

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Serviço Social
Pós-graduação em Serviço Social
Mestrado em Serviço Social

THAYS VALLE DO CARMO ARAGÃO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UPAs DE JUIZ DE
FORA: especificidades de um espaço sócio-ocupacional**

Juiz de Fora

2017

THAYS VALLE DO CARMO ARAGÃO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UPAs DE JUIZ DE
FORA: especificidades de um espaço sócio-ocupacional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lêda Maria Leal de Oliveira

Juiz de Fora

2017

THAYS VALLE DO CARMO ARAGÃO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UPAs DE JUIZ DE FORA:
especificidades de um espaço sócio-ocupacional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Dra. Paula Martins Sirelli
Universidade Federal Fluminense

Profª. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Aragão, Thays Valle do Carmo.

O trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora : especificidades de um espaço sócio-ocupacional / Thays Valle do Carmo Aragão. -- 2017.
184 p.

Orientadora: Lêda Maria leal Oliveira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social, 2017.

1. Unidade de Pronto Atendimento. 2. Trabalho em saúde. 3. Serviço Social. I. Oliveira, Lêda Maria leal, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar o meu caminho e possibilitar que pessoas tão especiais estivessem ao meu lado durante essa trajetória.

À Lêda, minha orientadora, pela paciência ao mostrar minhas dificuldades e me auxiliar a superá-las. Obrigada por carinhosamente ter dividido comigo seus conhecimentos, me instigando a refletir sobre meu objeto de estudo.

À Marina pela presença constante no meu processo de formação, sendo grande referência intelectual e profissional, e pelas contribuições valiosas nesta dissertação.

À Paula que prontamente aceitou o convite para participar da Qualificação, trazendo considerações importantes para o estudo, e por compor a Banca de Defesa, dando continuidade a este processo.

Aos professores suplentes, Sabrina Paiva e Suenya Santos, pela disponibilidade em aceitar o convite para a Banca.

Às colegas assistentes sociais que participaram da pesquisa, dividindo comigo suas rotinas e experiências de trabalho. As contribuições de vocês foram valorosas para as reflexões realizadas e essenciais para a efetivação deste estudo.

Aos professores do Mestrado e da Graduação da Faculdade de Serviço Social da UFJF pelos ensinamentos e discussões realizadas nas disciplinas.

Aos amigos do Mestrado Turma 2015, em especial à Renata e a Thássia, pela amizade e por dividirem comigo as angústias e vitórias de todo esse processo.

Aos colegas da UPA Norte que estiveram ao meu lado no cotidiano de trabalho, durante o período em trabalhei na unidade, construindo parcerias profissionais e de vida.

Aos colegas do DESM pelo aprendizado diário. Agradeço as risadas, as palavras de incentivo, a ajuda nas rotinas de trabalho, a parceria e amizade. Muito obrigada pela paciência e torcida de vocês!

À Karina por me instigar a refletir sobre minha vida, buscando encontrar soluções para os desafios, medos e problemas. Sem seu auxílio toda essa trajetória teria sido muito mais difícil.

Aos amigos e familiares que torceram por esta vitória! Obrigada por compreenderem minhas ausências, por me ouvirem e me incentivarem a seguir em frente.

De modo especial, agradeço aos meus pais, Ângela e José Manoel, por acreditarem nos meus sonhos e sempre me apoiarem! Amo vocês! Ao meu esposo, meu companheiro, amigo e grande amor, Gustavo, por seu meu porto seguro nos momentos de insegurança e pela paciência e cumplicidade. Obrigada por não me deixar desistir. Obrigada por me encorajar e em alguns momentos acreditar mais em mim do que eu mesma.

A finalização deste estudo só foi possível com a ajuda, colaboração e carinho de cada um de vocês. **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

A urgência e emergência, em especial as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ocupam importante espaço na rede de atenção à saúde, funcionando como porta de entrada do sistema, sendo locais com potencialidades para salvar vidas e aliviar sofrimentos. Este estudo teve por objetivo analisar o trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora, buscando compreender as condições para sua realização, as demandas, competências, desafios e possibilidades, instrumentos e estratégias, desvendando as determinações e especificidades do exercício profissional nesse espaço sócio-ocupacional. Para tanto, além do estudo teórico acerca das categorias que auxiliam na compressão do objeto, foi realizada uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, com os assistentes sociais que possuem experiência no trabalho da urgência e emergência desenvolvido nas três UPAs da cidade. O estudo revelou que o trabalho dos assistentes sociais tem se realizado pela via da garantia e efetivação dos direitos dos usuários, ultrapassando práticas pontuais e imediatas. A falta de planejamento e avaliação, no entanto, foram identificados como pontos frágeis do trabalho dos assistentes sociais, havendo risco da ação profissional ser “devorada” pela rotatividade e intenso fluxo de atendimentos, impactando na intervenção junto aos usuários.

Palavras chave: Unidade de Pronto Atendimento; Trabalho em Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

The urgency and emergency, especially the Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [Emergency Care Units (PSUs)], occupy important space in the health care network, functioning as a gateway to the system, being places with potential to save lives and alleviate suffering. The objective of this study was to analyze the work of the social worker in the UPAs of Juiz de Fora, seeking to understand the conditions for their accomplishment, the demands, skills, challenges and possibilities, tools and strategies, unveiling the determinations and specificities of the professional exercise in this social-occupational space. For this, besides the theoretical study about the categories that aid in the compression of the object, a field survey was carried out, with a qualitative approach, with social workers who have experience in the work of the emergency and emergency work developed in the three UPAs of the city. The study revealed that the work of social workers has been carried out by means of guaranteeing and enforcing users' rights, surpassing punctual and immediate practices. The lack of planning and evaluation, however, were identified as fragile points of the work of social workers, with the risk of professional action being "devoured" by the rotation and intense flow of care, impacting on the intervention with the users.

Key words: Emergency Care Unit; Work in Health; Social Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| QUADRO 1 – Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24H | 69 |
| QUADRO 2 – Perfil dos Entrevistados | 116 |

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ACISPES – Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra

APS – Atenção Primária à Saúde

ASCOMCER – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer - Hospital Maria José Baeta Reis

CAPS – Centros de Apoio Psicossocial

CAS – Centro de Atenção à Saúde

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIS – Complexo Industrial de Saúde

CISDESTE – Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CMC – Central de Marcação de Consultas

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DAPID – Departamento de Atenção Pré-hospitalar e Internação Domiciliar

DCE – Departamento de Clínicas Especializadas

DHMUE – Departamento do Hospital Municipal de Urgência e Emergência

DPIC – Departamento de Práticas Integrativas e Complementares

DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – Seguro de Trânsito

DSB – Departamento de Saúde Bucal

DSCA – Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente

DSI – Departamento de Saúde do Idoso

DSM – Departamento de Saúde da Mulher

DSME – Departamento de Saúde Mental

DURL – Departamento da Unidade Regional Leste

EBES – Estado de Bem Estar Social

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

GTH – Grupo de Trabalhos de Humanização

HMTJ – Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HUs – Hospitais Universitários

HU/UFJF – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ONGs – Organizações Não-Governamentais

OSs – Organizações Sociais

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAI – Pronto Atendimento Infantil

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEP – Projeto Ético-Político

PNH – Política Nacional de Humanização

POP – Procedimento Operacional Padrão

QUALISUS – Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência

RASs – Redes de Atenção à Saúde

RT – Responsável Técnico

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCHDO – Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade

SE – Sala de Estabilização

SECOPTT – Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo

SSUE – Subsecretaria de Urgência e Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| CAPÍTULO 1 – A CRISE DO CAPITAL E OS IMPACTOS NA POLÍTICA E NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE A URGÊNCIA E A EMERGÊNCIA | 23 |
| 1.1 – A contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política e no Trabalho em Saúde | 23 |
| 1.2 – Urgência e Emergência no Brasil: a construção da política nacional | 54 |
| 1.3 – A rede SUS no município de Juiz de Fora: conformação e organização dos serviços de urgência e emergência | 74 |
| CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE | 92 |
| 2.1 – O trabalho do assistente social na saúde | 92 |
| CAPÍTULO 3 – O trabalho do assistente social nas UPAs do município de Juiz de Fora | 116 |
| 3.1 – Especificidades e determinações do trabalho dos assistentes sociais nas UPAs | 121 |
| 3.1.1 – Condições para a realização do trabalho: recursos materiais e autonomia profissional | 121 |
| 3.1.2 – A atuação dos assistentes sociais nas UPAs | 125 |
| 3.1.3 – Operacionalização do trabalho: instrumentos, organização, planejamento e avaliação da intervenção profissional | 146 |
| 3.1.4 – As possibilidades para o desenvolvimento do trabalho profissional e o serviços ofertados nas UPAs | 153 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 163 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 167 |
| APÊNDICE A | 180 |
| APÊNDICE B | 182 |
| ANEXO | 184 |

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é um tipo de especialização do trabalho coletivo que possui a questão social como objeto de intervenção. Atua na produção e reprodução da vida material, a partir da inserção em processos de trabalho de acordo com as exigências do capital, devendo ter como compromisso decifrar a realidade e elaborar propostas capazes de preservar e efetivar direitos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005; IAMAMOTO, 2010).

O trabalho do assistente social deve ser realizado a partir dos preceitos contidos no Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), expressando as formulações teórica, ética e prática da profissão através do Projeto Ético-Político (PEP). Nessa direção, a intervenção profissional não é neutra, mas hegemonicamente se desenvolve sob a perspectiva do direito da classe trabalhadora, tendo como horizonte a superação da sociedade de classes (NETTO, 2006).

No espaço sócio-ocupacional da saúde, o assistente social participa do processo de trabalho, sendo reconhecido enquanto trabalhador da área pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo conjunto CFESS/CRESS. O objetivo da profissão na saúde é a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde/doença, visando a construção de estratégias para o enfrentamento dessas questões (BRAVO; MATOS, 2006).

A atuação do profissional é orientada pelo conceito ampliado de saúde presente nas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do Movimento de Reforma Sanitária, reconhecendo-a como produto e parte do estilo e condições de existência humana, sendo o processo saúde/doença uma representação da inserção do homem na sociedade. Assim, a saúde é determinada por fatores biológicos, socioeconômico, cultural, possibilidade de acesso aos serviços e diferentes políticas etc. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

As ações do assistente social na saúde são executadas, de maneira geral, por meio do levantamento de dados (caracterização e identificação das condições socioeconômicas), interpretação de normas e rotinas, orientações e encaminhamentos de modo individual ou coletivo, ações de caráter emergencial e desenvolvimento de atividades de cunho pedagógico e técnico-político (COSTA, 2000).

Essas ações se realizam nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, como a Atenção Primária, serviços de média complexidade, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS),

hospitais gerais, unidades de urgência e emergência, hospitais universitários, dentre outros. Predominam o desenvolvimento de atividades socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e atividades socioeducativas (CFESS, 2010).

Embora o trabalho do assistente social na saúde tenha aspectos comuns à todos os serviços, particularidades são visualizadas a depender do local de inserção profissional. O Serviço Social vive transformações que se relacionam mediata e imediatamente com os rumos da realidade, assim tanto a estruturação da política de saúde (reestruturação produtiva e a contrarreforma do Estado), quanto à organização dos serviços e dos processos de trabalho nas diferentes unidades de saúde irão trazer rebatimentos para a intervenção do profissional.

Considerando a atuação do assistente social na urgência e emergência, há tendência de que nestes espaços o trabalho se efetive através de plantões, que se caracterizam por ações imediatas, podendo comprometer a qualidade do atendimento (VASCONCELOS, 2007).

Nos plantões, o usuário é ouvido e orientado e/ou encaminhado para recursos internos à unidade ou externos que atendam as demandas explicitadas. Nesta perspectiva, a intervenção do assistente social nos plantões tende a reduzir-se a uma prática burocrática, priorizando respostas às demandas apresentadas através de informações e orientações pontuais. Nestes espaços as ações não costumam ser pensadas, planejadas e organizadas, limitando-se a atividades isoladas e rotineiras (VASCONCELOS, 2006).

Pensar uma atuação do Serviço Social que se sobreponha à intervenções focalizadas e imediatista requer o fortalecimento dos preceitos do Projeto Ético-Político da Profissão e os ideais da Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2006). O profissional deve analisar criticamente a instituição em que está inserido, sua lógica de funcionamento e a dinâmica do sistema de saúde, para que construa estratégias de ações direcionadas à efetivação de direitos e comprometidas com a qualidade da assistência à saúde (CASTRO, 2009).

As questões que envolvem a prática em espaços de atenção de urgências e emergências puderam ser vivenciadas e percebidas no meu cotidiano de trabalho como assistente social na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte de Juiz de Fora, na qual atuei por um período de 3 anos. A rotina intensa de atendimentos, a rotatividade de usuários, o imediatismo das ações, a rapidez do tempo que liga a vida à morte, foram situações que me instigaram a pensar e repensar a intervenção do assistente social neste espaço sócio-ocupacional, gerando questionamentos: o assistente social possui clareza dos objetivos do seu trabalho nesse nível de atenção? Como o assistente social tem buscado garantir a qualidade dos serviços, a defesa do SUS e a concretização dos ideais do Projeto Ético Político numa

conjuntura de redução dos investimentos em Políticas Públicas e privatização e terceirização dos serviços? Quais são as estratégias utilizadas para a efetivação dos direitos da população usuária? Como tem desenvolvido suas ações? Quais são os instrumentos e estratégias utilizadas? Como romper com ações pontuais, burocráticas e imediatas na urgência e emergência? Foi, preocupada em decifrar ou, ao menos, provocar um debate em torno de questões desta natureza que o estudo foi construído, tendo como principal objetivo analisar o trabalho dos assistentes sociais nas UPAs do município de Juiz de Fora.

As UPAs são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e a rede hospitalar (BRASIL, 2009), funcionando por período de 24 horas ininterruptas prestando serviços de urgência e emergência à população (PERES et al, 2015). Fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e referem-se ao componente Pré-Hospitalar Fixo da Política Nacional de Atenção às Urgências, publicada pela Portaria 1863 de 29 de setembro de 2003 (SOUZA, A., 2012).

A criação e implantação das UPAs foram estimuladas nos governos Lula e Dilma, pela justificativa da necessidade de reduzir filas nos pronto-socorros. No entanto, a priorização do governo, no processo de implantação desses equipamentos, se localiza na contrarreforma do Estado, em que interesses privatistas passaram a ser favorecidos, permeando a política de saúde. O governo federal vem incentivando as parcerias público-privadas, as quais tem sido a tônica do processo de criação das UPAs (TEIXEIRA, 2014).

A implantação das UPAs tem se realizado sob “novos modelos de gestão”, com base na administração gerenciada, por meio das cooperativas médicas, Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado. Nesse modelo, instituições privadas podem se responsabilizar administrativamente (gerencialmente) pela força de trabalho e recursos públicos dos serviços de saúde, configurando a lógica privatista que envolve a proposta (TEIXEIRA, 2014).

Em Juiz de Fora, a urgência e emergência possui uma ampla rede de serviços. De acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência, a estruturação dos serviços em rede deve englobar todos os níveis do SUS, organizando e ofertando a assistência desde a Atenção Primária até os cuidados pós-hospitalares (BRASIL, 2006b; SOUZA, A., 2012). No município de Juiz de Fora, a rede de urgência e emergência conta com 62 Unidades de

Atenção Primária à Saúde (UAPS)¹, 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional, Departamento de Internação Domiciliar, Pronto Atendimento Infantil (PAI), Departamento da Unidade Regional Leste (DURL), diversos hospitais e serviços/ambulatórios especializados (JUIZ DE FORA, 2013a).

No que se refere as UPAs, a cidade conta com três unidades - Norte, Sul e Oeste – as quais são gerenciadas por OSs, a partir de contratos de gestão de parceria público-privada. Sob o discurso da agilidade, eficiência e qualidade, o executivo municipal implantou as unidades, demonstrando consonância com as propostas propagadas pela contrarreforma do Estado e a tendência nacional de implantação das UPAs sob moldes privatistas e de terceirização dos serviços.

Foi nesses cenários de prática – UPAs norte, sul e oeste, que o estudo se desenvolveu. Com a participação dos profissionais que atuam e/ou atuaram nestes espaços fui, paulatinamente, desvendando as especificidades do trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora.

A principal referência metodológica que orientou toda a construção do estudo foi o materialismo histórico dialético de Marx. O método de Marx abrange a historicidade dos fenômenos, sua localização no modo de produção (perspectiva de totalidade), sua complexidade e especificidade, contextualizando-os e tratando-os de forma singular a partir do reconhecimento do caráter contraditório e totalizante das relações sociais. Nesse processo, valoriza a cultura e os valores como expressões das condições de vida e trabalho dos sujeitos (MINAYO, 2012).

Na dialética marxista, o conhecimento teórico diz respeito à compreensão do objeto, em sua estrutura e funcionamento tal como se apresenta em sua existência real, sendo a teoria a reprodução mental por parte do pesquisador acerca do objeto. O pesquisador deve desvendar o fenômeno que se apresenta imediatamente, por meio de aparência, almejando encontrar a sua essência, para reproduzir no plano do pensamento a síntese da estrutura e dinâmica do objeto. É nesse processo, viabilizado pelo método que parte da aparência, que o pesquisador consegue transpor idealmente a essência do fenômeno pesquisado (NETTO, 2001).

¹No dia 09 de agosto de 2017 a Prefeitura de Juiz de Fora publicou o Decreto nº 13042 que alterou a terminologia Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) para Unidade Básica de Saúde (UBS). O Decreto passa a vigorar após trinta dias da sua publicação. Considerando a data em que a mudança passará a valer legalmente e o material bibliográfico utilizado para a elaboração das problematizações teóricas, neste estudo a nomenclatura utilizada foi UAPS para se referir ao atendimento na Atenção Primária a Saúde (JUIZ DE FORA, 2017).

Para o processo investigativo é preciso proceder uma separação entre fenômeno e essência. O fenômeno é o concreto, ou seja, é a realidade em si, a qual é composta por diversas determinações (aspectos relacionados aos elementos que compõem a realidade). Segundo Marx (1996, p. 122),

o concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação.

Nessa direção, para se compreender o concreto deve-se captar as várias determinações que o compõe, buscando sua essência. Kosik (1976, p. 12) informa que “compreender o fenômeno é atingir a essência. Sem o fenômeno, sem a sua manifestação e revelação, a essência seria inatingível”. Assim, a partir da descoberta das partes constitutivas do fenômeno constrói-se sua síntese no plano do pensamento, conformando o concreto pensado. Esse movimento é o cerne do método de Marx: “o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado” (MARX, 1996, p. 123).

Na condução da investigação, o pesquisador deve captar as determinações que fazem parte do concreto, as quais se manifestam nos níveis da universalidade, singularidade e particularidade (NETTO, 2009). Essas categorias² expressam generalizações da realidade e apresentam-se entrelaçadas. De acordo com Lukács (1978, p. 161),

[...] estas categorias estão entre si, objetivamente, numa constante relação dialética, convertendo-se constantemente uma na outra; e no fato de que, objetivamente, o movimento ininterrupto no processo do reflexo da realidade conduz de um extremo ao outro. [...] De fato, enquanto no conhecimento teórico este movimento de dupla direção vai realmente de um extremo ao outro, tendo o termo intermediário, a particularidade, uma função mediadora em ambos os casos [...]. Neste caso, portanto, existe um movimento da particularidade à universalidade (e vice versa), bem como da particularidade à singularidade (e ainda vice versa), e em ambos os casos o movimento para a particularidade é o conclusivo.

O movimento contraditório que envolve as múltiplas determinações da realidade configura a totalidade social. Independente da consciência, a articulação objetiva das

²As categorias são determinações da existência, sendo objetivas, históricas e transitórias. Através de procedimentos do intelecto, o pesquisador as reproduz no pensamento (NETTO, 2006).

categorias (singularidade, particularidade e universalidade) conforma a realidade objetiva, a totalidade (LUKÁCS, 1978).

A categoria metodológica da totalidade significa a percepção da realidade social como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder a sua relação com o conjunto (LÖWY, 1985, p. 16).

A totalidade não se expressa no acúmulo de partes ou fatos, mas na compreensão de que estes conformam um todo dialético (KOSIK, 1976). Apresenta-se como dinâmica e contraditória, estando em contínua transformação. As contradições internas da realidade não se apresentam de imediato ao pesquisador, carecem serem descobertas através das mediações entre os níveis de complexidade e estrutura de cada totalidade (NETTO, 2009). Assim,

se a realidade é um todo dialético e estruturado, o conhecimento concreto da realidade não consiste em um acrescentamento sistemático de fatos a outros fatos, e de noções a outras noções. É um processo de *concretização* que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade (KOSIK, 1976, p. 41, grifos do autor).

Em outras palavras, o entendimento dialético da totalidade implica que se estabeleça relação das partes com o todo, e do todo com as partes, promovendo mediações que permitam a compreensão da sua essência. Considerando a complexidade da realidade social, esta é sempre mais rica do que o conhecimento que se possa construir a seu respeito. A reprodução mental do real é resultado do esforço do pesquisador em elaborar uma síntese a partir de sucessivas aproximações com o concreto. Assim, para Marx o pesquisador possui papel ativo neste processo, uma vez que necessita empreender seus conhecimentos e críticas para ultrapassar a aparência do fenômeno (NETTO, 2009).

