?

A partir deste momento de apresentação desta pesquisa espera-se que os profissionais possam refletir, sobre sua prática profissional e incorporar o Código de Ética, no que se refere a ser propositivo, investigativo e interventivo sem dissociar uma categoria da outra, pois somente desta forma pesquisadores e profissionais de ponta poderão abrir um diálogo que pode ser ampliado em vários espaços, dentro e fora da universidade. Cabe também lembrar a importância dos assistentes sociais participarem de eventos, pesquisas, debates, congressos e locais que possam contribuir para a troca e acúmulo de experiências, para assim poderem garantir melhores condições de trabalho em seus espaços e consequentemente atenderem melhor aos usuários.

Para encerrar cabe ressaltar a importância da realização deste processo de pesquisa para a formação profissional tendo em vista que foi tratado de um tema que é do interesse da sociedade em geral. Mas a atitude investigativa além de levar a trabalhos como este exigido pela universidade, também pode ser utilizado no dia-a-dia do profissional para

conhecer quem são os sujeitos com quem trabalha e atende (usuários) e quais as demandas de maior ou menor incidência.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Paulo Roberto; COLOGNESE, Dr. Sílvio Antônio. **A Conquista do Oeste: uma trajetória de exclusão no Oeste do Paraná.** *In* Seminário Sobre Mix De Métodos, na Universidade do Texas, 2005; ST16 – Metrôpoles: segmentação, sociabilidade e cidadania, no XXVIII Encontro Anual da Anpocs, 2004.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 166-182.

BERTANI, Íris Fenner. Refletindo sobre o Espelho: Serviço Social Médico-hospitalar. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 23, ano VIII, São Paulo: Cortez, abril 1987.

BRAVO, Maria Inês S; MATOS, Maurílio C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: elementos para o debate.** *In: VASCONCELOS, Ana Maria. et al (org). Saúde e Serviço Social.* São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRASIL. República Federativa do. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. *In: Coletânea de Leis e Resoluções: Assistente Social: ética e direitos.* 4 ed Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ. 2007. p. 41-48.

_____. Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *In: Coletânea de Leis e Resoluções, Assistente Social: ética e direitos.* 4 ed, Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ. 2007. p. 167-200.

BRITES, Cristina Maria; SALES, Mione Apolinário. **Ética e práxis Profissional.** 4. ed. CFESS: gestão 2002/2005.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional do Assistente Social. *In: Coletânea de Leis e Resoluções, Assistente Social: ética e direitos.* CRESS 7ª R – RJ, 4 ed, 2007. p. 15-30.

_____. Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social. *In: Coletânea de Leis e Resoluções, Assistente Social: ética e direitos.* CRESS 7ª R – RJ, 4 ed, 2007. p. 31-40.

COHN, Amélia. **Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil.** *In: LAURELL, Asa Cristina. (org). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.* São Paulo: Cortez, 1995.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 62, ano XXI. São Paulo: Cortez, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento?. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, novembro 2005.

FLEURY, Sônia; GIOVANELLA, Ligia. **Universalidade da atenção à saúde:** acesso como categoria de análise. *In: EIBENSCHUTUZ, Catarina. (org). Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inclusa:** um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas S/A, 2002.

GUERRA, Yolanda. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 91, ano XXVIII, São Paulo: Cortez, setembro 2007.

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

LAURELL, Asa Cristina. **Avançando em Direção ao Passado:** a política social do neoliberalismo. *In: LAURELL, Asa Cristina. (org.). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.* São Paulo: Cortez, 1995.

MALHEIROS, Pedro. O Serviço Social e a Política Nacional de Saúde. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 02, ano I, São Paulo: Cortez, março 1980.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo: Atlas S/A, 1999.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** identidade e alienação. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MOTA, Ana Elizabete. Entre a Rua e a Fábrica: reciclagem e trabalho precário. *In: Revista Temporalis*. 6. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 3. Brasília: ABEPSS, 2002.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, 84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, novembro 2005.

NIEDERAUER, Ondy Helio. **Toledo no Paraná: a história de um latifúndio improdutivo, sua reforma agrária, sua colonização e seu progresso**. 2 ed. Toledo: Tolegraf Impressos Gráficos Ltda, 2004.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BRASL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. n.1, ano I, Brasília: agosto de 2006.

PAIVA, Beatriz Augusto de; SALES, Mione Apolinário. **A Nova Ética Profissional: práxis e princípios**. *In: BONETTI, Dilséa Adeodata*. (org). Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis. São Paulo: Cortez, 2000. p. 174-208.