Sob essa perspectiva de análise, abordar as questões que envolvem o processo saúde/doença, bem como as instituições e profissões de saúde, significa fundamentar as apreciações historicamente, considerando os aspectos econômico, político e ideológico (MINAYO, 2008).

Saúde e doença, portanto, precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material de sua produção, além de se levar em conta as características biológicas e culturais em que se manifestam (MINAYO, 2008, p. 123).

A análise marxista dos fenômenos de saúde enfatiza as diferenciações, a complexidade das relações entre e intraclasses, as diferenças e contradições entre as práticas e concepções, valorizando a cultura como produtora do pensar, sentir e agir de determinado grupo, classe ou segmento. Considera os processos políticos e econômicos, os sistemas simbólicos e o imaginário social das relações sociais, promovendo sempre contextualização e articulação entre o pensamento e a base material (MINAYO, 2008).

Provocar a discussão em torno do trabalho do assistente social nas UPAs, tendo como referência o materialismo histórico dialético, implicou em promover a interação dos determinantes políticos, econômicos e sociais que compõem a estruturação e efetivação da Política de Saúde e sua manifestação na urgência e emergência, bem como a inserção do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional, em um contexto de crise do capital, manifesta em alterações no aparato do Estado e na regulação e organização do trabalho. Significou valorizar as práticas dos sujeitos da pesquisa, os assistentes sociais, a partir de suas vivências profissionais (pensar, sentir e agir), correlacionando com a base material em que estão inseridos (contexto de realização do trabalho nas UPAs da cidade de Juiz de Fora), para desvendar a essência da intervenção (características, determinações, possibilidades, desafios), a partir da aproximação com a realidade concreta.

Tendo em vista a natureza do objeto, optei pela abordagem qualitativa para a condução da investigação, uma vez que esta trabalha o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esta abordagem se dedica à compreensão das relações, representações e intencionalidades humanas (MINAYO, 2012).

A abordagem qualitativa penetra no mundo dos significados, naquilo que não é visível, carecendo ser interpretada pelos próprios pesquisadores. Nessa direção, o conhecimento é produzido na interação dinâmica entre sujeito e objeto, na busca pela compreensão dos fatos, fenômenos e relações sociais (MINAYO, 2012).

A construção do estudo se efetivou por “etapas” que aqui serão apresentadas separadamente, mas que durante todo o processo guardaram estreita relação. O primeiro movimento efetuado foi a revisão bibliográfica sobre a temática, enfocando sobretudo produções sobre a Política de Saúde na contemporaneidade; a estruturação da Política Nacional de Urgência e Emergência e suas nuances no município de Juiz de Fora; bem como sobre a realização do trabalho do assistente social na saúde. O processo de revisão da literatura revelou uma escassez de produções sobre a inserção do assistente social na urgência

e emergência, dificultando a análise conceitual e sinalizando a necessidade de aprofundamento de estudos na área.

Foi realizada também uma pesquisa documental com vistas a obter dados e informações que me auxiliassem no processo de análise do objeto deste estudo. A pesquisa documental volta-se a leitura e análise de legislações, relatórios, reportagens e outras fontes que tratam da temática da pesquisa. Nessa perspectiva, me dediquei a leitura e interpretação de leis que criam e regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências e a sua organização no município de Juiz de Fora; leitura de materiais e reportagens publicados no site da Prefeitura de Juiz de Fora e jornais locais; e análise das atas das reuniões do CMS na ocasião da implantação das UPAs na cidade, atentando para o modelo de gestão proposto. Além disso, realizei visitas e conversas informais na Subsecretaria de Urgência e Emergência do município de Juiz de Fora e no Hospital de Pronto Socorro (HPS), visando melhor compreender as particularidades e organização dos serviços de urgência e emergência na cidade.

Para a abordagem do objeto de estudo, além das pesquisas bibliográfica e documental, realizei entrevistas com os assistentes sociais tendo, como mencionado, as três UPAs de Juiz de Fora (norte, sul e oeste) como cenário de estudo. A opção por estes espaços ocorreu porque são porta de entrada para a urgência e emergência, possuem o setor de Serviço Social e se constituem enquanto um dos equipamentos privilegiados na condução da Política de Atenção às Urgências, em especial nos governos Lula e Dilma.

Os sujeitos que colaboraram com a construção do estudo foram os assistentes sociais que estão em exercício profissional nas UPAs e aqueles que passaram por estas unidades desde o período da implantação. A definição dos sujeitos considerou a importância da colaboração de todos os profissionais que atuaram e atuam nas UPAs para a construção e estruturação do Serviço Social nestes serviços. Assim, optei por trabalhar com a totalidade de assistentes sociais com experiência na urgência e emergência: 3 profissionais da ativa (um em cada unidade) e 5 profissionais que já atuaram nas unidades.

Visando a concretização das entrevistas, foi realizado contato com os assistentes sociais, convidando-os a contribuir com o estudo, após apresentação dos objetivos da pesquisa. Do universo de 08 assistentes sociais, 01 não aceitou participar da pesquisa, sob alegação de que não se sentia a vontade para conversar sobre o trabalho desenvolvido em um serviço que não mais atuava. Assim, as entrevistas foram realizadas com 07 assistentes sociais.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2017, de acordo com disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas, com auxílio de aplicativo de aparelho celular, após autorização manifesta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e foram guiadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice B), com a finalidade de facilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema da pesquisa (MINAYO, 2012).

Com os dados em mãos pude avançar na investigação, partindo para o importante “momento” de análise e interpretação. Esse “momento” iniciou-se com a leitura minuciosa dos dados e organização do material transcrito em categorias iniciais de análise: perfil dos sujeitos entrevistados, condições para a realização do trabalho, demandas, competências e atribuições, instrumentos de trabalho, organização do trabalho, objetivos, trabalho em equipe, desafios e possibilidades, articulação com a rede de atendimento. Prosseguindo, iniciei a interpretação propriamente dita, buscando, a partir do meu lugar específico de pesquisadora e assistente social com experiência em uma UPA de Juiz de Fora, estabelecer as conexões, interlocuções, contradições, ambiguidades, complementações entre os dados coletados na pesquisa empírica e as argumentações teóricas que sustentaram o estudo. A articulação desses fatores possibilitou a síntese interpretativa dos dados e, com isso, provocou o debate e trouxe à tona algumas pistas sobre as especificidades e determinações do trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora.

A apresentação final do estudo foi organizada em três capítulos. No capítulo 1 discuto o processo de contrarreforma do Estado do Brasil, até o governo de Dilma Rousseff³, sinalizando para os impactos na Política e no trabalho em Saúde, com destaque para a Urgência e Emergência. Apresento também a rede SUS no município de Juiz de Fora e a estruturação dos serviços de urgência e emergência, analisando o processo de criação e implantação das UPAs na cidade. No capítulo 2 trago as discussões concernentes às especificidades do trabalho do assistente social na saúde e suas características no espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência. Foram problematizados ainda os rebatimentos do neoliberalismo e da reestruturação produtiva para o trabalho do assistente social. Por fim, no capítulo 3 revelo as especificidades e determinações do trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora.

³Tendo em vista as recentes e constantes alterações na política brasileira, especialmente a partir do impeachment deflagrado por um Golpe de Estado contra a Presidente Dilma Rousseff em 2016, optei por limitar de maneira temporal o referencial teórico. As análises sobre os impactos da contrarreforma do Estado na Política de Saúde são realizadas até o governo de Dilma, não abarcando o período do governo de Michel Temer. O atual governo não foi alvo de discussões neste estudo em virtude da dificuldade de análise frente as constantes mudanças.

É necessário registrar que o estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob autorização do parecer nº 1.945.945 emitido em 02/03/2017.

Espero com esta pesquisa trazer à tona uma reflexão sobre o trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora, contribuindo para os debates sobre a intervenção profissional na urgência e emergência, bem como na área da saúde.

CAPÍTULO 1 – A CRISE DO CAPITAL E OS IMPACTOS NA POLÍTICA E NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE A URGÊNCIA E A EMERGÊNCIA

1.1 – A contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política e no trabalho em Saúde

O período que se estendeu do final da Segunda Guerra Mundial até meados da década de 1960 se caracterizou por uma onda de expansão econômica e garantia de expressivos direitos sociais, resultado da organização taylorista/fordista no ramo da produção, de um Estado interventor na economia e do desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social⁴ (EBES) em alguns países imperialistas. Posteriormente, contrariando e encerrando esse período denominado de “anos dourados”, o capitalismo mundial vivenciou, a partir dos anos 1970, uma grave crise (NETTO; BRAZ, 2007).

O esgotamento da expansão capitalista, visualizado pelo declínio da taxa lucro e crescimento econômico, ocorreu em concomitância ao aumento da mobilização sindical por melhorias salariais e contestação do modelo de produção taylorista/fordista. Em resposta a esse cenário recessivo, o capitalismo monopolista implementou mudanças no interior do Estado com a proposta neoliberal e provocou impactos no mundo do trabalho por meio da reestruturação produtiva (NETTO; BRAZ, 2007).

Ainda como estratégia de enfrentamento à crise, o capitalismo passou a promover um processo de mundialização e financeirização do capital, através da associação dos grupos industriais às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão etc.), comandando o conjunto da acumulação, por meio da dominação social e política do capital. O resultado se traduziu na ampliação da exploração do trabalho e na radicalização das desigualdades sociais, exacerbando as manifestações da questão social⁵ (IAMAMOTO, 2008).

⁴O Estado de Bem Estar Social se desenvolveu em alguns países do capitalismo central, como resposta à recessão econômica de 1929 e aos efeitos da Segunda Grande Guerra Mundial, a partir de um consenso e aliança entre classes a favor do estabelecimento de acordos e compromissos voltados à construção de políticas abrangentes e universais. Essas ideias de ampliação dos direitos sociais possuem origem nas reivindicações da classe trabalhadora durante o século XIX (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

⁵“A questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche. [...] Ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais” (IAMAMOTO, 2008, p. 156).

Apesar de haver uma hegemonia mundial na condução dos conteúdos de enftretamento à crise capitalista, importa observar que existem particularidades no tocante às estruturas sociais e de organização do Estado nos diferentes países. No que se refere à realidade brasileira, as medidas de ajuste acentuaram a estrutura histórica da sociedade, centrada no espaço privado e no estabelecimento de privilégios às classes dominantes (CHAUI apud SOARES, 2010).

Foi a partir da década de 1990 que o neoliberalismo, a reestruturação produtiva e a financeirização ganharam densidade no Brasil. Na década anterior o país vivenciou um período de efervescência dos movimentos sociais, o que contribuiu para a promulgação da Constituição Federal de 1988, garantindo uma série de conquistas democráticas à população. No entanto, o país também experimentou nesse período a recessão econômica, o desemprego e o agravamento da questão social, conformando um cenário de crise. Seguindo a tendência do comando do grande capital, o Brasil adotou, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, como medidas para superação da conjuntura recessiva, alterações no mundo do trabalho e no aparato estatal, provocando inflexões nas conquistas sociais adquiridas (DURIGUETTO, 2007; SOARES, 2010).

As mudanças ocasionadas no mundo do trabalho⁶⁷ foram decorrentes da transição do padrão taylorista/fordista para o modelo de acumulação flexível. O binômio taylorismo/fordismo era baseado na produção em massa de mercadorias, no trabalho parcelar/fragmentado e na separação entre elaboração e execução (ANTUNES, 2009).

⁶Neste estudo, o trabalho é entendido como atividade racional do homem de transformação da natureza para a satisfação das suas necessidades de sobrevivência. É uma ação coletiva que possui dimensão teleológica, se configurando enquanto processo histórico pelo qual surgiu o ser social e constituiu a humanidade. O trabalho, nesse sentido, é fundante do ser social. Para Marx, todo trabalho humano possui três componentes: atividade adequada a um fim (próprio trabalho), matéria a que se aplica a ação (objeto de trabalho) e os meios ou instrumentais utilizados na realização do trabalho. Na sociedade capitalista, a natureza do processo de trabalho não se altera, porém possui particularidades: o trabalhador executa sua atividade sob controle do capitalista, sendo a sua força de trabalho e o resultado da sua ação propriedades do capital (MARX, 2001; NETTO; BRAZ, 2007). Ver: MARX, K. *O Capital – Crítica da Economia Política*. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. v 1. Tradução: Reginaldo Sant’Anna. 18 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001; e NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia Política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2007.

⁷Mesmo com as mudanças ocasionadas pela alteração no modelo de acumulação, corroboro com a ideia de que o trabalho possui centralidade na sociabilidade e continua a existir na contemporaneidade. Com as mudanças em curso, o trabalho social se faz mais complexo e heterogêneo. Nessa perspectiva, as formulações de Antunes são de grande valia ao esclarecer o conceito de classe trabalhadora na atualidade: classe-que-vive-do-trabalho, incluindo todos aqueles que vendem sua força de trabalho. Nos termos do autor, “a classe trabalhadora inclui, então, todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural [...]. Essa noção incorpora o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, part time [...], além dos trabalhadores desempregados” (ANTUNES, 1999, p.103).

[...] Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. [...] A atividade de trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva (ANTUNES, 2009, p.39).

O novo modelo de organização produtivo, o qual possui como destaque o Toyotismo, caracteriza-se pela flexibilidade dos processos e mercados de trabalho e também dos produtos e padrões de consumo; pela produção vinculada a demanda; produção variada e heterogênea; trabalho em equipe com múltiplas funções; baseia-se no *just time* (maior aproveitamento do tempo de produção); funcionamento segundo “sistema de *kanban*”, com placas ou senhas de comando durante a produção; horizontalização do processo produtivo; terceirização de serviços; utilização de força de trabalho qualificada e polivalente. Somado a essas características tem-se a expansão dos Círculos de Qualidade Total, nos quais os capitalistas são motivados a discussões sobre trabalho e desempenho visando melhorar a produtividade (ANTUNES, 1999; NETTO; BRAZ, 2007).

A acumulação flexível também possui como elemento constitutivo a introdução da tecnologia microeletrônica, estimulando o trabalho coletivo visando maior produtividade através da utilização adequada da inteligência homem/máquina. O trabalhador é responsabilizado pelo processo produtivo, gerando a falsa ideia de domínio desse processo, sendo culpado por possíveis falhas técnicas que podem ser detectadas antecipadamente e pelos resultados da produção, intensificando a exploração do trabalho. Ocorre uma crescente valorização da capacidade de inovação e inventividade do trabalhador, exigindo maior capacitação e qualificação (PEDUZZI, 2002; PIRES, 2000; SIRELLI, 2008).

Nessa perspectiva, na acumulação flexível o capital almeja capturar a “objetividade” do trabalhador (“fazer” e “saber”) e também sua “subjetividade” (“disposição intelectual-afetiva, constituída para cooperar com a lógica da valorização”) (ALVES, 2011, p. 111). O trabalhador é estimulado a encontrar soluções para os problemas antes que os mesmos aconteçam, visando se integrar aos objetivos da produção. “[...] A empresa toyotista procura mobilizar ‘conhecimento, capacidades, atitudes e valores’ necessários para que os trabalhadores possam intervir na produção, não apenas produzindo, mas agregando valor” (ALVES, 2011, p. 114).

O capitalista busca, sob os moldes do novo padrão de produção, agir com o trabalhador no sentido de

[...] apropriar-se crescentemente da sua dimensão *intelectual*, das suas capacidades cognitivas, procurando envolver mais forte e intensamente a subjetividade operária. Os trabalhos em equipes, os círculos de controle, as sugestões oriundas do *chão* da fábrica, são recolhidos e apropriados pelo capital nessa fase de reestruturação produtiva. Suas idéias são absorvidas pelas empresas, após uma análise e comprovação de sua exequibilidade e vantagem (lucrativa) para o capital (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 347, grifos do autor).

A tentativa de captura da subjetividade é realizada por meio do mecanismo de contrapartida salarial e de gestão da organização do trabalho. Além do pagamento do salário, os capitalistas instituem um bônus de produtividade ou participação nos lucros, incentivando a competição entre os trabalhadores. Somado a essa medida, utilizam-se do estímulo ao desenvolvimento do trabalho em equipe, procurando manipular os trabalhadores a se pressionarem na execução dos serviços. Instauram como instrumento disciplinador o olhar, fazendo com que o operário torne-se “patrão de si” e dos colegas: “‘somos todos chefes’ é o lema do trabalho em equipe sob o toyotismo” (ALVES, 2011, p. 125).

Todas essas mudanças provocam desigualdades e destituição de direitos, conformando uma disputa entre trabalhadores qualificados (inseridos no mercado de trabalho formal) e desqualificados (trabalhadores temporários, precários e/ou desempregados) (DURIGUETTO, 2007).

As tendências do mercado de trabalho [...] indicam uma classe trabalhadora polarizada, com uma pequena parcela com emprego estável, dotada de força de trabalho altamente qualificada e com acesso a direitos trabalhistas e sociais e uma larga parcela da população com trabalhos precários, temporários, subcontratados etc. (IAMAMOTO, 2010, p. 32).

Os trabalhadores que estão inseridos no mercado formal de trabalho acabam por conviver com a insegurança e instabilidade, sendo muitas vezes submetidos a intensificar sua jornada sob o discurso do trabalhador polivalente, realizando um rodízio de tarefas para suprir a ausência daqueles excluídos do emprego. Já os trabalhadores que não conseguem ter acesso formal ao mercado, recebem como justificativa para essa dificuldade a falta de qualificação profissional. Nesta direção, explica-se o desemprego por um problema localizado no trabalhador e não como uma incapacidade do capitalismo, diante do seu caráter contraditório e excludente, em absorver todos os trabalhadores (ORTIZ, 2006/2007).

Além do desemprego, a nova configuração do modelo de acumulação traz para a classe trabalhadora a precarização do trabalho, o aumento do trabalho em domicílio, a ampliação do setor de serviços, a incorporação do trabalho feminino, a redução de empregos formais etc. (ANTUNES; ALVES, 2004). A concentração de renda, a desigualdade social e a pobreza também se fazem presentes na vida dos trabalhadores como reflexo das alterações no mundo do trabalho e da implantação do neoliberalismo, que resultou em políticas públicas compensatórias, fragmentadas e seletivas (BEHRING; BOSCHETTI, 2007; PIRES, 2000).

Neste clima de sucateamento dos direitos sociais e de instabilidade e disputa entre os trabalhadores, as formas de organização e representação política da classe trabalhadora acabam se desenvolvendo na direção da fragmentação e despolitização (DURIGUETTO, 2007). Assim, “no atual quadro recessivo da produção econômica mundial, as lutas sindicais encontram-se fragilizadas e a defesa do trabalho é dificultada diante do crescimento das taxas de desemprego” (IAMAMOTO, 2010, p. 33).

O trabalhador inserido no modelo de produção toyotista, pelas características da organização do padrão de produção, pode ter dificuldades para reconhecer sua condição de classe, ou seja, sua condição de homem ou mulher que não possui os meios de produção para o desenvolvimento do trabalho. A constituição da classe social é resultado da consciência dos sujeitos direcionada a organização coletiva (ALVES, 2009).

Enfim, a forma de ser da classe social, na ótica dialético-materialista, pressupõe não apenas uma posição objetiva na divisão social do trabalho, mas uma determinada forma de consciência social, a consciência de classe capaz de transformar em si e para si aquela coletividade particular-concreta de trabalhadores [...] em sujeito histórico real [...] cujo movimento social e político tende a ‘negar’ o estado de coisas atual (ALVES, 2009, p. 86).

Com essas indicações não pretendo afirmar que no capitalismo contemporâneo a classe trabalhadora não se organiza em prol de melhorias salariais e de condições de trabalho, mas procuro indicar que as características impostas pelo modelo de acumulação implicam desafios à organização e luta dos trabalhadores. Apesar das dificuldades apresentadas à formação da consciência de classe na conjuntura atual, sua concretização não se faz impossível (ANTUNES, 1999), uma vez que a vida cotidiana existe como um campo de disputas. Como bem esclarecem Antunes e Alves (2004, p. 350),

[...] no tocante à subsunção do trabalho ao capital, nas relações trabalho/capital, além e apesar de o trabalho “subordinar-se” ao capital, ele é um elemento vivo, em

permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro pólo formador da unidade que é a relação e o processo social capitalista.

As mudanças operadas no mundo do trabalho, citadas anteriormente, se materializaram com o intuito de provocar alterações no processo produtivo, visando alavancar as taxas de lucro. Para alcançar tal objetivo, foram também realizadas transformações nas relações entre sociedade e Estado, a partir da redefinição do papel do Estado e da implantação do neoliberalismo, trazendo fortes implicações para as políticas públicas e sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Como já explicitado o neoliberalismo no Brasil se configurou como expressão da reestruturação política e ideológica conservadora do capital em resposta à crise e foi introduzido a partir de ações no governo Collor, em 1989, provocando rebatimentos nas conquistas sociais obtidas na Constituição de 1988. A Política de Saúde também foi alvo de mudanças advindas do avanço neoliberal.

A partir da Constituição Federal vigente e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde foi reconhecida enquanto direito de toda a população, política pública integrante do Sistema de Seguridade Social, juntamente com as políticas de assistência social e previdência (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). A saúde passou a ser compreendida de maneira ampliada, sendo resultado de um conjunto de fatores que se combinam: biológico, social, psicológico, econômico, dentre outros (REIS, 2008).

O SUS compreende um conjunto articulado e integrado de ações e serviços de saúde municipais, estaduais e nacionais, além dos serviços privados, que devem ser ofertados de forma complementar por meio de contratos e convênios. Possui previsão legal na Constituição vigente e é regulamentado pelas leis 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro de 1990, tendo como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito a informação. Deve se operacionalizar por meio das diretrizes da descentralização político administrativa, da regionalização e hierarquização e da participação social, as quais devem ser executadas por financiamento tripartite, ou seja, com participação da União, estados e municípios (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

As conquistas obtidas na área da saúde foram fruto de ideias formuladas pelo Movimento de Reforma Sanitária, principiado na década de 1970. As propostas deste Movimento eram direcionadas à “democratização do acesso, a universalização das ações e a

descentralização com controle social, possuindo como premissa básica a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 33).

O Movimento de Reforma Sanitária, a partir da articulação de diferentes sujeitos, movimentos e organizações, promoveu um amplo debate acerca das condições de vida da população e sobre as ações governamentais na área da saúde. A proposta da Reforma estava ancorada no fortalecimento do setor público e na politização da saúde, em oposição ao modelo instalado no período de Ditadura Militar (1964-1974), no qual houve incentivo ao setor privado (BRAVO; MENEZES, 2014). Muitas ideias da Reforma Sanitária Brasileira foram materializadas nos marcos regulatórios referentes ao SUS, avançando na conquista de direitos na área da saúde. No entanto, conforme já mencionado, esta e outras conquistas sociais sofreram impactos na sua execução a partir da implantação do neoliberalismo.

As alterações no âmbito do Estado foram iniciadas no governo Collor por meio da materialização de políticas sociais com caráter compensatório, fragmentado e focalizado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Conforme nos informa Netto e Braz (2007, p. 227, grifos do autor), a proposta foi a diminuição da ação estatal no tocante aos direitos sociais, “na verdade, ao proclamar a necessidade de um ‘Estado mínimo’, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um **Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital**”.

As ações preliminares se deram por meio da restrição de gastos sociais, privatizações e fragmentação das políticas sociais, cortes de pessoal e reforma administrativa. Essas medidas se deram por incorporação do receituário neoliberal e dos ditames do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional e da Organização Mundial do Comércio, o que resultou na diminuição da oferta e qualidade dos serviços sociais realizados pelo Estado no campo da Seguridade Social, incluindo a política de saúde (CASTRO, 2015).

Os organismos financeiros internacionais, representando os interesses dos Estados mais poderosos do mundo e do grande capital frente à crise, passaram a pressionar os demais Estados, como os latino americanos, a implantarem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, culminando em reforma políticas, econômicas e sócio culturais. As reformas do Estado recomendadas foram direcionadas à racionalização dos gastos na área social e do fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços. Nesse sentido, as políticas sociais se desenvolveram sob tendência da focalização, seletividade (dirigidas aos setores de extrema pobreza) e privatização (deslocamento da prestação de

serviços públicos para o setor privado, regido pelo mercado, mediante transferência de recursos) (CORREIA, 2007).

As medidas de ajuste à crise no Brasil iniciadas por Collor foram fortalecidas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), período que compreende os anos de 1995 a 2003, em especial por meio da “Reforma do Estado” (CASTRO, 2015). No seu primeiro governo (1995 a 1998) foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo economista Luís Carlos Bresser Pereira, o qual propôs um Plano Diretor voltado para estabelecer ações e estratégias para enfrentar a crise fiscal dos anos 1980, agravada pela inflação. Para Bresser a crise se localizava no Estado, o qual havia se desviado de suas funções, cabendo à “Reforma” fortalecer sua ação reguladora numa economia de mercado. O Estado foi “caracterizado como rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa”, devendo passar por uma reformulação de papéis e funções através da contrarreforma⁸ (BEHRING, 2003, p. 177).

A causa fundamental dessa crise econômica foi a crise do Estado - uma crise que ainda não está plenamente superada, apesar de todas as reformas já realizadas. Crise que se desencadeou em 1979, com o segundo choque do petróleo. Crise que se caracteriza pela perda de capacidade do Estado de coordenar o sistema econômico de forma complementar ao mercado. Crise que se define como uma crise fiscal, como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado, e, em um primeiro momento, também como uma crise política (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 2; 3).

Segundo as análises de Bresser Pereira, a crise do Estado provocou a necessidade de reformá-lo por meio da redefinição das suas funções, as quais deveriam se efetivar através da privatização, da terceirização e da publicização. Para tanto foi apresentada uma distinção entre quatro setores que compõe o Estado: “núcleo estratégico do Estado” (define leis, políticas públicas e estabelece relações diplomáticas), “atividades exclusivas” (somente o Estado pode realizar, como por exemplo, a polícia, as forças armadas e os órgãos de fiscalização), “serviços não exclusivos ou competitivos” (nos quais o Estado atua de forma conjunta com organizações públicas não estatais e privadas, como nas universidades, hospitais, museus etc.) e o “setor de bens e serviços para o mercado” (a produção de bens e serviços é realizada pelo Estado através das empresas de economia mista, como serviços de

⁸A partir de uma explicação que localiza a crise contemporânea capitalista no âmbito do Estado, uma série de propostas foram justificadas visando sua refuncionalização, num processo que muitos estudiosos caracterizam como “reforma” do Estado. No entanto, corroboro com Behring (2003) na utilização do termo contrarreforma, visto a natureza destrutiva e regressiva desse processo.

água, luz, bancos etc.) (BRESSER PEREIRA, 1996). Conforme nos informa Behring (2003, p. 178; 179, grifos do autor),

no sentido amplo, propõe-se uma redefinição do papel do Estado. Parte-se do pressuposto de que se ele continua sendo um realocador de recursos, que garante a ordem interna e a segurança externa, tem os objetivos sociais de maior justiça e equidade, e os objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. Contudo, para assumir os dois últimos papéis, cresceu de forma distorcida. Hoje, então, a 'reforma' passaria por transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais. Outra forma é a descentralização, para o 'setor público não-estatal', de serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, mas devem, para os autores, ser subsidiados por ele, como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Este processo é caracterizado como *publicização* e é a novidade da reforma que atinge diretamente as políticas sociais. Trata-se da produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. O Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor.

O conjunto dessas medidas teve por finalidade o enxugamento da máquina estatal, através de privatizações, publicizações e terceirizações, sob o discurso da modernização, qualidade e redução do Estado. O principal instrumento utilizado para a mudança na política de recursos humanos foi a terceirização da força de trabalho (SIRELLI, 2008).

Com a terceirização da força de trabalho no âmbito público estatal, o que se almeja é a eficiência, a qualidade, a redução de custos dos serviços prestados aos cidadãos e a racionalização de atividades auxiliares, através do reagrupamento e extinção de diversos cargos, cujas atribuições não são vistas como necessárias de forma permanente e podem ser exercidas por terceiros contratados (SIRELLI, 2009, p. 134).

Foi a partir da refuncionalização do Estado, por meio da transferência da gestão de setores estratégicos para o setor privado, que surgiu a noção de que o Estado aumenta sua eficiência e produtividade, melhora a qualidade, reduz custos e extingue os entraves burocráticos (CASTRO, 2015).

Como estratégia para viabilização das propostas da contrarreforma do Estado, sob o modelo de administração gerencial, as Organizações Sociais (OSs) foram regulamentadas no governo de FHC, pela Lei 9637 de 15 de maio de 1998. A ideia era garantir por meio de parcerias e contratos de gestão com OSs a eficiência e qualidade dos serviços, através da descentralização da União para os estados e destes para os municípios. Segundo a legislação, as OSs possuem autonomia para a contratação de funcionários sem concurso público,

aquisição de bens e serviços sem licitação e não carecem prestar contas à órgãos de controle da administração pública (REZENDE, 2008).

A justificativa do governo para a chamada “Lei das OSs” era de que as “atividades não exclusivas do Estado” poderiam ser transferidas ao setor privado, sem fins lucrativos, o que resultaria em modernização do aparato estatal e melhor oferta dos serviços através das parcerias. Além disso, os contratos de gestão com as OSs garantiriam maior autonomia gerencial, aumento da eficiência e qualidade dos serviços, menor custo e melhor atendimento ao usuário (REZENDE, 2008).

Visando fortalecer o projeto neoliberal, em 23 de março de 1999, o governo instituiu a Lei 9790, que criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). As OSCIPs são organizações privadas que realizam atividades de interesse público, possuindo regras específicas de publicidade da prestação de contas. Cumprem a função de entrega e execução das políticas sociais, através das Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil, por meio de parcerias (SOUZA, A., 2012).

Essa legislação estabeleceu o processo de qualificação das OSs em OSCIPs, mantendo as duas qualificações por um prazo de dois anos (prazo aumentado para cinco anos em 2001) (SOUZA, A., 2012). A finalidade deste mecanismo foi possibilitar a transformação das OSs em OSCIPs, o que garantiu maior abrangência no que se refere aos objetivos e projeto de privatização e terceirização de programas e serviços públicos, em consonância com o plano de contrarreforma do Estado (REZENDE, 2008).

A política de saúde, que faz parte das “atividades não exclusivas do Estado”, teve diversos serviços transferidos para entidades terceirizadas como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos), através de contratos de gestão ou termos de parcerias (REZENDE, 2008). Essas ações violaram os princípios e diretrizes do SUS no que tange a administração pública na saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, a iniciativa privada, preferencialmente as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, deve ter participação complementar na prestação de serviços de saúde, quando a capacidade instalada do Estado não for suficiente (BRASIL, 1988). No entanto, o que ocorreu com as propostas advindas do governo FHC foi “a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada” (REZENDE, 2008, p. 29). Nessa direção, “a iniciativa privada, que era complementar à rede estatal, torna-se

progressivamente predominante no interior do SUS e a assistência estatal passa a ser complementar à iniciativa privada” (GOMES, 2014).

A saúde se materializou ao longo do governo FHC pautando-se no sucateamento, na privatização e na terceirização, se desenvolvendo através das parcerias público-privado e do fortalecimento do mercado, por meio do sistema de saúde suplementar constituído por seguros e planos privados (MARTINS; MOLINARO, 2013). Os investimentos na área por parte do Estado foram reduzidos, inviabilizando a expansão dos serviços, que se efetivaram por meio da precarização, com longas filas de espera por consultas, exames e internações, ocasionando agravamento de doenças e até mesmo óbito dos usuários (PEREIRA, 2009). Os serviços se realizaram por meio da redução nos gastos com custeio e diminuição dos salários dos funcionários, gerando a oferta de serviços precários e degradação das condições de trabalho (SOARES apud CASTRO, 2015).

O trabalhador da saúde passou a lidar, desta forma, com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, miséria, desemprego, violência, uma vez que a redução dos investimentos na política de saúde e nas políticas sociais como um todo, ocorre atrelada a uma deteriorização das condições de vida da maioria da população com a falta de saneamento, desemprego, moradias precárias, queda nos indicadores de saúde, aumentando a busca pela atenção à saúde (CASTRO, 2015, p. 51).

Considerando que a saúde dos indivíduos não se restringe ao aspecto biológico, mas que sua inserção social produz rebatimentos no processo saúde/doença e na qualidade vida, as transformações ocasionadas no mundo do trabalho e na esfera do Estado brasileiro geraram impactos na saúde (ou doença) dos sujeitos (REIS, 2008). As mudanças vivenciadas provocaram diminuição e regressão dos direitos sociais e trabalhistas, rebatendo negativamente de forma acentuada as classes subalternas (BRAVO, 2006).

Essa população passou a experimentar em seu cotidiano variadas expressões da questão social e ficou sujeita a exposição de doenças e agravos, maior probabilidade de adoecimento, menor acesso a serviços de saúde, pior qualidade de serviços prestados, e menor acesso aos níveis de maior complexidade da política de saúde (internações hospitalares, exames de diagnóstico etc.) (VICTORA apud REIS, 2008).

As oportunidades de saúde e as desigualdades sociais vivenciadas rotineiramente pelos indivíduos conformam o processo saúde/doença, uma vez que é determinado pelas condições de vida, pelas condições de trabalho, pelo acesso à alimentação, pelo saneamento básico, pela educação e pelo acesso aos serviços de saúde (REIS, 2008).

Nesse cenário de deterioração das políticas sociais, promovida pela contrarreforma instaurada no governo FHC, os usuários da saúde sofreram com a exacerbação das expressões da questão social. Os direitos sociais e trabalhistas foram reduzidos, o desemprego estrutural se fez realidade, a saúde e a educação foram sucateadas, enfim, o neoliberalismo se afirmou hegemonicamente. Usuários e trabalhadores passaram a conviver com a precarização e inviabilização dos direitos sociais conquistados na constituinte. A proposta prevista para a política de saúde, através da criação do SUS, não se concretizou (BRAVO, 2006).

A partir dos anos 1990 ampliou-se a tensão entre o projeto de caráter universal e democrático, pautado na participação e controle social, na universalização dos direitos e na responsabilidade do Estado na oferta e organização das políticas sociais, relacionado ao SUS, e outro projeto que vinculou os direitos sociais à lógica orçamentária e as políticas sociais aos ditames da política econômica, de cunho neoliberal (CASTRO, 2015).

Os rebatimentos advindos da contrarreforma do Estado fortaleceu o projeto contrário aos ideais da Reforma Sanitária e à concretização do SUS, o chamado projeto privatista, especialmente por meio da utilização das propostas do Banco Mundial para a saúde, já que este se traduziu em importante formulador e divulgador das ideias que sustentam a contrarreforma do Estado (SOARES, 2010).

A proposta do Banco Mundial para a saúde se concentra no repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão, através de contratos e transferência de recursos públicos. Esse processo de privatização se faz pela justificativa da “ineficiência” e “má qualidade” dos serviços ofertados pelo SUS (CORREIA, 2007).

Dentre as sugestões do Banco Mundial que imprimem características para a política de saúde brasileira podemos citar: rompimento com caráter universal, promovendo focalização e seletividade com enfoque na Atenção Primária, direcionando as ações aos setores mais pobres; flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício (privatização e terceirização dos serviços, com repasse de recursos governamentais através das parcerias público-privado, ocasionando precarização do trabalho); e estímulo à ampliação do setor privado (cabe ao Estado ações na Atenção Primária, ficando os demais serviços de saúde por conta do mercado e o acesso atrelado à capacidade de compra dos indivíduos) (CORREIA, 2007; SOARES, 2010).

Todas as recomendações do Banco Mundial, incorporadas na contrarreforma do Estado brasileiro, viabilizam a desresponsabilização do Estado para com a saúde e incentivam a iniciativa privada. Nessa direção, como já mencionado, fortalecem o projeto privatista na

saúde. Esse projeto propôs, dentre outros aspectos, a focalização da saúde na pobreza e o incentivo à privatização e terceirização dos serviços (SOARES, 2010). Apresentou como tendência a contenção dos gastos e a racionalização da oferta, cabendo ao Estado a garantia de assistência mínima aos que não possuem condições financeiras para custear o atendimento de saúde na esfera do mercado. As principais propostas desse projeto foram:

caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA apud BRAVO, 2006, p. 15).

No bojo dos embates entre esses projetos, as ações direcionadas à saúde sofreram, desde a década de 1990, como parte do conjunto de alterações da contrarreforma, uma ampliação restrita, sendo tal fato

a expressão maior de contradições desse processo, posto que, ao mesmo tempo em que expande o acesso aos serviços de saúde, as características de sua ampliação beneficiam o mercado privado. Portanto, o modo de ampliação do SUS tem relação direta com as tendências de privatização e assistencialização da saúde pública (SOARES, 2010, p. 172).

A política de saúde recém-criada passou a ser alvo da diminuição dos gastos e voltou-se para o mercado. A previsão da universalização do acesso aos serviços foi atacada sob a justificativa de ser uma das causas do aumento do déficit público (CASTRO, 2015). Nesta perspectiva, os dispositivos constitucionais passaram a ser paulatinamente descumpridos, em detrimento do incentivo de parcerias e/ou transferência de responsabilidades para a sociedade civil e o setor privado no que tange a oferta de serviços de saúde (BRAVO, 2006).

No ano de 2002, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, houve expectativa por parte dos brasileiros com relação ao enfrentamento às políticas de ajuste e a possibilidade de avanços na materialização das conquistas do SUS. Apesar do cenário internacional adverso, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, esperavam-se avanços no tocante às políticas sociais e à participação social. Acreditava-se que se iniciava um novo momento para a sociedade, uma vez que estava eleito o primeiro representante dos trabalhadores. “Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes” (BRAVO; MENEZES, 2008, p. 17).

A despeito das expectativas, Lula deu prosseguimento à contrarreforma do Estado iniciada no governo FHC: manteve a política macroeconômica e continuou a ofertar políticas

sociais fragmentadas, focalizadas e subordinadas aos interesses econômicos. Uma das primeiras medidas adotadas pelo novo governo foi a contrarreforma da previdência, através da qual reduziu direitos trabalhistas, privatizou recursos públicos e ampliou espaços para acumulação do capital (BRAVO; MENEZES, 2008).

Outra característica de continuidade desse governo foi a centralidade nos programas de transferência de renda ao combate à pobreza, por meio do Projeto Fome Zero, tendo como destaque o Bolsa Família⁹. Apesar dos avanços na redução da miséria na vida dos brasileiros, a crítica a essa forma de intervenção se faz na focalização que se imprimiu às ações (BRAVO; MENEZES, 2008). Segundo Castro (2015), esses programas assistenciais focalizados e compensatórios refletem as intenções governamentais, visto que são propostas da agenda neoliberal e dos ditames do Banco Mundial.

A pobreza foi a grande preocupação do governo, se constituindo no carro chefe das ações, no entanto, o combate à concentração de riqueza passou distante das investidas governamentais. Tratando a pobreza como problema a ser solucionado por políticas compensatórias, Lula conseguiu atender algumas necessidades imediatas da classe trabalhadora, melhorando suas condições de vida, e, concomitantemente, melhorou a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio, ao não romper com as exigências das classes proprietárias e dominantes (MENEZES, 2014).

No que tange à saúde, esperava-se que o governo fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária, no entanto o que se verificou foi a manutenção da tensão entre este e o projeto privatista. Em algumas ações e propostas o governo procurou fortalecer o primeiro projeto e nas proposições que se dedicavam a focalização e o desfinanciamento fortaleceu o segundo (BRAVO, 2006).

Analisando o primeiro mandato de Lula (2003-2006), Bravo (2006) nos informa que houve algumas inovações na política de saúde, tais como: retorno da concepção de Reforma Sanitária, que havia praticamente desaparecido nos anos 1990; escolha de profissionais

⁹No início do seu primeiro mandato, Lula criou o Programa Fome Zero direcionado ao direito à alimentação adequada, devendo promover a segurança alimentar e contribuir para a erradicação da fome no país. Uma das principais ações do “Fome Zero” foi a implementação do Programa Bolsa Família (Lei 10836 de 9 de janeiro de 2004), o qual unificou quatro programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás. O Governo Federal, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é o gestor do Programa, porém sua execução ocorre de forma descentralizada. Trata-se de um Programa de transferência direta de renda que possui como público alvo famílias pobres e extremamente pobres (FERREIRA, Ana, 2007).

afinados com a luta pela Reforma Sanitária para ocuparem cargos no Ministério da Saúde; alterações organizativas no referido Ministério; convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e sua realização em 2003; participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha de um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Apesar dos avanços, a autora nos alerta que também foram verificados aspectos de continuidade à política de saúde desenvolvida no governo FHC, como a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização de recursos humanos, desfinanciamento e falta de vontade política para garantir a efetivação da Seguridade Social (BRAVO, 2006).

No segundo mandato de Lula (2007-2010) foi possível verificar intensificação de ações direcionadas ao mercado e à focalização das políticas sociais (CASTRO, 2015). No seu plano de governo não houve referência ao compromisso com o Projeto de Reforma Sanitária, no entanto, escolheu-se como Ministro um dos idealizadores dessas propostas reformistas, José Gomes Temporão. Em seus discursos, o referido Ministro afirmava ser necessário retomar conceitos da Reforma Sanitária, no entanto não conseguiu enfrentar questões centrais a esse ideário, como a concepção de Seguridade Social, política de recursos humanos e/ou gestão do trabalho e educação na saúde e a saúde do trabalhador (BRAVO; MENEZES, 2013).