VARUSSA, Rinaldo José. Coleta Seletiva e Reciclagem: algumas reflexões a partir de Marechal Cândido Rondon – PR. *In: Espaço Plural*. Ano VII, nº15. 2º semestre 2006

VAZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

WILLERS, Ednilse Maria. **Planejamento Urbano e Valorização Imobiliária: o caso do município de Toledo - Pr**. Campus de Toledo. Volume VI – Nº 6 – 2007 p. 177-195. Disponível em: <http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a_029.pdf> Acesso em: 06/ago/2008.

APÊNDICES

APÊNDICE I
CARTA DE APRESENTAÇÃO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Toledo

Rua da faculdade, 645 – Jd. La Salle – Fone: (45)3379-7000 – Fax: (45) 3379-7002 – CEP 85903-000 – Toledo
– PR www.unioeste.br

CARTA DE APRESENTAÇÃO

A acadêmica Cátia Regina Bordignon está em processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no curso de Serviço Social da Unioeste, sob minha Orientação. Assim venho solicitar vossa colaboração, no que se refere a participar da entrevista, para que a acadêmica tenha conteúdo a partir da experiência vivenciada cotidianamente por profissionais assistentes sociais que atuam na política de saúde no município de Toledo.

Certa de sua colaboração, em nome do curso de Serviço Social, agradeço.

Índia Nara Smaha
Profa. do Curso de Serviço Social - Unioeste

APÊNDICE II
TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A atuação profissional dos assistentes sociais na Política da Saúde no município de Toledo – PR.

Pesquisador Responsável: Cátia Regina Bordignon

Este projeto tem o objetivo de conhecer e analisar as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde em Toledo, com base no Código de Ética Profissional.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: entrevista com profissionais da rede municipal, para de forma ética e democrática coletar informações que possam responder ao nosso problema de pesquisa.

Durante a execução do projeto fica disponível o contato com a orientadora deste trabalho para qualquer esclarecimento, sugestões, pelo telefone 45-3379-7050, Professora Índia Nara Smaha.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste -CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Toledo, ____ de _____ de 2008.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Cátia Regina Bordignon, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/2008

APÊNDICE III
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Roteiro das Entrevistas

- 1 - Você tem em sua mesa o Código de Ética? () SIM () NÃO
- 2 – Quais são as maiores demandas registradas neste espaço institucional?
- 3 - Quais as ações que estão sendo desenvolvidas atualmente na Política de Saúde no município para responder a estas demandas (no seu campo de atuação)?
- 4 - Quais os programas e serviços oferecidos pelo Serviço Social no atendimento aos usuários?
- 5 - Como são planejadas as ações exercidas pelo Serviço Social dentro da instituição?
- 6 - Quais os principais limites/dificuldades encontradas para a realização de sua atuação, impostos pela instituição?
- 7 - Qual a relação estabelecida entre o Serviço Social, com os demais profissionais integrantes da equipe multidisciplinar?
- 8 - O espaço físico ocupado para a prática do Serviço Social na instituição possibilita a execução do atendimento aos usuários respeitando os princípios do Código de Ética?
- 9 – Das competências privativas do serviço social há alguma desenvolvida por outro profissional na instituição?
- 10 – Há algum princípio do Código de Ética que o Serviço Social não consegue aplicar nesta instituição?
- 11 – No momento de embates/correlação de forças entre demandas postas e interesses da instituição, o Serviço Social consegue manter a autonomia necessária?
- 12 - A instituição permite ao assistente social exercer suas competências e atribuições com autonomia, sem designá-lo para atividades que não são de sua área?
- 13 – Como o profissional vê a atuação do Serviço Social na Saúde, diante do contexto atual?

APÊNDICE IV
DADOS DO RH DA PREFEITURA DE TOLEDO - PR

E-MAIL ENVIADO AO RH DA PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO.

1- Quando foi contratado o primeiro assistente social?

Que tenho como confirmar pelos arquivos existentes foi em 01/02/1984, a assistente social Denise Liell Schmitt.

2- Qual o número desses profissionais ano a ano desde a emancipação do município?

1984 – um

1985 – dois

1986 – três

1991 – quatro

1994 – nove

2000 – doze

2001 – dezessete

2002 – vinte

2007 – vinte e quatro

2008 – vinte e cinco.

3- Quando foi contratado o primeiro profissional específico para a saúde?

01/02/1984

4- Quantos profissionais são da área da saúde desde a emancipação. Ano a ano até hoje?

Não tenho como saber ano a ano, atualmente tem 11 profissionais.

5- Onde estão estes profissionais da saúde hoje?

Nas Unidades Básicas de Saúde e no Gabinete da Secretaria da Saúde.

Noêmia de Almeida
Assistente em Administração
Funcionária Pública

Índia Nara Smaha
Profa. Do Curso de Serviço Social
Toledo – PR.