As prioridades do governo federal eram voltadas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), para o Programa Brasil Sorridente, para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e para a Farmácia Popular (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A ESF, a qual já era prioridade no governo FHC, permaneceu na agenda e prosseguiu sua expansão. Trata-se de uma estratégia de reorientação do sistema de saúde com base na Atenção Primária, que comporta equipes profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) para atendimento de uma população de abrangência em determinado território. O objetivo é o estabelecimento de vínculos com os usuários, visando a integração do sistema e coordenação do cuidado. O incentivo e valorização da ESF por parte do governo Lula foi percebido pelo aumento de gastos com o programa (aumento de 65% da cobertura de atendimento) e pela sua influência na definição de propostas de vários campos de atuação em saúde (como por exemplo, a formação dos profissionais de saúde) (BRASIL, 2010.; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A ampliação e o estímulo à ESF vão ao encontro dos preceitos do Banco Mundial no que diz respeito à focalização dos serviços de saúde nos setores mais pauperizados. Os grupos mais abastados, nessa perspectiva, são incentivados a buscar no setor privado o seguro de saúde (CASTRO, 2015).

Outra prioridade do governo foi a saúde bucal, através do Brasil Sorridente. A expansão desse serviço se deu junto às equipes da ESF, envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dentária (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Até 2010, 85,3% dos municípios brasileiros contavam com o serviço, disponibilizando atendimento à 91,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2010). O incentivo à saúde bucal estava relacionado ao projeto Fome Zero do governo federal, no sentido de manter os dentes bons e funcionais, garantindo aos brasileiros “condições para mastigar bem” (BARTOLE apud CASTRO, 2015).

Com relação ao destaque na agenda governamental dado ao SAMU, componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Urgência e Emergência, o objetivo foi melhorar a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas, abarcando as áreas clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e saúde mental. A proposta era que cada SAMU pudesse contar com uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e ambulâncias (suporte básico e intensivo), podendo ter abrangência municipal ou regional (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Ainda na urgência e emergência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram incentivadas e financiadas. Essas unidades deveriam garantir atendimento imediato aos usuários, os quais poderiam posteriormente ser liberados ou mantidos em observação por até 24 horas e, se necessário, encaminhados para internação hospitalar. De acordo com balanço do governo,

onde está em funcionamento, a UPA consegue dar solução a mais de 97% dos casos, sendo os demais encaminhados a hospitais. Até setembro de 2010, R\$ 771,2 milhões foram destinados à compra de equipamentos e construção de 489 UPAs em 372 municípios (BRASIL, 2010, p. 148).

A expansão do SAMU juntamente com as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) fizeram parte de uma estratégia direcionada a estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, diminuindo filas e atrasos. Estes aspectos podem evidenciar a centralidade no modelo biomédico, uma vez que estão focados na doença, podendo contribuir

para o fortalecimento da noção de que os hospitais são locais privilegiados de respostas às questões de saúde/doença (CASTRO, 2015).

A quarta política valorizada por Lula na saúde foi a Farmácia Popular, voltada para a expansão do acesso à medicações a baixo custo, configurando uma estratégia de copagamento entre usuários e o Estado. Inicialmente a ideia era a criação de equipamentos do governo para a dispensação das medicações, mas a partir de 2006 a ampliação do Programa se deu mediante credenciamento à rede privada de farmácias e drogarias, instituindo o Aqui Tem Farmácia Popular. Até 2010 foram criadas 547 Farmácias Populares e estabelecido credenciamento a 13,1 mil estabelecimentos privados. O sistema de copagamento, além de incentivar o mercado, através do credenciamento de farmácias privadas ao serviço, pode agravar as iniquidades do acesso ao sistema de saúde, tendo em vista as desigualdades sociais (BRASIL, 2010.; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Essa assertiva pode ser visualizada através da distribuição dos equipamentos instalados pelo Estado no território nacional e das parcerias estabelecidas: as farmácias populares estatais foram inauguradas principalmente nas regiões Norte e Nordeste, ao passo que as farmácias privadas conveniadas ao Programa se expandiram nas regiões Sul e Sudeste. Desta forma, a aposta do governo foi incentivar o mercado, através da criação de credenciamento à farmácias e drogarias privadas nas regiões de maior desenvolvimento econômico, maior oferta de serviços de saúde e presença de forte comércio varejista de medicamentos (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Além desses programas e políticas, o governo Lula também privilegiou o chamado Complexo Industrial da Saúde (CIS), que abrange todas as atividades produtivas em saúde, envolvendo tanto o setor industrial quanto o de serviços. A finalidade era a ampliação do acesso da população a medicamentos e outros produtos de saúde, bem como garantir impulso a inovação tecnológica nacional.

Com relação à Assistência Farmacêutica, entre 2003 a 2010, os gastos subiram de 5,8% do orçamento do Ministério da Saúde para 10%, qual seja, passou de 1,9 bilhão para 6,7 bilhões. Tal medida garantiu a ampliação da lista de medicamentos de compra centralizada (também conhecidos como “medicamentos do componente especializado”), o aumento de repasse para a assistência farmacêutica básica (de R\$ 1 em 1999 para R\$ 5,10 em 2010), a ampliação do elenco de medicamentos dos programas estratégicos. E viabilizou a implantação do Programa Farmácia Popular no Brasil (BRASIL, 2010, p. 154).

O investimento governamental no CIS vem embutido ao interesse privado, a exemplo da Assistência Farmacêutica, que teve sua ampliação relacionada ao credenciamento de estabelecimentos privados para a dispensação das medicações à população. Nessa direção, o CIS se apresenta como frente importante para o desenvolvimento econômico, sendo altamente rentável ao capital. Além disso, o incentivo ao desenvolvimento produtivo e tecnológico nacional, com privilégio do mercado privado, pode ser fonte de aprofundamento ou criação de desigualdades, através da apropriação privada dos frutos do progresso e da exclusão de pessoas e regiões aos bens produzidos.

As prioridades do governo, em especial no que se refere a ênfase nas indústrias de equipamentos de saúde, contribuíram para o processo de acumulação do capital, secundarizando investimentos nas áreas que poderiam impactar a saúde da população, como a Atenção Primária a Saúde (CASTRO, 2015).

Além do referenciado, outras medidas fizeram com que o projeto de Reforma Sanitária perdesse espaço para o projeto voltado ao mercado (BRAVO, 2006). Exemplo disto foi a proposição de um novo modelo jurídico-institucional para os hospitais públicos, com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO; MENEZES, 2013).

As Fundações Estatais de Direito Privado, dispostas no Projeto de Lei 92/2007, foram apresentadas como um novo modelo de gestão às “atividades não exclusivas do Estado”, como educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura etc. (GRANEMANN, 2008).

A definição das áreas de atuação permite algumas cristalinas conclusões sobre a natureza deste projeto de fundações estatais:

1. é um projeto de contra-reforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais; isto é, no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas da força de trabalho ocupada e excedente e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecida;
2. além das áreas de políticas sociais também as ações e as políticas de cultura e de conhecimento, bases republicanas de primeira importância para o cultivo da soberania das nações, tornam-se espaços de atuação das fundações estatais;
3. é uma complementação das ações privatizantes que os diferentes governos (Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso) desenvolveram no Brasil desde a abertura dos anos 1990 aos dias de hoje com Lula da Silva, no sentido de viabilizar e impulsionar a acumulação do capital no país (GRANEMANN, 2008, p. 37).

Em nome da eficácia e eficiência, as Fundações foram se materializando na privatização dos serviços e políticas sociais. Na área da saúde, apresentaram-se como um novo modelo de gestão no SUS, permitindo à iniciativa privada a autonomia de gastos, contratações e gestão de recursos humanos (SOARES, 2010). De acordo com Granemann

(2008), as privatizações por meio das organizações sociais prejudicam a classe trabalhadora, uma vez que precarizam a forma de contratação dos trabalhadores e inviabilizam a criação de um plano de carreira, emprego e salários para todos os trabalhadores da saúde.

Os dois mandatos do presidente Lula garantiram o avanço dos preceitos neoliberais e das propostas da administração gerencial de Bresser Pereira, ao estabelecer as Fundações Estatais de Direito Privado e ao fortalecer as OSs e OSCIPs, sob um discurso que negou a vinculação direta dessas entidades como estratégia de privilegiar o setor privado (SOUZA, A., 2012).

As ações e medidas adotadas nos governos Lula seguiram os preceitos e orientações do Banco Mundial, por meio de estratégias de parceria com o país. O Banco afirmou, em relatório publicado em 2008, que as causas estruturais para o baixo crescimento do país eram, entre outras, a alta taxação e baixa qualidade dos gastos públicos, elevada carga tributária no setor privado, ineficiência da gestão do setor público, instituições e legislações trabalhistas inadequadas e inflexíveis (BANCO MUNDIAL, 2008).

A gestão do setor público foi apresentada como desafio, havendo necessidade de auxílio do Banco para torná-la mais eficaz e eficiente. Para tanto, como principais aspectos do acordo de cooperação, foram indicados a melhoria da qualidade da educação e o aumento dos gastos com saúde, direcionados a serviços básicos e financeiros da população pobre e de renda média. Essas estratégias deveriam ser articuladas através do aperfeiçoamento da governabilidade corporativa, desenvolvimento de mercado de capitais e estabelecimento de parcerias público-privadas (BANCO MUNDIAL, 2008).

Para a área da saúde foi indicado a necessidade de fortalecer a infraestrutura por meio de maior participação do setor privado, de financiamento da moeda local e de execução de reformas. O Banco deveria auxiliar os governos federal, estaduais e municipais a solucionar problemas de elevados custos da área, má qualidade e falta de acesso aos serviços públicos (resultado da pouca iniciativa privada e elevados gastos do Estado). Para esses fins, a proposta do Banco para a saúde visou o alinhamento dos incentivos e o fortalecimento da prestação de contas para melhorar a eficiência e a utilização dos recursos, aumentar a qualidade da assistência e conter os custos em ascensão; o fortalecimento da capacidade do sistema de saúde para lidar com a expansão das doenças não transmissíveis; e a relevância das deficiências do mercado de serviços e de seguro privado (BANCO MUNDIAL, 2008).

Em todo o conteúdo do relatório do Banco Mundial o incentivo ao mercado privado e às parcerias público-privadas ficou claro. Apontamentos sobre a ineficácia e má qualidade da

gestão pública foram colocados como argumentos para sustentar a necessidade de reformas e mudanças na gestão. As orientações do acordo de cooperação fortaleceram os preceitos neoliberais e os comandos da contrarreforma do Estado brasileiro. Ao incorporar as recomendações do Banco Mundial nos seus dois mandatos, Lula promoveu diversos encaminhamentos que vão de encontro às diretrizes do SUS e ideais da Reforma Sanitária, favorecendo o projeto privatista na saúde (CASTRO, 2015).

O estímulo às parcerias público-privadas e o fortalecimento das organizações sociais por parte do Ministério da Saúde aprofundaram a precarização do trabalho na saúde configurando um modelo de gestão mercantilista. Esse modelo de gestão, que a cada governo é incentivado e priorizado, é o principal fator que inviabiliza a concretização do SUS em seu conceito legal e ideológico, pois se distancia da política transformadora pensada pela Reforma Sanitária, vinculando-se à lógica do mercado, por meio da privatização e terceirização através das parcerias público-privadas (JÚNIOR, 2014).

Sob os marcos das mudanças operadas no Estado e no mundo do trabalho, a organização da política e dos serviços de saúde tendeu a se estruturar a partir de três eixos complementares: saúde e desenvolvimento (situando a saúde enquanto direito, mas também como objeto de investimento público e privado lucrativo); redefinição do público estatal (estratégia de desvalorização da gestão pública, ressaltando sua rigidez e burocracia como incompatíveis às demandas atuais); e “novos” modelos e instrumentos de gestão (processo de ampliação do mercado privado por meio das parcerias público-privado) (SOARES, 2013).

A saúde é vista como espaço de lucratividade e fonte de investimento. Os diversos serviços e mercadorias se conectam sob a organização do capitalismo financeiro: indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes hospitalares, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros de saúde etc. Nessa perspectiva, o processo saúde/doença se apresenta como rentável ao capital, por meio da ampliação do mercado e restrição e precarização da política de saúde (SOARES, 2013).

Com essas medidas vinculadas a contrarreforma do Estado, o projeto de Reforma Sanitária sofreu refluxo nos mandatos de Lula, apesar da incorporação de lideranças do movimento na gestão do Ministério da Saúde. Os limites da política econômica foram naturalizados, sendo indicado planejar, gerir e executar os serviços de saúde dentro das possibilidades da escassez de recursos. Diversos defensores do SUS passaram a aceitar e justificar as “inovações” na gestão, sob o argumento de modernização da Reforma Sanitária, quando, na verdade, estavam se contrapondo aos seus preceitos (SOARES, 2010).

Nesse contexto passaram a se confrontar três projetos na política de saúde: o projeto da Reforma Sanitária, o projeto privatista e o projeto do SUS possível. De acordo com Soares (2010, p. 53, grifos do autor),

O projeto do *SUS possível* é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.

Os defensores da Reforma Sanitária passaram a flexibilizar os princípios do SUS, afirmando sua modernização frente os limites impostos pela política econômica. As alterações na gestão e na oferta dos serviços foram colocadas como continuidade da Reforma Sanitária, quando efetivaram uma política de saúde diversa da prevista pelo movimento e pela legalidade adquirida (SOARES, 2010).

Como resultado do consenso construído por Lula nos seus governos (2003-2010), Dilma Rousseff assumiu a Presidência da República em 2011¹⁰, estabelecendo continuidade à política econômica e ao receituário neoliberal, aprofundando e ampliando a contrarreforma do Estado (MATOS, 2014). Já no início do seu primeiro mandato Dilma adotou como medidas cortes orçamentários, restrição de investimentos, privatizações e leilões do petróleo do pré-sal, assumindo ser um governo ainda mais privatista (CASTRO, 2015).

Na área da saúde, Dilma referiu que o objetivo era estabelecer parcerias com o setor privado, indo de encontro ao previsto no SUS. Em consonância, o Ministro da Saúde no início do governo, Alexandre Padilha, do Partido dos Trabalhadores, afirmou não ser contra a qualquer modelo gerencial, o que soou como continuidade aos ataques aos preceitos da Reforma Sanitária diante da ampliação dos modelos de gestão que buscam privatizar os serviços de saúde, através das OSs, OSCIPs e Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO; MENEZES, 2013).

¹⁰A presidenta Dilma Rousseff iniciou seu primeiro mandato em 2011, sendo reeleita em 2014. Em 12 de maio de 2016 o Senado Federal, a partir de denúncias de crime de responsabilidade fiscal, aprovou a abertura de processo de impeachment contra Dilma, sendo esta afastada definitivamente do cargo em agosto do mesmo ano e Michel Temer nomeado o novo Presidente (G1, 2016b). Por ser um processo recente e em curso, neste estudo não será abordado o governo Temer. Assim, as análises são referentes aos mandatos de Dilma Rousseff, considerando o período compreendido entre o ano de 2011 à agosto de 2016.

As ações prioritárias do governo na área da saúde foram a saúde da mulher e da criança, por meio da constituição da Rede Cegonha, a qual envolve cuidados do período gestacional aos primeiros anos de vida da criança. Além disso, propôs-se enfoque na prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados direcionados ao câncer de mama e colo uterino (BRAVO; MENEZES, 2013).

Seguindo a tendência iniciada no governo Lula, Dilma anunciou em 2011 a oferta de medicamentos para tratamento de diabetes e hipertensão no programa Aqui tem Farmácia Popular. Como já mencionado, esta estratégia vincula-se ao copagamento, incentivando o setor privado (BRAVO; MENEZES, 2013). Mais de 30.000 estabelecimentos privados se beneficiaram do programa, recebendo do governo 90% do valor do medicamento dispensado ao usuário, promovendo a farmácia como comércio e o medicamento como simples mercadoria. Em contrapartida, os incentivos financeiros da Farmácia Básica do SUS não seguiram tendência de crescimento, comprometendo a assistência farmacêutica à população, sendo prova indiscutível da opção do governo pela privatização (JÚNIOR, 2014).

Outra medida de continuidade às ações do governo Lula foi o estímulo à implantação das UPAs, o que tende a fortalecer o modelo hospitalocêntrico. Somados a esta medida, o governo incentivou os programas “SOS Emergência” e “Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do lar”, os quais objetivam implementar ações para qualificar a gestão e o atendimento nos hospitais de grande porte e ampliar o atendimento domiciliar na saúde. Além disso, o Ministério da Saúde também se mobilizou no enfrentamento à Dengue, ao crack e outras drogas e à efetivação das diretrizes da luta antimanicomial (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nas propostas e ações da área da saúde, de maneira geral, verifica-se nítido fortalecimento da perspectiva privatista. Destaca-se nesse processo a promulgação da Lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 que instituiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual se caracteriza como uma empresa pública de direito privado que visa reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais. Outra iniciativa do governo nessa direção foi a divulgação do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8080/1990, dando ênfase às parcerias público-privadas (BRAVO; MENEZES, 2013).

O governo federal estabeleceu, a partir de 2013, negociações com empresas ligadas ao mercado de plano privados de saúde, com o intuito de criar um pacote de medidas para direcionar mais recursos públicos à iniciativa privada através de redução de impostos, novas linhas de financiamento e outros subsídios. Essa proposta aborda a saúde como mercadoria,

consagrando um processo de universalização excludente, no qual usuários são impulsionados a adquirir os serviços de saúde no mercado uma vez que o SUS está cada vez mais sucateado (BRAVO; MENEZES, 2013).

Ainda em 2013, o governo lançou o Programa Mais Médicos para suprir a falta desses profissionais no país. Em caráter emergencial, o Programa pode se apresentar como alternativa ao problema enfrentado, no entanto a forma como o governo conduziu a sua implantação veio carregada de equívocos. O Programa supervaloriza o médico e garante a este remuneração acima do habitual, discriminando os demais profissionais de saúde. Outro equívoco é a construção do ideário de que as mazelas do SUS se encontram exclusivamente na falta de médicos e que serão solucionadas pelo Programa. Tal noção pode aprofundar a centralidade do médico nos cuidados de saúde.

[...] Irresponsavelmente o governo passa para a população do país, a informação nem tão subliminar assim, de que o problema da saúde é exclusivamente “a falta de médicos” e que isso será resolvido com a implantação do Programa. Dessa maneira, temos o fortalecimento e aprofundamento cada vez maior da cultura médico centrada e da falta de perspectivas reais de estruturação da rede pública e do trabalho multiprofissional na saúde (JÚNIOR, 2014, p. 22).

Os resultados imediatos do Programa Mais Médicos e dos demais serviços e programas implementados são utilizados pelo governo como propaganda (JÚNIOR, 2014), encobrendo as escolhas e opções utilizadas que aprofundam os problemas do SUS.

A análise inicial do governo Dilma, indica para Bravo e Menezes (2013) que a saúde se desenvolveu a partir de políticas e programas focalizados, sob incentivo à parcerias com o setor privado. Apesar dos retrocessos, a resistência à privatização e ao sucateamento da saúde pode ser observada nas iniciativas da Frente Nacional contra Privatização da Saúde, criada em 2010, sendo composta por entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos e projetos universitários, e dos Fóruns de Saúde, ampliados em 2011.

Os Fóruns da Saúde existentes em diversos estados e municípios e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm se constituído em espaços de controle democrático na perspectiva das classes subalternas, na medida em que tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como mercadoria e fonte de lucro, o ‘coração do capitalismo’, e denunciar os interesses do capital que dilaceram o SUS, em nome da defesa do SUS. São espaços que congregam setores da esquerda, sendo uma frente anticapitalista (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 78; 79).

As lutas desenvolvidas nos Fóruns e na Frente se apresentam como alternativas na construção de uma nova hegemonia na saúde, fortalecendo seu caráter público e retomando as bases da Reforma Sanitária. Devem somar às lutas desenvolvidas nos espaços dos conselhos e conferências¹¹, os quais dão direcionamento à política de saúde, por serem espaços deliberativos (BRAVO; MENEZES, 2014).

Cabe mencionar também que para além do campo específico da saúde, a sociedade se organizou em diversas manifestações durante o governo Dilma reivindicando mudanças estruturais. Dentre essas manifestações se destaca: a dos estudantes e trabalhadores contra o aumento do valor da passagem do transporte coletivo (ônibus) em diversas cidades; a dos trabalhadores da construção civil contra a super exploração impostas pelas empreiteiras, como Odebrecht, Camargo Correa, Mendes Junior e outras; a greve dos professores universitários em 2012, contra o sucateamento do ensino; e a mobilização em massa em junho de 2013 tendo como principais bandeiras de luta melhorias na saúde, segurança pública, educação e transporte público (MENEZES, 2014). Nos anos de 2015 e 2016 as manifestações tiveram como pauta as discussões sobre os escândalos de corrupção na política brasileira. As manifestações pró e contra o governo se espalharam pelo país, ganhando cobertura e espaço na mídia comercial, especialmente as expressões populares que eram favoráveis à deposição do governo, sob o coro do impeachment (OLIVEIRA, 2016).

Apesar da existência de algumas iniciativas de resistências da sociedade, no que tange a saúde, o cenário exposto indica que esta vem sendo apresentada como mercadoria, se configurando como instrumento para o desenvolvimento capitalista. Os serviços de saúde vêm se expandindo de forma fragmentada, focalizada e precarizada, com o desenvolvimento de práticas assistências e emergenciais, privilegiando as ações tradicionais de saúde centradas no indivíduo, com caráter curativo, conteúdo emergencial e focado nos segmentos mais empobrecidos (SOARES, 2013). Esta política vem sofrendo ataques da contrarreforma do Estado, o que abala sua lógica pública da oferta de serviços e provoca tensões com as propostas do projeto de Reforma Sanitária. A perspectiva de mercado vem se fortalecendo na saúde, gerando entraves à concretização e materialização dos preceitos do SUS (CASTRO, 2015).

¹¹ Os conselhos e as conferências são conquistas legais que garantem o direito da comunidade de participar da gestão do SUS. Os conselhos possuem caráter permanente e deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, intervindo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas diversas instâncias. As conferências acontecem a cada quatro anos, com representação de diversos segmentos sociais, visando avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 1990).

Essas tendências objetivas engendram a efetivação do SUS e produzem características para o trabalho em saúde. No que se refere ao trabalho em saúde, que é essencial à vida humana e realiza-se, basicamente, a partir da avaliação da situação de saúde associada à apresentação de conduta terapêutica/assistencial, verificou-se crescente expansão da privatização e mercantilização dos serviços do setor. Este trabalho faz parte do setor de serviços, presente na esfera da produção não material, sendo seu produto indissociável do processo de produção, ou seja, o trabalho se completa no mesmo momento de sua realização. Possui por finalidade a ação terapêutica de saúde, tendo como objeto os indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, carecendo de medidas curativas, preventivas ou de preservação da saúde; como instrumentais de trabalho, as condutas e instrumentos do nível técnico da saúde; e como produto a própria assistência de saúde que é realizada simultaneamente ao que é consumida (PIRES, 2000).

O trabalho em saúde, seguindo a tendência imposta à Política de Saúde pela contrarreforma do Estado e pelas orientações dos organismos internacionais, tem se realizado a partir do forte incentivo ao mercado privado de serviços por meio da privatização, terceirização, isenção de impostos e estímulo à gestão dos serviços por organizações sociais (PIRES, 2000; SOARES, 2013).

As novas formas de gestão (parcerias público-privado) e seus instrumentos de contratação por metas, juntamente com o aumento dos vínculos temporários de trabalho, a crescente demanda por serviços de saúde e o sucateamento da política, acabam por acentuar a precarização do trabalho e intensificar sua exploração (PIRES, 2000; SOARES, 2013), gerando em larga escala a precarização da vida social.

As imposições da lógica mercantil à política de saúde, direcionadas à maximização dos lucros e expansão do capitalismo, sob o ponto de vista de que a saúde é espaço de lucratividade do capital, determinam e conduzem o processo de desregulamentação do trabalho.

Esta desregulamentação do trabalho representa um processo que reflete uma desagregação da proteção social ao trabalho que se expressa nas relações, nos processos e na organização do trabalho. Concretiza-se, não só pelas modificações nas ações normativas, legais e jurídicas, mas pelas imposições de uma lógica mercantil e produtiva que desvaloriza o trabalho, pela via da intensificação do uso da força de trabalho, pela captura de sua subjetividade e pela ameaça frequente do desemprego e da desproteção social (SOUZA, M., 2010, p. 343).

Apesar da precarização e flexibilização no trabalho em saúde, neste setor, em oposição aos demais, não se verifica tendência de aumento progressivo do desemprego. As explicações se concentram na ideia de que a incorporação de tecnologia avançada na área não substitui a investigação clínica, ou seja, “não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica, nem o trabalho humano nos tratamentos de forma geral” (PIRES, 2000, p. 259).

O trabalho em saúde se efetiva pela interação entre profissionais e usuários. Nessa interação, as tecnologias leves devem ser valorizadas, garantindo que as ações e condutas sejam efetivadas a partir das necessidades e demandas da população usuária dos serviços. Cabe esclarecer que para o desenvolvimento de suas atividades os trabalhadores da saúde possuem à sua disposição tecnologias que se classificam em três tipos: duras (conjunto de instrumentos e equipamentos como máquinas, aparelhos, normas e estruturas que operam o trabalho); leve-duras (saberes estruturados) e leves (trabalho vivo em ato, ou seja, as relações de vínculo, escuta, interpelações e intersubjetividade). É o uso adequado dessas tecnologias que faz com que os resultados do trabalho sejam de qualidade, ou seja, voltados à defesa da vida dos usuários, ao controle dos riscos de adoecimento e agravos de saúde (MERHY, 1998).

As tecnologias leves são consideradas as articuladoras das demais tecnologias, sendo centrais no trabalho em saúde. Sob essa perspectiva há o entendimento de que todos os trabalhadores da saúde fazem clínica, visto que esta não se limita ao diagnóstico e prognóstico, mas trata-se de um processo de produção de relações e intervenções partilhadas entre usuários e profissionais (MERHY, 1998).

A organização do trabalho em saúde a partir da valorização da tecnologia leve como mediadora das demais tecnologias implica na atuação de todos os profissionais direcionada para o acolhimento, responsabilização e vínculo, baseado num modelo assistencial usuário-centrado. Ou seja, execução de processos multidisciplinares e interdisciplinares pautados por resultados benéficos aos usuários (MERHY, 1998).

O que se verifica na atualidade, no entanto, é a priorização das tecnologias duras. O setor saúde utiliza de forma intensa equipamentos avançados para a realização de exames e tratamentos, possibilitando procedimentos menos invasivos, diagnósticos mais rápidos, tratamentos menos dolorosos e recuperação do usuário em menor tempo. No entanto, apesar das vantagens para os usuários, estes podem, por desconhecimento dos equipamentos, diagnósticos e terapêuticas, serem lesados com gastos adicionais que podem beneficiar instituições e/ou profissionais sob justificativa da utilização das novas tecnologias. Além

disso, os usuários podem ter dificuldades no acesso a essas novas tecnologias, pois a incorporação e distribuição das mesmas têm se efetivado de maneira desigual pelo país (PIRES, 2000).

A utilização dos avanços tecnológicos na saúde, a despeito dos problemas que pode ocasionar, não tem resultado em diminuição dos postos de emprego, visto que o trabalho humano é imprescindível para a realização das ações do setor, conforme referido anteriormente. Entretanto, ao mesmo tempo em que o trabalho humano aparece como central nestas ações, também se verifica uma desvalorização do trabalho e do trabalhador. A incorporação da lógica mercantil induz a desvalorização do trabalho pela utilização de insumos tecnológicos, ou seja, produz um aviltamento do trabalho humano da atenção e da escuta entre quem adoece e quem cuida (SOUZA, M., 2010). Além disso, a utilização de tecnologias avançadas exige constante qualificação dos trabalhadores, os quais são responsabilizados pelo sucesso e manutenção no mercado de trabalho (MARTINS; MOLINARO, 2013).

No setor saúde, a incorporação de novas tecnologias não pode abrir mão do trabalho vivo, o que acentua a necessidade de formação e qualificação permanentes dos trabalhadores desse setor. No entanto, na forma como o mercado de trabalho vem se estruturando, esta responsabilidade passa a ser do trabalhador, que tem o ônus de manter-se “empregável”, ou seja, manter-se sempre atualizado, de maneira a garantir um “diferencial competitivo”. Transfere-se assim a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e qualificação do trabalho das instituições para os trabalhadores (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1674).

O estímulo é direcionado à incorporação de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde, degradando e desvalorizando a força de trabalho (CARVALHO apud SOUZA, M., 2010).

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de problemas como: a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários (SOUZA, M., 2010, p. 342).

No que se refere à organização deste trabalho desregulamentado, flexibilizado e precário na saúde, observa-se que o setor mantém características da lógica taylorista, se realizando, de maneira geral, pela inexistência de coordenação da assistência prestada pelos

diferentes profissionais; fragmentação do trabalho, onde cada grupo em separado se organiza e presta parte da assistência; inexistência de práticas interdisciplinares; e identificação da pessoa que recebe a assistência como "paciente" e não como um ser humano que possui particularidades e livre arbítrio¹² (PIRES, 2000). No entanto, resguardadas essas características tayloristas presentes no trabalho em saúde, verifica-se que na atualidade este se realiza com aspectos que o modernizam, visto que normalmente os tempos da produção são controlados pelos próprios trabalhadores da saúde, dado o relativo grau de autonomia sobre o trabalho desenvolvido, caracterizando a influência da acumulação flexível no setor (FRANCO, 2003).

A reestruturação produtiva se reflete na saúde, nesta direção, através da terceirização, contratos de trabalho precários, aviltamento das condições de trabalho e aumento da demanda para quantitativo insuficiente de profissionais. O trabalhador, diante das necessidades reais de sobrevivência, vê-se por vezes obrigado a se inserir em mais de um vínculo de trabalho, executando as atividades ocupacionais de maneira exaustiva, aumentando o estresse e a insatisfação no trabalho. Essas más condições de trabalho refletem na qualidade do serviço prestado e no bem estar do trabalhador, fazendo aumentar o número de adoecimento (PEREIRA; SILVA, 2013).

O aumento dos casos de doenças ocupacionais e acidente de trabalho é fato relevante. O processo de trabalho atual é caracterizado por ritmo e jornada acelerados, recursos materiais inadequados, falta ou insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI), falta de interesse do empregador em investir em equipamento de proteção coletiva, escassez de profissionais com grande volume de tarefas e poucas pausas nas jornadas, dentre outros. Este quadro, aliado aos fatores desencadeantes de estresse ocupacional, coloca o profissional em risco de acidentes com material biológico e com material perfuro-cortante, além do risco de desenvolver doenças crônicas (PEREIRA; SILVA, 2013, p. 218).

Nessa perspectiva, as mudanças nos processos de trabalho em saúde advindas da reestruturação produtiva precarizam as condições de trabalho, trazendo consequências negativas à saúde do trabalhador, provocando adoecimento físico e emocional (PEREIRA; SILVA, 2013).

Além das alterações advindas da acumulação flexível, o trabalho em saúde também sofre influências das condições históricas de implantação do SUS a partir da década de 1990. Mudanças de cunho tecnológico, organizacional e político exigiram novas formas de organização do trabalho na saúde e modelo de gestão e atenção, motivadas pela

¹² O termo paciente possui relação de passividade e perda de autonomia (PIRES, 2000).

hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema (COSTA, 2000).

O SUS atendeu algumas reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, conforme tratado neste estudo, como a universalização, a descentralização e incorporação de mecanismos de controle e participação social, porém não superou algumas contradições do sistema de saúde que impactam o trabalho como a ênfase na assistência médica curativa individual, critérios de exclusão, precariedade de recursos, qualidade e quantidade quanto ao atendimento etc. Ou seja, o conjunto de mudanças não avançou na superação do modelo médico-hegemônico de organização do trabalho e serviços de saúde, a partir do qual o enfoque é direcionado às doenças e à cura individual pela valorização do trabalho médico (COSTA, 2000).

O modelo médico-hegemônico é organizado a partir de problemas específicos, subordinando o cuidado¹³ a aspecto irrelevante e complementar (MERHY, 1998). O modelo prioriza as tecnologias duras sendo favorável à acumulação capitalista na área, a partir da focalização na doença e incentivo ao setor privado. A assistência à saúde, desta forma, acaba por confundir-se com a produção de consultas e exames e à crescente medicalização da sociedade, sendo altamente rentável ao capital (MERHY; FRANCO, [2016?]), consoante com as propostas neoliberais de valorização do mercado e focalização das ações no indivíduo e na cura, sendo contrárias às conquistas do SUS.

A presença predominante na atualidade do modelo médico hegemônico na organização do trabalho traz rebatimentos que comprometem as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, no tocante aos preceitos da Política de Saúde, uma vez que atende às necessidades da acumulação capitalista.

Nesse modelo, o foco principal, [...] é colocado no interesse do capital, representado pela indústria farmacêutica, tecnológica (responsáveis pela tecnologia encontrada nos inúmeros exames complementares existentes) e pelas seguradoras de saúde, que movimentam a maior parte dos recursos que o setor saúde gera (PEREIRA; SILVA, 2013, p. 211).

¹³O cuidado depende da articulação de diferentes áreas profissionais, sendo o somatório de cuidados pequenos e parciais que se complementam. Diz respeito à interação entre os sujeitos (usuários, profissionais e instituições), com o intuito de possibilitar a construção de alternativas para o atendimento às necessidades de saúde, sob a perspectiva da integralidade, visando a construção de vínculos e responsabilizações mútuas (CASTRO, 2006/2007).

A ação dos profissionais sob essa perspectiva fica subjugada a lógica médica, secundarizando e desqualificando práticas de educação em saúde¹⁴ e atividades de outras categorias profissionais como a de assistentes sociais, nutricionista, psicólogos etc. (COSTA, 2000). O trabalho se desenvolve de forma compartimentalizada, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência à saúde, muitas vezes duplicando e/ou contradizendo esforços e atitudes (PIRES, 2000). Assim, a articulação almejada e necessária à realização de ações integrais de cuidados em saúde, em conformidade com os preceitos do SUS, fica fragilizada (PEDUZZI, 2002).

Os diferentes grupos profissionais que realizam o trabalho em saúde “não fazem a integração interdisciplinar, que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde” (PIRES, 2008, p. 162). Desenvolvem o trabalho de forma compartimentalizada e, por vezes, subordinada às orientações e decisões do médico, que é hegemonicamente o elemento central do processo assistencial em saúde a nível institucional. Apesar dessa relação hierárquica entre os profissionais de saúde em relação ao médico, aqueles possuem certa autonomia na realização de suas ações e condutas de trabalho, o que pode ser aproveitado para romper com práticas focadas em procedimentos e na centralização do saber médico, ampliando os cuidados em saúde, atentando para seus diversos determinantes e se realizando com base nos interesses e necessidades dos usuários (PIRES, 2008).

Considerando que as necessidades de saúde possuem expressão múltipla (social, psicológica, biológica etc.), nenhum profissional isolado pode realizar a totalidade das ações de saúde apresentadas pelos usuários (SHRAIBER apud CASTRO, 2009). O trabalho em saúde, nessa direção, é coletivo, realizado por diferentes profissões e seus saberes¹⁵. Envolve um conjunto de trabalhadores que possuem conhecimentos e técnicas específicas e que a partir do diálogo devem buscar compreender a variedade de fatores que interferem o processo saúde/doença. A proposta é a concretização de atividades interdisciplinares, que visem um

¹⁴A Educação em Saúde é uma estratégia através da qual o educador em saúde tem a função de facilitador das reflexões entre os saberes popular e acadêmico, tornando-os “horizontal, bidirecional, democrática, visando à transformação conjunta dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada” (ASSIS, 1998, p. 08). Assim, a educação em saúde deve buscar a capacitação dos indivíduos para o enfrentamento de seus problemas, de modo que compreendam a situação em que se encontram e façam suas escolhas a partir de suas condições de vida, vivência e valores (GUEDES, 2010).

¹⁵No Brasil, a área da saúde é composta por quatorze categorias profissionais reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Bioquímicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 1997).

processo horizontal de partilha de conhecimentos teóricos e práticos (MOURÃO; SOUZA, 2002).

Falta aos serviços, nesse sentido, uma organização do processo de trabalho que considere os processos produtivos integrados um ao outro, parte de um conjunto que deve garantir os produtos e resultados esperados. Este tipo de organização/fluxo deveria se dar a partir de relações entre os trabalhadores que configurassem verdadeiramente uma equipe, um coletivo multiprofissional interagindo saberes e fazeres (FRANCO, 2003, p. 111).

A realização do trabalho coletivo em saúde deve ser efetivada com vistas a assegurar o seu valor de uso, que é a defesa da vida. O trabalhador deve pautar-se eticamente para alcançar a preservação da vida humana, considerando o usuário enquanto coparticipante do processo de trabalho, uma vez que dele dependem o fornecimento de informações e a adesão à conduta proposta, mesmo que sua intervenção seja permeada por dificuldades e mudanças advindas da acumulação flexível (perda dos direitos trabalhistas; flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho; adoecimento, miséria, desemprego, violência etc), (CASTRO, 2009; COSTA, 2000).

Apesar da importância de ações interdisciplinares e das tecnologias leves para a condução do trabalho em saúde, o modelo assistencial hegemônico e vigente centra-se no profissional médico e valoriza as máquinas e técnicas. Os profissionais de saúde, no entanto, possuem certa autonomia na condução de suas ações, o que pode ser aproveitado para cuidados diretos ao usuário, elevando a capacidade resolutiva dos serviços (FRANCO, 2003).

Há trabalhadores que conseguem utilizar bem o autogoverno que têm ao exercerem sua atividade de trabalho aproveitam-se disso para ressignificar sua relação com os usuários, operando novos sentidos nos atos assistenciais à saúde, e passam a conduzir-se centrados nos usuários e nas tecnologias leves e leves-duras na produção do cuidado (FRANCO, 2003, p. 156).

Iniciativas nesse sentido são visualizadas na literatura, mas as mudanças no modelo assistencial exigem enfrentamento com os interesses que representam o ideário de mercado, no sentido da utilização da saúde enquanto mercadoria (FRANCO, 2003). Esse enfrentamento não é simples e/ou objetivo, nem tampouco depende exclusivamente da vontade dos profissionais em estabelecer práticas direcionadas aos interesses dos usuários.

É necessário compreender com clareza a conjuntura conservadora e de retrocessos que envolvem as políticas sociais e a organização do trabalho para que não se cometa o equívoco de culpabilizar e responsabilizar os trabalhadores pelo sucesso e/ou fracasso do SUS. As

condições objetivas, as demandas institucionais e as mudanças no processo produtivo colocam exigências para os trabalhadores da saúde como o cumprimento de metas, a polivalência e a utilização de alta tecnologia, que dificultam ao profissional a redefinição das ações para o atendimento das necessidades dos usuários. O auto controle que o profissional encontra no processo produtivo, nessa direção, se realiza de forma relativa, não sendo capaz de operar mudanças estruturais nos serviços.

Em que pese tais assertivas, a subjetividade do profissional de saúde, ancorada numa perspectiva crítica e compromissada com os usuários dos serviços, pode contribuir para a realização de ações que caminhem na direção da concretização do SUS e na viabilização de reflexões sobre o modelo assistencial vigente, buscando fortalecer a concepção do cuidado em saúde. São muitas vezes ações isoladas e individuais, mas que podem colaborar com o debate sobre o modelo assistencial em saúde.

As reflexões propostas sobre a política e o trabalho em saúde evidenciam que a política de saúde brasileira tem se desenvolvido sob os moldes do mercado, incentivando as parcerias público-privadas, sucateando os processos e vínculos de trabalho, se estruturando enquanto instrumento de valorização e desenvolvimento capitalista. Nesses marcos, a organização do trabalho mantém o incentivo e valorização do modelo médico-hegemônico, dificultando a construção de práticas interdisciplinares que valorizem todos os aspectos que envolvem o processo saúde/doença. Todas essas características materializam a política de saúde brasileira e criam barreiras para a concretização dos preceitos do SUS, como a universalidade e a equidade dos serviços.

1.2 – Urgência e Emergência no Brasil: a construção da política nacional

A urgência e a emergência fazem parte da rede de serviços de saúde e, portanto, sofrem os rebatimentos das mudanças advindas da contrarreforma do Estado brasileiro e das alterações no mundo do trabalho, conforme evidenciado anteriormente. Como parte dessa realidade esses serviços, muitas vezes, se apresentam como alternativa à população que sofre com as desigualdades sociais e experimenta cotidianamente o sucateamento das políticas sociais.

Para a compreensão do papel da urgência e emergência na saúde faz-se necessário discorrer sobre o conceito desses serviços, uma vez que determinam o tipo de atendimento

realizado. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1985, p. 11), a emergência envolve um “conjunto de ações empregadas para a recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de vida” e a urgência um “conjunto de ações empregadas para a recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata”.

Seguindo essa perspectiva, o Conselho Federal de Medicina (CFM), no artigo 1º da Resolução Nº 1451 de 17 de março de 1995, definiu a emergência como “a constatação médica de condições de agravos à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato” e a urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CFM, 1995). A Resolução informa que ambos os conceitos exprimem necessidade de atendimento médico imediato, porém a emergência diz respeito àquelas situações que envolvem risco iminente de morte e/ou intenso sofrimento, devendo assim ser priorizada (ROMANI et al, 2009).

Quando se utiliza do dicionário para buscar conceituar os termos mencionados verifica-se certo embaraço nas suas utilizações pela área da saúde. Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, Aurélio, 2004), a palavra urgente diz respeito àquilo que urge, que é indispensável ser feito com rapidez; iminente. Já a palavra emergente trata-se daquilo que emerge; que procede ou resulta. Ou seja, a emergência é uma situação perigosa ou fortuita, incidente (ROMANI et al, 2009). Segundo a terminologia do dicionário a emergência envolve o medo, precaução e a incerteza; mas a urgência diz respeito ao que se tem certeza, relaciona-se às chances de recuperação do usuário, que se não for atendido com rapidez pode ter como desfecho o óbito. Os significados expressos no dicionário diferem do emprego dos termos na área da saúde (ROMANI et al, 2009).

Na definição do CFM, a noção de *iminência*, *pressa*, ou necessidade de agir com rapidez, que caracteriza a significação de *urgência*, é atribuída ao termo *emergência* (situações *que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso*); e a noção de *surgimento*, ou da mudança de uma condição anterior (*imersa*) para outra condição, diversa e posterior (*emersa ou emergente*), que caracteriza a significação de *emergência*, é atribuída ao termo *urgência* (*a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida*). Assim, parece ser esta a causa do embaraço: de acordo com as origens e o uso corrente de cada termo, o conceito que é atribuído a um, pertence de fato, ao outro; ou seja, os termos se apresentam com os significados trocados: o que se diz para a *urgência* pertence à *emergência* e o que se diz para a *emergência* é atribuição própria da *urgência* (ROMANI et al, 2009, p. 44, grifos do autor).

As divergências conceituais citadas podem se manifestar no cotidiano dos serviços através da contraposição da compreensão do que é urgente e emergente por parte dos usuários e dos profissionais. É frequentemente reproduzido por profissionais de saúde, autoridades sanitárias e pela mídia que os usuários fazem mau-uso dos serviços de urgência e emergência, superlotando as unidades e desvirtuando sua função. O discurso baseia-se na ideia de que “os usuários não sabem o que é urgente; consultam no pronto-socorro e chamam a ajuda móvel de urgência para ‘qualquer coisa’” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 9), ou seja, localiza nos usuários o problema da superlotação e aponta como resolução das dificuldades a educação da população para o que consideram como bom o uso dos serviços de urgência e emergência: atendimento voltado para as situações que não podem esperar.

O desacordo existente entre os que procuram os serviços acreditando que a sua situação é urgente e os profissionais que avaliam o contrário, não pode ser explicado pela via da culpabilização dos usuários pelo não entendimento do significado *correto* da urgência e emergência. Mas se explica pelo fato de que a população pode não compartilhar da mesma concepção técnica, biomédica, da urgência (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Se o conceito de saúde vigente incorpora sua forma ampliada, compreendendo os saberes de diferentes profissionais para a realização dos cuidados, é um equívoco tomar o saber biomédico como o exclusivamente correto. Os critérios biomédicos, quando utilizados isoladamente, não dão conta de compreender a urgência e emergência, carecendo das práticas dos demais profissionais de saúde e das vivências e percepções dos usuários atendidos. Compartilhando com essa assertiva, Giglio-Jacquemot (2005, p. 25) afirma que

a apreciação que leva a considerar um estado ou uma situação de saúde como sendo uma ‘urgência’ ou uma ‘emergência’ é o resultado, na prática do médico como na do leigo, de uma combinatória plurifatorial complexa, onde não entram somente elementos do conhecimento médico técnico. Essa combinatória é a conjunção de uma multiplicidade de fatores de natureza variada, tanto sociais quanto psicológicos, tanto coletivos quanto individuais tais como, por exemplo: a idade do paciente, seu sexo, sua aparência, condição social, o tipo de mal do qual ele está padecendo, seu comportamento, o tipo de acidente sofrido, o número de vítimas, o grau de angústia e incerteza, a formação do médico, e eventual relação terapêutica existente entre ele e o doente [...].

Nessa direção, no entendimento e definições da urgência e emergência devem perpassar diversos elementos, não apenas de natureza biológica e fisiológica, mas de várias outras ordens da realidade, dentre elas o social e suas variadas expressões e determinações. O contexto, desta forma, é imprescindível para definir a urgência e emergência, pois a

conjunção de fatores é que determina uma situação que precisa ser tratada com rapidez. “Não é tanto o sintoma assinalado que necessita de uma intervenção urgente, mas o contexto geral no qual se manifesta e que perturba: muitos sinais de urgência não se encontram no corpo doente, mas fora dele, na situação que o envolve” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 121).

Considerando o exposto, será que um usuário quando busca atendimento na urgência e emergência com um quadro de tosse é porque realmente não sabe o que é urgência? Parece-me que consiste um equívoco fazer essa constatação. Se na avaliação da urgência se pondera apenas o sintoma (tosse), de maneira isolada, pode ser que não justifique a ida do usuário ao serviço de urgência e emergência para atendimento. Porém, se a análise perpassar um conjunto de sinais de perigo para o sujeito, pode ser que a tosse se torne um problema grave e urgente. Conforme Giglio-Jacquemot (2005), a tosse, quando contextualizada, pode significar noites mal dormidas, risco de perder o emprego, perigo de a família ficar sem recurso.

Para a empregada doméstica, o balconista, o pedreiro, o motorista, o peão, a mulher sozinha que tem vários filhos para criar, um pé torcido, tonturas, enxaquecas, dores nas costas não são ‘pequenos problemas’. Talvez o sejam no início de suas manifestações, mas com o tempo, vêm a se tornar seríssimos: alterando a capacidade no desempenho das atividades diárias, elas podem trazer enormes consequências, entre as quais a perda do emprego. Nesse ponto, a percepção da urgência dos usuários entra em choque frontal com a dos profissionais de saúde (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 126).

Encarado sob este prisma o papel do tempo para os usuários é distinto das concepções biomédicas da urgência. Para as equipes de saúde o caráter repentino do sintoma é o que caracteriza a urgência da demanda. Em contrapartida, para os usuários é a persistência do problema (sintoma) que atrapalha gravemente a vida cotidiana: no âmbito social, familiar, conjugal, profissional, econômico, ameaçando piorar ou romper desequilíbrios existentes. Os usuários, muitas vezes, em virtude da precariedade de seus meios e condições de existência, vivem numa situação de urgência permanente. “Sobrevivem mais do vivem, e sua sobrevivência depende fundamentalmente de seu estado de saúde” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p 126; 127). Assim, a busca pelo serviço de urgência e emergência por parte do usuário pode ser um recurso diante de uma situação/problema que, com o passar do tempo, passou a impactar negativamente a sua vida, colocando em risco sua sobrevivência e de seus familiares.

É preciso também considerar que na sociedade capitalista, com o estímulo a medicalização, por meio da expansão da indústria farmacêutica, os sujeitos tendem a buscar

no atendimento médico a única salvação para suas questões subjetivas. Na contemporaneidade, as tristezas, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis nessa sociedade que aposta na euforia vinculada aos bens em oferta no mercado. “Assistimos, assim, a uma patologização generalizada da vida subjetiva, cujo efeito paradoxal é a produção de um horizonte cada vez mais depressivo” (KEHL, 2009, p. 52). As tristezas, o luto, as angústias, a irritabilidade, a dor, o conflito subjetivo levam, nessa direção, os sujeitos a buscarem os atendimentos de urgência e emergência, seja pela patologização da vida subjetiva, seja pelo acesso aos medicamentos.

Os serviços de urgência e emergência, em funcionamento 24 horas, trabalham como porta de entrada do sistema para usuários com quadros de urgências clínicas, usuários com situações percebidas como urgências, usuários sem vínculos com a Atenção Primária e urgências sociais. Todas essas demandas superlotam as unidades de urgência podendo comprometer a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2006b).

Assim, o papel desempenhado pelo profissional que realiza o primeiro atendimento ao usuário nas unidades de urgência e emergência é crucial. É preciso ter clareza que a noção da urgência e emergência, bem como suas percepções e sinais, são plurais e seus entendimentos não prescindem do contexto e dos atores que lhes conferem sentidos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Os serviços de urgência e emergência atendem situações que fazem parte do cotidiano da vida, como doenças e agravos agudos, acidentes e casos de violência, se apresentando como espaços potenciais para salvar vidas e aliviar sofrimentos (KONDER, 2013). Esses serviços, que ocupam lugar relevante dentro do sistema de saúde, expressam, no Brasil, problemas estruturais da Política de Saúde, como dificuldades de acesso em diversos níveis de atenção, insuficiência de leitos, inadequação na formação profissional e ineficiência nos mecanismos de referência dos usuários (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Muitas vezes se configuram como “um grande desembocadouro da demanda reprimida” (KONDER, 2013, p. 15).

Os problemas que envolvem a assistência à urgência e emergência não são recentes e perpassaram os debates proferidos pelo Movimento de Reforma Sanitária nos anos 1970 e 1980, a partir do entendimento de que estes serviços deveriam estar articulados à todos os

demais serviços da rede¹⁶. Os avanços qualitativos foram poucos e incipientes, especialmente porque a partir da década de 1990, conforme descrito no item anterior, o país promoveu a contrarreforma do Estado, emitindo respostas fragmentadas e paralelas às diretrizes do SUS (TEIXEIRA, 2014).

No que tange a elaboração da política federal voltada às urgências pode-se demarcar três momentos principais: 1998-2002, quando surgiram as primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008, quando houve a elaboração e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com destaque para o SAMU; e a partir do término do ano 2008, quando se verificou a continuidade do processo de implantação do SAMU e a priorização para a implantação das UPAs (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O primeiro momento (1998-2002) contou com a publicação de normas direcionadas à implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgências e com a primeira portaria (Portaria 824 de 24 de junho de 1999)¹⁷ voltada ao atendimento pré-hospitalar móvel e a regulação médica (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). A ênfase voltou-se para aos hospitais, às regulações médicas e atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 1999a; 1999b, 2001b).

Embora não existisse uma política estruturada para a área, debates sobre experiências internacionais, de municípios e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências subsidiaram a elaboração de regulamentos de abrangência nacional (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Um exemplo que expressa este momento de discussão sobre a política de urgência e emergência foi o amplo debate ocorrido no IV Congresso Internacional da rede Brasileira de Cooperação em Emergências, sob a denominação: “Bases para uma política nacional de atenção às urgências”. Neste evento, realizado em Goiânia em abril de 2000, houve a aproximação das discussões dos profissionais que estavam na vanguarda e o Ministério da Saúde, o que possibilitou análise dos investimentos realizados na urgência e emergência e elaboração de novas propostas (ARAUJO, 2010).

¹⁶As redes são formas de organização social do Estado ou da sociedade, baseadas na cooperação entre unidades que possuem autonomia (CASTELLS apud MENDES, 2011). Nessa perspectiva, as Redes de Atenção à Saúde (RASs) podem ser conceituadas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011, p. 82).

¹⁷Esta legislação foi revogada pela Portaria 814 de 01 de junho de 2001.

A partir desses debates sobre a construção de uma política federal, no ano de 2002 foi aprovado o Regulamento do Atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através da Portaria 2048 de 5 de novembro de 2002 (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Este regulamento, de caráter nacional, estabeleceu princípios e diretrizes para os sistemas estaduais, determinando normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços (BRASIL, 2002b).

Os Sistemas Estaduais devem ter como estratégia a “promoção da qualidade de vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências, através da prevenção de agravos, proteção da vida, recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos. O planejamento das ações se efetiva a partir de um Plano Estadual às Urgências e Emergências, que necessita estar contido no Plano Diretor de Regionalização, segundo as propostas da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001¹⁸ (BRASIL, 2002b).

As iniciativas relacionadas ao atendimento às urgências culminaram na publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria 1863 de 29 de setembro de 2003, no governo Lula, inaugurando o segundo momento (2003-2008). Esta Política se consagrou como a norma mais abrangente e completa direcionada a atenção às urgências e emergências no país, propondo-se a estruturar e organizar a rede que materializa esses serviços, a partir dos princípios que orientam o SUS (SOUZA, A., 2012). Suas propostas foram ancoradas em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização¹⁹ da atenção (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

No que se refere à organização de redes, a legislação informa que seus componentes são o Pré-Hospitalar Fixo (UAPS, Ambulatórios Especializados, Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, Serviços de Diagnóstico e Terapias), o Pré-Hospitalar Móvel (SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate), o Hospitalar (portas hospitalares

¹⁸ A NOAS 01/2001 estabelece o processo de regionalização como estratégia da descentralização dos serviços.

¹⁹ A humanização na saúde ganha relevo a partir da publicação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. Sua proposta é promover mudanças no trabalho e gestão da atenção à saúde, por meio da gestão participativa, acolhimento, trabalho em equipe, estímulo à formação de redes, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, entre outros. No entanto, esta política é fomentada no contexto de mercadorização da saúde, incorporando diretrizes do debate da qualidade, proveniente do processo de reestruturação produtiva. Nessa perspectiva, as estratégias propostas na PNH acabam se materializando no estímulo às parcerias público/privadas, à desresponsabilização do Estado e à responsabilização/culpabilização dos trabalhadores e usuários acerca da qualidade dos serviços ofertados. Ver em: CASTRO, M. M. C. *Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica*. 2015. 223f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

de atenção às urgências e leitos de internação) e componente Pós-Hospitalar (modalidades de atenção domiciliar, Hospitais-Dia e projetos de reabilitação) (BRASIL, 2006b).

Nessa perspectiva, a atenção às urgências deve englobar todos os níveis do SUS, organizando e ofertando a assistência desde a Atenção Primária até os cuidados pós-hospitalares. Dentre os componentes da rede, o governo privilegiou inicialmente o Pré-Hospitalar Móvel, ou seja, o SAMU. A proposta era de que através das Centrais de Regulação Médica pudesse dar respostas às necessidades urgentes da população por meio de conselho, orientação ou deslocamento de ambulância, a depender da demanda apresentada (BRASIL, 2006b).

O destaque dado no período de implantação da Política ao SAMU ocorreu sob a justificativa da existência de experiências municipais e de uma regulamentação nacional prévia, o que contou com o apoio dos dirigentes do governo. Além disso, o reconhecimento de que as centrais de regulação seriam importantes para a organização dos fluxos de atendimentos, se conformando como observatórios das redes assistenciais, teve contribuição na defesa da implantação do SAMU como a primeira etapa da Política. A ideia era de que os

dados provenientes de seu funcionamento seriam relevantes para o planejamento de ações, visando ampliar e qualificar o acesso ao atendimento de urgências no país. O SAMU, devido a suas atribuições, constituiria uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da população e evidenciar as deficiências da rede (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011, p. 523).

Dando continuidade ao processo de estruturação da rede de urgência e emergência no país, foi instituído, pela Portaria 3125 de 7 de dezembro de 2006, o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência – QualiSUS, tendo como foco as ações nos componentes hospitalar e pré-hospitalar fixo (nas unidades não hospitalares de atenção às urgências). O Programa estimulou os dispositivos de classificação de risco, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários, por meio do critério de acolhimento (BRASIL, 2006c). O objetivo foi garantir conforto aos usuários, atendimento baseado no critério de risco, atenção mais efetiva por parte dos profissionais e diminuição do período de permanência nos hospitais, sob parâmetros e diretrizes da humanização (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

O QualiSUS se apresentou como proposta consoante às diretrizes de organização de redes de atenção às urgências, pressupondo a estruturação desses serviços a partir de: organização de atenção pré-hospitalar fixa; continuidade de implantação do atendimento pré-

hospitalar móvel, através da ampliação e qualificação do SAMU; organização e qualificação dos hospitais como portas abertas às urgências; e definição de leitos hospitalares dedicados à recuperação definitiva dos pacientes (BRASIL, 2006c).

A experiência do QualiSUS se efetivou sob o discurso da melhoria da relação médico-usuário, no entanto o programa se constituiu como uma estratégia governamental de implantação dos modelos de gestão de qualidade, propostos pela reestruturação produtiva. A qualidade foi incorporada a partir de uma lógica mercadológica da saúde, sob a roupagem da humanização (CASTRO, 2015).

Em busca da chamada ‘qualidade dos serviços de saúde’ e do reforço à humanização da saúde, o QualiSUS demonstra a vinculação da política com as necessidades de fomento da economia, ao ser destacado a necessidade de melhoria da gestão, controle social, superação das iniquidades, integralidade e racionalidade dos investimentos em infraestrutura, a partir do reforço da articulação entre a lógica econômica e sanitária (CASTRO, 2016, p. 154).

O foco das intervenções do QualiSUS foi os hospitais como portas abertas às urgências, embora também tenha sinalizado a importância nos investimentos no componente pré-hospitalar fixo, por meio da Atenção Primária e das unidades não hospitalares (KONDER, 2013).

O componente pré-hospitalar fixo da Política Nacional de Atenção às Urgências passou a ter relevância nas ações governamentais a partir de 2009, quando diversas portarias²⁰ foram publicadas incentivando e normatizando a estruturação e funcionamento das UPAs (BRASIL, 2009a; 2011c; 2011d; 2011e; 2011f; 2012). Cabe mencionar que nas normativas anteriores não se utilizou o termo UPA, referindo-se apenas a componente pré-hospitalar fixo. Essa terminologia pode ter sido influenciada pelas experiências do estado do Rio de Janeiro²¹, que em 2008 já contava com 20 UPAs em funcionamento (KONDER, 2013).

²⁰Várias portarias foram publicadas direcionadas a implantação, funcionamento e financiamento das UPAs, a partir do ano 2009, tais como: Portaria 1020 de 13 de maio de 2009; Portaria 1601 de 07 de julho de 2011, que revogou a de Nº 1020; Portaria 2648 de 07 de novembro de 2011; Portaria 2820 de 28 de novembro de 2011; Portaria 2821 de 28 de novembro de 2011; Portaria 1171 de 05 de junho de 2012, que revogou a de Nº 2820; Portaria 342 de 04 de março de 2013; Portaria 104 de 15 de janeiro de 2014, que revogou as de Nº 2648 e 1171.

²¹O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na implantação das UPAs, iniciando o processo em 2007, antes da regulamentação federal específica. O número de unidades se expandiu nos anos subsequentes, ultrapassando 60 unidades no final de 2012, com 50% dos serviços localizados na capital, sendo o maior número do país. Inicialmente (2007-2012), as UPAs estaduais privilegiaram a inserção de servidores bombeiros nas funções gerenciais e parte das assistenciais. As UPAs do município do Rio de Janeiro foram inauguradas a partir de 2009 sob gestão de OSs. As UPAs dos municípios do interior do estado foram inauguradas sob gestão da administração direta, porém com a coexistência de formas variadas de contratação de profissionais. A partir de

De acordo com a Portaria 1020 de 13 de maio de 2009, o componente pré-hospitalar fixo da rede de atenção às urgências é composto pelas UPAs e pelas Salas de Estabilização (SE). As UPAs são os estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as UAPS e a rede hospitalar; E as SE se localizam em unidades e serviços da rede que ocupam lugar estratégico de suporte ao SAMU, se configurando enquanto espaços de apoio e estabilização de usuários (BRASIL, 2009a).

Dentre os componentes pré-hospitalares, as UPAs passaram a ser o instrumento privilegiado de incentivo e investimento do governo Dilma, assim como o SAMU fora no início da implantação da Política Nacional (SOUZA, A, 2012). De acordo com a Portaria 1020/2009, as UPAs possuem como responsabilidades:

- I - funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;
- III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- V - articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema local/regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- VI - possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- VIII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- IX - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- XI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- XIII - prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;

2012 passou a haver uma convergência entre as UPAs estaduais e municipais, no sentido da expansão da contratação de OSs para a gerência das unidades e profissionais de saúde. As justificativas apontadas pelos gestores para a contratação das OSs para a gerência das UPAs são relacionadas aos seguintes argumentos: necessidade de rápida expansão de serviços em cenário de constrangimentos legais e financeiros ao aumento do funcionalismo; maior flexibilidade para contratar, remunerar e demitir; dificuldade de fixação de profissionais em serviços de saúde localizados em áreas de vulnerabilidade social; e a dificuldade de fixação do profissional em virtude da natureza do trabalho (MACHADO et al, 2016).

- XIV - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;
- XVI - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede local/regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- XVII - contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- XVIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;
- e XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade (BRASIL, 2009a).

As UPAs devem funcionar 24 horas ininterruptas prestando serviços de urgência e emergência à população, garantindo resolutividade a partir do atendimento na unidade e estabilização dos casos mais graves para posterior encaminhamento aos serviços especializados e de maior complexidade. O atendimento deve ser efetivado de acordo com a classificação de risco ou triagem, que se constitui como uma forma de organizar o serviço a partir de uma ordem por usuários, segundo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O sistema de classificação mais usual no Brasil e o adotado pelo Governo de Minas Gerais é o Protocolo de Manchester²², que ordena o fluxo do atendimento por cores: vermelho (atendimento imediato), laranja (espera de até 10 minutos), amarelo (espera de até 1 hora), verde (espera de até 2 horas), azul (espera de até 4 horas) e branco (atendimentos eletivos, fora da categoria de urgência e emergência) (PERES et al, 2015; CORDEIRO JÚNIOR, 2014; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

De acordo com este Protocolo, a emergência refere-se ao evento que exige atendimento imediato, por haver risco de morte ao usuário (cor vermelha); e a urgência, os eventos divididos em muito urgentes e urgentes, que envolvem necessidade de atendimento rápido, porém com menos gravidade que os casos emergentes (cores laranja e amarelo) (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

O atendimento baseado no Protocolo de Manchester não é realizado de maneira aleatória ou por ordem de chegada, mas por critérios estabelecidos para a garantia de

²²O Protocolo de Manchester, criado em 1994 na cidade de Manchester na Inglaterra, é um importante sistema de classificação de risco ou triagem de prioridade, utilizado nos serviços de urgência e emergência do Reino Unido e de quase toda a Europa (predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia e Holanda) e dos países asiáticos Hong Kong e Japão. No Brasil, Minas Gerais foi o pioneiro na utilização desse Protocolo, implantando-o a partir de 2008 (CORDEIRO JÚNIOR, 2014)

prioridade aos casos graves. A classificação de risco deve ser realizada por um profissional da Enfermagem que a partir da avaliação de parâmetros clínicos e percepção visual de sinais de gravidade faz o registro dos dados e emite a classificação por cores. Por se tratar de um processo dinâmico, pode ser necessária nova avaliação do usuário durante o período de espera do atendimento médico (CORDEIRO JÚNIOR, 2014).

O Protocolo se constitui uma ferramenta útil e necessária, uma vez que a não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com alguns casos se agravem nas filas de espera dos serviços, podendo levar a morte pelo não atendimento em tempo adequado. No entanto, esse dispositivo não é suficiente, visto que não objetiva capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, que são primordiais para a avaliação do risco e vulnerabilidade de cada pessoa. O Protocolo não substitui o diálogo, a interação, a escuta, enfim, o acolhimento do sujeito e sua queixa para o seu potencial de agravamento (BRASIL, 2009b).

O acolhimento é o ato ou efeito de acolher, uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. Não se restringe a recepção da demanda ou triagem, pois não pressupõe hora, local e profissional, devendo fazer parte de todo o processo de produção da saúde (BRASIL, 2009b).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutivas dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009b, p. 15).

Nessa direção, o acolhimento requer do profissional uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários; requer um atendimento com responsabilização e resolutividade, ou seja, o profissional deve escutar a queixa do usuário, os medos e expectativas, identificando risco e vulnerabilidade e se responsabilizando pela resposta emitida, o que envolve uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com a resolução do caso. Assim, o acolhimento não é ato isolado, mas um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, envolvidas nas respostas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRASIL, 2009b).

A escuta qualificada e o compromisso com as repostas aos usuários implica que a avaliação dos riscos e vulnerabilidades deve considerar o grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário chega andando nos serviços de urgência e emergência,

sem sinais aparentes de problemas físicos, mas muito angustiado, podendo estar mais necessitado de atendimento e com risco e vulnerabilidade elevados (BRASIL, 2009b).

É necessário, a partir do exposto, que os serviços de urgência e emergência organizem os fluxos de trabalho a partir do acolhimento com classificação de risco, pois, além de organizar a fila por necessidade de atendimento, esse dispositivo visa garantir atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não possui risco imediato, comunicando tempo estimado de espera para atendimento; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho aos profissionais através das discussões da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; possibilitar a pactuação de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009b).

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (BRASIL, 2009b, p. 25).

Essa perspectiva de realização da classificação de risco que envolve o acolhimento, o cuidado, a humanização, a integralidade, exige pensar a urgência e emergência em seu alcance ampliado. Ou seja, “pensa-la em seu alcance maior enquanto assistência potencialmente integradora, capaz de armazenar e veicular informação, prevenir dano secundário e construir um sólido nó na rede de cuidados em saúde [...]” (ESTELLITA-LINS, 2010, p. 72). A situação crítica que chega às urgências necessita de assistência integralizada com atitudes clínicas cuidadosas e resolutivas, devendo ter como principal atitude o respeito ao sofrimento, uma vez que o sujeito que ali se encontra busca o serviço porque sofre e acredita que ali encontrará uma solução adequada para o caso.

Uma atitude clínica abrangente, acolhedora e cuidadosa se distingue pelo valor concedido aos detalhes, pela avaliação concomitante de aspectos e dados globais; pela importância do diagnóstico (evidentemente multidisciplinar) que deve ser rápido, muito pragmático, reorientável, substituível; e ainda pela valorização da informação rápida, fidedigna e abrangente (ESTELLITA-LINS, 2010, p. 87).

O direcionamento do trabalho na urgência e emergência sob esses moldes implica a construção de ações em rede. Foi, com esta perspectiva, que em 07 de julho de 2011 foi publicada a Portaria 1600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Segundo a legislação, a Rede deve priorizar as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, sendo constituída

pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção Básica; SAMU e Centrais de Regulação Médica de Urgências; UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Hospitais e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011b).

Nessa legislação manteve-se a definição das UPAs prevista nas normativas anteriores, a identificando enquanto estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, devendo compor a rede organizada de atenção às urgências. As UPAs e os demais serviços 24 horas devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros clínicos agudos e agudizados e por casos de natureza cirúrgica ou de trauma. Os usuários precisam ser estabilizados e submetidos a investigação diagnóstica inicial, de modo a identificar a necessidade de encaminhamento aos serviços hospitalares da rede de atendimento (BRASIL, 2011b).

A Portaria 1600 seguiu as orientações e diretrizes previstas na Portaria 396 de 04 de março de 2011, que dispõe sobre o QualiSUS-Rede. Esta portaria se apresentou como estratégia para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde para qualificar a atenção e gestão (BRASIL, 2011g).

O QualiSUS-Rede apresentou como objetivos:

- I – a organização, no âmbito do SUS, de redes de atenção à saúde que considerem o protagonismo da atenção primária no seu ordenamento;
- II – a priorização dos investimentos na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), na atenção de urgência e emergência e no aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede;
- III – o aumento da eficiência alocativa e produtiva do SUS;
- IV – a instituição e aprimoramento dos mecanismos de gestão das redes de atenção à saúde;
- V – o fortalecimento da regionalização, da contratualização, da regulação do acesso, da responsabilização dos gestores e da participação social;
- VI – a qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional;
- VII – melhoria da efetividade e resolubilidade da prestação dos serviços de saúde para as populações cobertas pelo projeto;
- VIII – a produção, a sistematização e a difusão dos conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde, ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade e à gestão da inovação tecnológica em saúde (BRASIL, 2011g).

Para a execução do programa foi firmado um acordo com o Banco Mundial em 2009, ainda no governo Lula, contendo como pilares a equidade, governança e competitividade. A estratégia global do QualiSUS-Rede seria o aumento da qualidade, com melhoria dos resultados e contribuição para a competitividade e crescimento do país, favorecendo a

eficiência e acessibilidade dos gastos sociais, a produtividade da força de trabalho e o fortalecimento da governança por meio da incorporação de mecanismos de responsabilização na área da saúde (CASTRO, 2016).

O QualiSUS-Rede garantiu materialidade aos movimentos em prol da consolidação do SUS, representados no Pacto pela Saúde, e propôs articulação ao PAC-Mais Saúde. As articulações mencionadas implicaram a estruturação de rede regionalizada de saúde e a introdução de gestão baseada em resultados; a regulamentação da regionalização dos serviços de média e alta complexidade, definição do papel dos estados e sua responsabilização pelos sistemas de prestação de serviços; a flexibilização da governança e gestão geradas pela formação de consórcios intermunicipais²³ (BANCO MUNDIAL, 2009; CASTRO, 2016).

Em suas reflexões sobre o QualiSUS-Rede, Castro (2016) afiança que o Programa apresentou em suas formulações elementos importantes para a qualificação dos serviços públicos de saúde. No entanto, seus objetivos estão ancorados nas propostas do Banco Mundial para a saúde brasileira, estando centrado na melhoria da eficácia do sistema financeiro do SUS; no trato das doenças não transmissíveis (por estas provocarem impactos na produção de mercadorias pelo adoecimento do trabalhador); na melhoria da qualidade e eficiência dos serviços de saúde financiados pelo SUS, com destaque para os hospitais de nível secundário, especialidade, diagnóstico e centros de urgência e emergência (fomentando a economia e o mercado, por meio do estímulo à compra e venda de produtos de alta tecnologia, maquinário e farmacêuticos). Nessa perspectiva, o programa acompanhou as propostas da contrarreforma do Estado brasileiro e se constituiu como ligação entre a Política de Saúde do país e as diretrizes do Banco Mundial, se distanciando da construção de uma saúde pública, com gestão democrática e centrada nas necessidades de saúde da população. O alinhamento do QualiSUS-Rede com os preceitos do Banco Mundial fortaleceram a lógica privatista, contrária aos preceitos do SUS (CASTRO, 2016).

²³Os consórcios, que possuem por finalidade o estabelecimento de parcerias para otimizar a prestação de serviços em benefício da população em municípios de pequeno porte, é regulamentado pela Lei 11107/2005. De acordo com essa legislação, o consócio pode assumir como personalidade jurídica a associação pública ou pessoa jurídica de direito privado. Essa ambiguidade quanto a personalidade jurídica dos consórcios revela que estes podem se apresentar como exemplo de transferência da responsabilidade estatal ao terceiro setor e/ou subserviência da lógica do público ao privado (BASLER, 2013). O Banco Mundial ao incentivar o estabelecimento de consórcios intermunicipais reforça as proposta da contrarreforma na política de saúde, gerando flexibilidade na governança e gestão (CASTRO, 2015).

Em continuidade às formulações do Ministério da Saúde de incentivo a implementação de serviços da urgência e emergência, ainda no ano de 2011 foi publicada a Portaria 1601, em 07 de julho, revogando a Portaria 1020/2009. A nova portaria inovou e avançou no processo de implantação das UPAs ao garantir que os serviços existentes fossem adequados e habilitados como UPAs. Segundo o artigo 4º (BRASIL, 2011c),

fica instituído incentivo financeiro de investimento e custeio para as UPA 24h, considerando-se: I - UPA Nova: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para nova construção, mobiliário, materiais e equipamentos; II - UPA Ampliada: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para acréscimo de área a uma edificação já existente, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos; III - UPA Reformada: aquela unidade que receberá incentivo de custeio para alteração em ambiente já existente sem acréscimo de área, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos.

Nessa perspectiva, os serviços em funcionamento (como a policlínica, o pronto atendimento, o pronto socorro especializado, o pronto socorro geral e as unidades mistas) puderam passar a receber incentivo financeiro de investimento destinado à UPA ampliada (BRASIL, 2013).

De acordo com as legislações vigentes, esses equipamentos devem ser implantados em locais estratégicos para a configuração da rede de urgência, sendo estruturados e classificados por portes, segundo a população referenciada e capacidade instalada (área física, número de leitos e recursos humanos²⁴), seguindo a tabela abaixo:

QUADRO 1: DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H

| UPA 24H | POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA | ÁREA FÍSICA MINÍMA | NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS | NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 07H ÀS 19H | NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 19H ÀS 07H | NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO |
|---------|---|--------------------|--|---|---|---------------------------------------|
| PORTE I | 50.000 a 100.000 habitantes | 700 m ² | 50 a 150 pacientes | 2 médicos | 2 médicos | 7 leitos |

²⁴No que se refere aos recursos humanos, as portarias informam que as UPAs devem possuir equipe multidisciplinar compatível com seu porte (BRASIL, 2013; 2014). No Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, publicado pela Portaria 2048 de 5 de novembro de 2002, que possui abrangência nacional, as unidades não hospitalares devem contar com equipe mínima composta por coordenador ou gerente, médico clínico geral, pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo. Quando houver laboratório na unidade devem contar também com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Outros profissionais podem compor a equipe, de acordo com definição do gestor local, como assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, segurança e outros (BRASIL, 2006b).

| | | | | | | |
|-----------|------------------------------|----------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| PORTE II | 100.001 a 200.000 habitantes | 1.000 m ² | 151 a 300 pacientes | 4 médicos | 2 médicos | 11 leitos |
| PORTE III | 200.001 a 300.000 habitantes | 1.300 m ² | 301 a 450 pacientes | 6 médicos | 3 médicos | 15 leitos |

Fonte: BRASIL, 2014.

As Portarias 342 de 4 de março de 2013 e 104 de 15 de janeiro de 2014 dispõem que o financiamento do custeio mensal das UPAs é de responsabilidade tripartite entre a União, Estados e Municípios, via fundos de saúde. Informam também que a gestão desses serviços deve ficar a cargo do Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou do Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal, cabendo ao gestor implantar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco, inserir protocolos de atendimentos clínicos e procedimentos administrativos e garantir apoio técnico e logístico para o adequado funcionamento do equipamento (BRASIL, 2013; 2014).

As normativas referentes às UPAs não deixam claro o modelo de gestão a ser implantado no processo de execução desses serviços, apenas sinalizam as competências e o gestor perante o Ministério da Saúde. No entanto, Teixeira (2014) indica que o processo de implantação desses equipamentos vem se efetivando a partir da lógica empresarial, visto que a gerência administrativa tem sido de responsabilidade do setor privado. Assim, as relações de trabalho são precarizadas, uma vez que cada unidade possui sua política de recursos humanos e salarial.

Segundo a autora, o governo federal vem incentivando a implantação de uma nova forma de assistência dentro do SUS, que está se materializando em todo o país por meio da gestão de parceria público/privado (TEIXEIRA, 2014).

A caracterização das UPAs nas normativas governamentais expõe que estas não se enquadram na hierarquização proposta pelo SUS, se constituindo enquanto unidade intermediária, não compondo o setor primário (ofertados pelas UAPS), o setor secundário (atendimentos especializados) e/ou o setor terciário (procedimentos de alta complexidade em âmbito hospitalar) (SOUZA, A., 2012). Insere-se uma nova modalidade de assistência na rede de saúde, o que desperta alguns questionamentos: se já existiam serviços de urgência e emergência, porque criar outra modalidade? Porque não investir na capacidade instalada dos

serviços existentes? Porque criar e priorizar as UPAs no atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional? (TEIXEIRA, 2014).

A justificativa apresentada para a criação das UPAs foi a redução das filas nos pronto-socorros dos hospitais. No entanto, a chave-explicativa pode ser encontrada na concepção de Estado, visto que é este que define a estruturação das políticas públicas. A partir dos anos 1990, conforme já sinalizamos, o país passou por uma contrarreforma do Estado, mostrando-se favorável aos interesses do capital. As mudanças proferidas possibilitaram que instituições privadas pudessem se responsabilizar administrativamente (gerencialmente) pela força de trabalho e recursos públicos, inclusive da saúde. Nessa perspectiva, as UPAs vêm sendo implantadas sob “novos moldes”, os denominados “novos modelos de gestão” (TEIXEIRA, 2014).

Desse modo, criam-se unidades que prioritariamente executarão a política de saúde, com base na *administração gerenciada*, por meio das cooperativas médicas [...], das Organizações Sociais (OSs)/1995, Fundações Estatais de Direito Privado/2007 (TEIXEIRA, 2010), entre outras, de forma que a política de saúde dessas ‘novas’ unidades, tenta dar uma roupagem de inovação, quando verdadeiramente segue a lógica da economia política contemporânea, na qual também os serviços e o setor de saúde são tratados como mercadoria. Assim sendo, o princípio básico que predomina para sustentar o discurso dessa mudança na verdade encobre a concepção de um Estado que segue a linha do capital financeirizado, que coisifica as políticas, as decisões e entende que tudo se vende, inclusive os serviços públicos de saúde (TEIXEIRA, 2014, p. 53, grifos do autor).

A implantação e a ampliação dessas unidades têm causado divergências entre estudiosos, trabalhadores e militantes da área da saúde. De um lado existem aqueles que reconhecem nas UPAs avanços no tocante a resolutividade e outros que defendem sua vinculação com à Atenção Primária. Na perspectiva de defesa das UPAs, argumenta-se que as unidades de urgência intermediárias se apresentam como iniciativa eficiente e eficaz no atendimento de pequenas e médias urgências e na estabilização de usuários em estado grave. O gestor municipal, seguindo a estrutura da descentralização proposta pelo SUS, não deve deixar de investir na Atenção Primária em detrimento das UPAs, uma vez que estas devem estar articuladas em rede. No entanto, o destaque a estes equipamentos deve ser dado em virtude da importância destas unidades de urgência para a definição de vidas e mortes, além da diminuição de sequelas nos usuários atendidos, por meio da oferta de uma alternativa de qualidade e tecnologia adequada na prestação de serviços de pequenas e médias urgências (LOPEZ apud MACHADO, 2009).

Numa perspectiva contrária ao incentivo e valorização das UPAs, existe o questionamento acerca da possibilidade dos serviços ofertados nestes equipamentos se efetivarem de forma integral e qualificada, visto que se baseiam em demandas que adotam intervenções médicas de contato pontual com o usuário, de reduzida qualificação e, por vezes, de baixa resolutividade. A indagação concentra-se na dúvida do porque não resolver essas demandas no âmbito da Atenção Primária e a justificativa para tal inquirição se apresenta em respostas a interesses históricos. As UPAs, em muitas localidades, como em São Paulo, estão sendo implantadas como resultado de iniciativa política de transferência de gestão dos serviços públicos para entidades privadas, do tipo organização sociais, consumindo vastos recursos, em detrimento de seu emprego nos rumos das propostas do SUS, atendendo interesses neoliberais vigentes (PUCCINI apud MACHADO, 2009).

Outro questionamento acerca do incentivo governamental entorno das UPAs se faz na sua utilização enquanto uma das portas de entrada do sistema de saúde. De acordo com a portaria 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, este nível de atenção à saúde deve se constituir como a porta de entrada preferencial do sistema. A Atenção Primária é direcionada ao atendimento e soluções de problemas de saúde a partir de uma perspectiva integral e contínua, o que inclui assistência inicial à urgência médica e odontológica (BRASIL, 2006a). No entanto, o Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 define que as portas de entrada do sistema de saúde nas redes de atenção são os serviços de: Atenção Primária; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011a). A crítica a esse Decreto se faz na defesa de que a porta de entrada para o sistema de saúde deve ser a Atenção Primária, pois esta quando resolutiva atende a maioria dos problemas e agravos de saúde, inclusive os casos agudos de baixa complexidade, que envolvem medicações endovenosas, pequenas cirurgias, suturas, drenagem de abscesso, entre outros. Tal proposta não desqualifica a importância das UPAs, mas ressalta o lugar da Atenção Primária na articulação da rede (MENDONÇA apud MACHADO, 2009).

A contradição em relação à porta de entrada provocada pelo Decreto 7508/2011 pode gerar aumento da demanda dos serviços de urgência por parte dos usuários. Em virtude da escassez, horário de funcionamento e até mesmo inexistência de serviços da Atenção Primária em algumas localidades nacionais, os usuários buscam o atendimento de saúde nos serviços que funcionam 24 horas, como as UPAs. Por falta de alternativa e por conhecerem a resolutividade desses equipamentos, os usuários buscam a urgência e emergência pela facilidade do acesso a exames, medicações e internações. Mesmo que haja demora, a

dependem da Classificação de Risco, todos os usuários devem ser atendidos (MACHADO, 2009).

Nessa perspectiva, o déficit nos serviços de Atenção Primária e Secundária e a definição da urgência e emergência como porta de entrada tendem a provocar superlotação destes serviços (PERES et al, 2015).

O grande número de atendimentos da urgência e emergência apresentam desafios no que tange ao primeiro atendimento e à continuidade da assistência aos usuários. Ao procurarem os serviços de urgência e emergência os usuários se deparam com uma fila para o acesso, a qual é organizada pelo Protocolo de Manchester, buscando definir os casos que devem receber atendimento imediato. Naquelas situações em que o usuário necessita de atendimento especializado e complexo, de âmbito hospitalar, se insere numa nova fila para espera de um leito de internação. Nesse sentido, ao ser atendido nas UPAs, em virtude da sobrecarga da demanda e das deficiências do SUS, o usuário acaba por enfrentar fila dupla para ter garantido seu direito à saúde (PERES et al, 2015).

Sob o discurso governamental de redução de filas e melhorias no sistema, o incentivo entorno da urgência e emergência e, em especial pela criação e implantação das UPAs a partir do governo Dilma, vêm se efetivando na contramão das propostas do SUS. Essas unidades apresentam superlotação e dificuldades para a realização de atendimento integral e resolutivo aos usuários. Vêm se apresentando, enquanto tendência nacional, como resultado de um conjunto de medidas conservadoras e reveladoras do caráter de classe do Estado a favor do capital (TEIXEIRA, 2014).

As UPAs têm seguido a lógica do setor privado, a partir da gerência das unidades públicas por entidades e organizações sociais, provocando precarização e terceirização da força de trabalho empregada. Além disso, resultam de uma perspectiva ideológica que desconsidera as propostas da Reforma Sanitária e das conquistas do SUS, respondendo, por vezes, de forma pontual às necessidades dos usuários diante da demanda reprimida nos diferentes níveis de atenção (TEIXEIRA, 2014).

Considerando as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais brasileiras (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011), com aumento dos casos de violência e acidentes, é inquestionável o impacto dos investimentos do governo na urgência e emergência no processo saúde/doença dos usuários, uma vez que se cria possibilidade de salvar vidas. No entanto, faz-se mister refletir sobre os reais objetivos do fortalecimento deste âmbito do sistema de saúde, com destaque para a criação das UPAs, em tempos de ideais neoliberais e

implantação de propostas que venham ao encontro da contrarreforma do Estado promovida na década de 1990. Essas análises se apresentam como possibilidade de construções de alternativas ao cenário posto de desfavorecimento do trabalho em saúde e da qualidade da assistência prestada ao usuário, a partir do resgate dos princípios do SUS.

1.3 – A rede SUS no município de Juiz de Fora: conformação e organização dos serviços de urgência e emergência

O município de Juiz de Fora, com extensão territorial de 1437 km², é localizado na região da Zona da Mata de Minas Gerais e possui, segundo dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), população de 516.247 habitantes (JUIZ DE FORA, 2013a). A cidade, reconhecida por apresentar boa qualidade de vida aos seus moradores, tem em seu entorno vários municípios que buscam seus serviços de saúde, sistema educacional e comércio varejista (LEAL, 2010).

No que diz respeito à saúde, a totalidade de ações e serviços hoje são geridos pelo município, tendo em vista que está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998, de acordo com a Norma Operacional Básica (NOB) – 1996 e a Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) – 01/01 e 01/02²⁵. Essa modalidade de gestão possibilita o município receber recursos financeiros regulares e automáticos via fundos, para investimento na atenção primária, especializada, ambulatorial e hospitalar (SOUZA, I., 2012).

A habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal implica, dentre outras, as seguintes responsabilidades: elaboração de Plano Municipal de Saúde; integração e

²⁵As Normas Operacionais, instituídas por portarias ministeriais, definem competências de cada esfera de governo e as condições para que possam assumir responsabilidades no processo de implantação do SUS. Funcionam como instrumentos que estabelecem estratégias e movimentos tático-operacionais que orientam a operacionalização do Sistema (BRASIL, 2003). No que se refere à NOB 01/96 (Portaria 2203 de 5 de novembro de 1996), esta legislação redefiniu o modelo de gestão do SUS, consolidando a função dos municípios e do Distrito Federal como gestor pleno da atenção à saúde, por meio da habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica e/ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Nesse sentido, os poderes estadual e federal passaram a ser co-responsáveis e os municípios os responsáveis imediatos pelos atendimentos das demandas de saúde da população, avançando no processo de descentralização (BRASIL, 1996). Como estratégia de aperfeiçoar e dar continuidade ao processo de descentralização iniciado em 1996, em 26 de janeiro de 2001, foi promulgada a Portaria 95 definindo a NOAS 01/01. Esta Norma estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), além de criar responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores municipais para a habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2003). Dando continuidade a esse processo, em 2002 foi publicada a Portaria 373 de 27 de fevereiro de 2002, normatizando a NOAS 01/02, a qual ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios e criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão (BRASIL, 2002a).

articulação do município na rede estadual; gerência de unidades ambulatoriais próprias e transferidas pelo Estado ou União; desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários, de modo a implantar o Cartão Nacional de Saúde; gestão de todo o sistema municipal, incluindo os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS; integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares; e desenvolvimento de atividades de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores de serviços localizados no território (BRASIL, 2003). Como contrapartida a essas responsabilidades, a cidade recebe transferência regular e automática dos recursos para o atendimento da sua população e população dos municípios abrangidos na microrregião de referência; auferir diretamente no Fundo Municipal de Saúde o montante total dos recursos federais programado para o município; e possui a gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território de Juiz de Fora (BRASIL, 2002a).

Além de ofertar serviços de saúde aos seus munícipes, a cidade apresenta-se como importante referência para diversos municípios circunvizinhos por possuir serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, distribuídos entre prestadores públicos, conveniados e privados (LEAL, 2010). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, a cidade se constitui enquanto sede da Macrorregião Sudeste, composta por 94 municípios, e sede da Microrregião Juiz de Fora - Lima Duarte - Bom Jardim de Minas, abrangendo 25 municípios (JUIZ DE FORA, 2013a).

No que se refere aos serviços de urgência e emergência, o PDR encaminhou a implantação da Rede de Urgência e Emergência, objetivando a construção de uma linha-guia (linguagem) comum em todos os pontos de atenção, a partir da APS, na tentativa de estruturar redes integradas de serviços de saúde ao atendimento de condições agudas. Com o modelo proposto, o usuário deve ser encaminhado, no menor tempo possível, à unidade de saúde adequada a seu caso/queixa e não ao serviço mais próximo, sendo importante a estrutura de triagem a partir da utilização do Protocolo de Manchester, tratado no item anterior. A partir da integração dos serviços, fluxos de atendimentos foram pactuados viabilizando o acesso ágil e seguro dos usuários à Rede de Urgência e Emergência (CORDEIRO JÚNIOR, 2014; MARQUES et al, 2009)²⁶.

²⁶Para aprofundamento do tema, ver: MARQUES, A. J. S. et al. (Orgs). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: Autêntica Editora Ltda, 2009.

Os serviços da Rede de Urgência e Emergência devem envolver os 94 municípios da macrorregião sudeste, desenvolvendo ações regionalizadas, inclusive no atendimento do SAMU. A regionalização dos serviços é considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia para a consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, através da reorganização assistencial direcionada a garantir o acesso dos usuários aos serviços necessários à resolução dos seus problemas de saúde, por meio de pactos intermunicipais (STEPHAN SOUZA et al, 2010). Em Juiz de Fora esta estratégia encontra desafios à efetivação por contar com a presença de fluxo de atendimento de usuários não regulados pelo sistema de pactuação intermunicipal, advindos de municípios do estado do Rio de Janeiro e outras regiões do estado de Minas Gerais, colocando em xeque a regionalização.

Este fluxo de usuários não regulado produz efeitos negativos no financiamento do SUS dos municípios-polos das regiões envolvidas, pois inexistem ainda a pactuação interestadual ou câmara de compensação, gerando despesas que deverão ser cobertas pelo município de atendimento (STEPHAN SOUZA et al., 2010, p. 36).

Nessa perspectiva, a existência de fluxos informais de atendimentos, isto é não regulados, pode sobrecarregar a rede de serviços, dificultando o acesso da população juizforana e da população referenciada por meio de pactuação aos equipamentos de saúde, além de gerar custos ao município, onerando a verba da política de saúde local (STEPHAN SOUZA et al, 2010).

Como mencionado, a procura por parte dos usuários de diferentes localidades pelos serviços de saúde do município de Juiz de Fora se deve ao fato de o mesmo dispor de uma ampla rede de atendimentos. Atualmente, a cidade possui 62 Unidades Básicas de Saúde (UBS), divididas nos seguintes modelos: 39 Estratégia de Saúde da Família (ESF), 22 tradicional, 1 mista e 1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)²⁷. Essas unidades oferecem atendimento a 61% da população, havendo necessidade de sua ampliação, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui o eixo prioritário de organização

²⁷As unidades com a ESF são aquelas que possuem o território e a família como foco do desenvolvimento de estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação e de reabilitação (CASTRO, 2009); as unidades com equipes tradicionais são direcionadas a atividades consideradas tradicionais de saúde, como consultas, vacinas, curativos e nebulizações, centrando as ações nos indivíduos (SOUZA, I, 2012); e as unidades mistas são aquelas em que convive o modelo tradicional e a ESF ou o modelo tradicional e o PACS (voltado a prevenção de doenças por meio da informação, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, sendo executado especialmente por Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001) (JUIZ DE FORA, 2014a).

da rede assistencial, conforme o Plano de Saúde 2014-2017 da Secretaria Municipal de Saúde²⁸(JUIZ DE FORA, 2013a).

A proposta do Plano Municipal de Saúde é a conformação de redes com enfoque poliárquico, devendo a Atenção Primária ocupar o centro de comunicação, fortalecendo sua interlocução com as diferentes unidades de atenção secundárias, terciárias e de urgência e emergência (JUIZ DE FORA, 2013a).

A reestruturação da Atenção Primária em Saúde visa tornar essa atenção no eixo de comunicação entre toda a rede de atenção à saúde (atenção secundária e terciária) e também com a urgência e emergência, organizando fluxos e contrafluxos, acesso regulado, prontuário clínico, serviços de apoio (pontos de atenção para diagnóstico e terapia, assistência farmacêutica), demais prestadores de serviços à população, garantindo todo o apoio logístico necessário (JUIZ DE FORA, 2013a, p. 10).

Na indicação de organização dos serviços de saúde em rede, em articulação e interfaces com a APS, o Plano Municipal de Saúde demarca nessa estrutura o lugar da urgência e emergência, se configurando enquanto local intermediário aos níveis de atenção primário, secundário e terciário (JUIZ DE FORA, 2013a). Essa proposição está em consonância com as normativas do Ministério da Saúde no que se refere às UPAs, denominadas como estabelecimentos de complexidade intermediária. Ressalta-se que essa estruturação da urgência e emergência e, conseqüentemente das UPAs, no sistema de saúde, somente se concretizará de forma eficiente e eficaz se for realizada a partir de uma organização em rede, através da construção de fluxos intersetoriais, em especial com a APS.

Do ponto de vista da APS, o Plano Municipal de Saúde traça um cenário deste nível de atenção identificando algumas questões que obstaculizam seu funcionamento, como: inadequação física das unidades, insumos insuficientes para o número de usuários atendidos, demora no resultado de exames laboratoriais e de imagem, áreas descobertas pela Atenção Primária, demora no agendamento de consultas através da Central de Marcação de Consultas (CMC), integração insuficiente entre os níveis de atenção, falta de rede de serviços efetiva e estruturada, dentre outros (JUIZ DE FORA, 2013a). As dificuldades vivenciadas e a falta de cobertura populacional integral por parte da Atenção Primária não é realidade exclusiva de

²⁸O Plano de Saúde 2014-2017 apresenta diretrizes e estratégias para o aprimoramento da Política de Saúde municipal. Foram eleitos dois eixos de trabalho: fortalecimento da APS e regionalização do aparato da saúde (JUIZ DE FORA, 2013a). Nesse estudo, usarei a nomenclatura “Plano Municipal de Saúde” para referir ao Plano de Saúde 2014-2017 da Prefeitura de Juiz de Fora.

Juiz de Fora, sendo uma problemática do sistema de saúde em âmbito nacional. Este nível de atenção é, por vezes, considerado o grande nó do SUS, o qual, diante das dificuldades, pode apresentar baixa resolutividade, provocando uma demanda exagerada para os serviços dos demais níveis de atendimento (PERES et al, 2015).

Diante desse cenário, o Plano Municipal de Saúde apresenta estratégias de enfrentamento a ampliação da cobertura de atendimento da APS; fortalecimento da APS para que efetive enquanto centro mobilizador da rede; melhoria da qualidade dos serviços prestados; potencialização da gestão de informação; reestruturação do fluxo de abastecimento de medicamentos e insumos e consolidação, ampliação e qualificação da ESF. Além disso, o Plano propõe a implantação de Modelos de Atenção à Saúde para Condições Agudas e para as Condições Crônicas, devendo as unidades de ESF se configurarem em pontos de atenção às urgências e emergências de menor gravidade e socorro inicial aos atendimentos mais graves. Para tanto, deverá ser implantado nas UAPS o Protocolo de Manchester para a classificação de risco (JUIZ DE FORA, 2013a).

Com relação aos serviços do nível secundário de atenção à saúde, ou média complexidade, que são aqueles que em decorrência da gravidade da demanda exigem atendimento especializado e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento (SOUZA, I., 2012), estes são subordinados à Subsecretaria de Redes Assistenciais, da Secretaria Municipal de Saúde. Faz parte deste nível de atenção o Departamento de Práticas Integrativas e Complementares (DPIC); o Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente (DSCA); o Departamento de Saúde Bucal (DSB); o Departamento de Saúde do Idoso (DSI); o Departamento de Saúde da Mulher (DSM); o Departamento de Saúde Mental (DSME), o Departamento de Clínicas Especializadas (DCE)²⁹; o Serviço de Atenção à Pessoa Ostromizada; o Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT); e o Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO) (JUIZ DE FORA, 2013a).

Além desses serviços, o Centro de Atenção à Saúde (CAS) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF); o Hospital Regional João Penido (de administração do governo estadual), a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra - Acispes (consórcio de municípios com sede em Juiz de Fora); o Hospital Santa Casa de Misericórdia; o Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), além de outros

²⁹Conhecido popularmente como Pronto Atendimento Médico – PAM Marechal (SOUZA, I., 2012).

serviços contratados de apoio ao diagnóstico e algumas terapêuticas, ofertam atendimento de média complexidade na cidade (FARAH, 2006; SOUZA, I., 2012).

O acesso dos usuários aos diferentes departamentos e atendimentos especializados é restrito e regulado pela Central de Marcação de Consultas (CMC), por meio de encaminhamento da UAPS, serviços de urgência e emergência e municípios pactuados (LEAL, 2010).

No que se refere aos serviços da atenção terciária, os quais envolvem internações hospitalares, demandando tecnologias sofisticadas e profissionais especializados, Juiz de Fora conta com 1872 leitos conveniados ao SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal, Hospital DIA/AIDS e outras especialidades (crônicos, fisiologia e psiquiatria). Além disso, possui serviços de transplante de órgãos, tecidos e células (JUIZ DE FORA, 2013a). O acesso dos usuários ao atendimento hospitalar se faz através da Central de Vagas do município e da Central Macrorregional/MG, utilizando o Sistema SUSFácil³⁰, que regula o acesso à internação (SOUZA, I., 2012).

O município possui uma rede de estabelecimentos hospitalares que oferecem atendimento ao SUS, a qual é composta pelos seguintes equipamentos: Hospital São Vicente de Paulo - HSVP (antigo HTO); Hospital Dr. João Felício; HMTJ; Hospital Maria José Baeta Reis – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (ASCOMCER); Hospital Oncológico; Hospital Regional João Penido; HU/UFJF; Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS); Santa Casa de Misericórdia; e Hospital Ana Nery (SOUZA, I., 2012). Esses estabelecimentos promovem serviços de diagnóstico, tratamento e cura de morbidades clínicas e cirúrgicas, além de, alguns equipamentos, atenderem situações de urgência e emergência.

O HPS, o HMTJ, o HSVP, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Regional João Penido³¹ compõem a rede de urgência e emergência municipal, enquanto portas de entrada no

³⁰O SUSFácil é um sistema informatizado de Regulação Assistencial, uma interface eletrônica, que permite contato direto dos estabelecimentos hospitalares do estado (SOUZA, I., 2012).

³¹O Hospital João Penido interrompeu os atendimentos de porta de entrada da urgência e emergência em 2014. Segundo a imprensa local, o fechamento do serviço foi fruto de impasses entre a instituição, o estado e o município, uma vez que o atendimento realizado não era regulado, sem controle do SUS. No entanto, a justificativa apresentada pela Prefeitura de Juiz de Fora foi que o fechamento do serviço se deu por meio de acordo entre o executivo e o hospital visando dar início a obras de reforma na unidade (TRIBUNA DE MINAS, 2016). Os atendimentos continuam suspensos, comprometendo o acesso dos usuários de Juiz de Fora e região a número maior de serviços na rede de urgência.

sistema. Além desses serviços, a rede dispõe de Pronto Atendimento Infantil (PAI)³², Unidade Regional Leste³³, Departamento de Internação Domiciliar³⁴ e três UPAs³⁵ porte III (Sul, Oeste e Norte).

O componente pré-hospitalar fixo da política de urgência e emergência municipal é expresso pela Unidade Regional Leste (modelo tradicional de assistência do tipo policlínica)³⁶ e pelas UPAs (SOUZA, I, 2012). A coexistência dessas unidades é efetivada por formas de gestão distintas, embora ofereçam serviços da rede SUS. Assim, a Regional Leste é administrada pela Prefeitura e as UPAs Norte, Sul e Oeste por entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos: Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, gestor da UPA Sul e o Hospital São Vicente de Paulo de Mercês, gestor das outras duas unidades³⁷.

Considerando que as UPAs são cenário desse estudo, é importante examinar de forma mais pormenorizada o funcionamento e o papel desempenhado na rede de urgência e emergência. De acordo com as posturas ministeriais, as UPAs possuem estrutura de complexidade intermediária entre a Atenção Primária a Saúde e as Unidades Hospitalares, que em conjunto compõem uma rede de atendimento e atenção às urgências. Realizam atendimento por demanda espontânea e referenciada e devem estar aptas a prestar serviço resolutivo aos usuários acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, durante 24 horas ininterruptas (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

Essas unidades prestam assistência de acordo com a Classificação de Risco, com base no Protocolo de Manchester, devendo disponibilizar leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período de até 24 horas, não caracterizando internação. Quando necessário suporte avançado, de maior complexidade e/ou especializado, as unidades devem referenciar o usuário, após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares, através da Central de Regulação de Leitos do Município (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

³²Destina-se exclusivamente a atendimentos de crianças em situação de urgência e emergência.

³³A Unidade Regional Leste funciona como uma porta de entrada do atendimento de urgência e emergência, encaminhando a outras unidades os casos mais complexos (JUIZ DE FORA, 2014b).

³⁴Através de equipe multidisciplinar busca-se a desospitalização e diminuição do número de internações. O serviço, além dos atendimentos profissionais, disponibiliza equipamentos, dieta enteral e suplementos alimentares, necessários aos cuidados domiciliares (JUIZ DE FORA, 2013a).

³⁵As primeiras UPAs foram inauguradas no ano de 2010, localizadas nas regiões Sul e Oeste (SOUZA, A., 2012). E em 2012 foi inaugurada a terceira UPA da cidade, situada na região norte.

³⁶A Policlínica é uma unidade de saúde destinada a prestação de serviços ambulatoriais especializados, podendo ofertar Pronto Atendimento 24h (BRASIL, [2016?]).

³⁷Informações obtidas nos Atos do Governo da Prefeitura de Juiz de Fora: www.pjf.mg.gov.br.

Apesar de manterem aspectos comuns, de acordo com as legislações vigentes, as UPAs de Juiz de Fora apresentam particularidades no que se refere à população atendida e serviços oferecidos:

- A UPA Norte é referência de atendimento para 203.594 habitantes, compreendendo toda a região norte e parcialmente as regiões do campo e nordeste do município, além das cidades de Santos Dumont, Oliveira Fortes, Aracitaba e Ewbanck da Câmara. Deve prestar atendimento em Clínica Médica, Pediatria, primeiro atendimento em Traumato-ortopedia e Cirurgia Geral, para os casos de suturas, drenagens de abscessos, dentre outros procedimentos (JUIZ DE FORA, 2012).
- A UPA Sul é referência de atendimento clínico e pediátrico para 307.725 habitantes, dispostos nas cidades de São João Nepomuceno, Descoberto, Rochedo de Minas, Pequeri, Bicas, Maripá de Minas, Senador Cortes, Guarará e Mar de Espanha, bem como de parte das regiões nordeste, sudeste e campo de Juiz de Fora e toda a região sul desta cidade (JUIZ DE FORA, 2016b).
- A UPA Oeste é referência para atendimento clínico e pediátrico para 273.686 habitantes, que residem nas regiões oeste, leste e parte do centro de Juiz de Fora e nas cidades de Matias Barbosa, Belmiro Braga, Simão Pereira, Santana do Deserto, Chiador, Liberdade, Rio Novo, Goianá, Rio Preto, Bias Fortes, Andrelândia, Arantina, Lima Duarte, Passa Vinte, Piau, Coronel Pacheco, Pedro Teixeira, Olaria, Bom Jardim de Minas, Bocaina de Minas, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga e Chácara (JUIZ DE FORA, 2016c).

Conforme já sinalizado, as UPAs do município são administradas por OSs, através de contratos/convênios de parceria público-privada. A opção pela terceirização da gestão na urgência e emergência ocorreu após debate no Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo defendida pela administração municipal (SOUZA, A., 2012). Este posicionamento ficou claramente explícito no discurso da então Secretária de Saúde, Sra. Maria Ruth dos Santos, proferido em reunião do CMS no mês de janeiro de 2010:

Vocês sabem, todos aqui tem alguma experiência, alguns são até Servidores, outros tem vivência suficiente e experiência de lidar com a administração pública, a administração pública tem alguns entraves que não nos permite aquele modelo que eu falei que nós queremos agilidade, às vezes a gente não consegue em função das amarras que a gente tem dos princípios que regem a administração pública, principalmente as leis, a Lei 8666 que é muito citada, a Lei de Responsabilidade Fiscal e tantos outros princípios constitucionais e legais de administração pública que a gente não pode deixar de cumprir para que a gente faça a gestão, então o que nós buscamos é o seguinte, mecanismos a gerenciar que responda as necessidades

que a gente tem, por exemplo, nós temos um problema gravíssimo na urgência/emergência que é a substituição de Servidores quando o Servidor falta o plantão, a regime de plantão, isso nós temos vivenciado diuturnamente, quando um Servidor por um Atestado Médico, chegou no plantão não tem Servidor ou os Servidores que tem estão em números suficientes a gente não consegue fazer reposição de maneira ágil e que de resolutividade a necessidade daquele momento, nós vivenciamos isso recente no HPS na época de natal, foi até motivo de mídia, na verdade as vezes a gente até coloca o profissional lá, mas a gente é chamado a atenção o tempo todo por conta que você coloca e ele ainda não tem o contrato, enfim, a gente tem muito problema para gerenciar e responder as necessidades que a gente precisa, não é só dos Gestores, necessidades de assistência mesmo e de urgência e emergência. Nós precisamos administrar com eficiência e solucionar problemas na área de pessoal, finanças e administração de pessoal, então a alternativa que a administração está buscando no Brasil e etc., é criar Autarquias, fundação pública, fazer parcerias com ONG's e filantrópicas, OS's etc., isso para experimentar novos modelos e ter gestões com mais qualidade, eficiência, eficiência no sentido da agilidade porque ninguém está dizendo aqui que os gestores públicos não são bons gestores, não é nada disso, nós estamos dizendo que temos amarra nas Leis que regem a administração pública que não nos permitem agir no tempo e de acordo com a necessidade que a gente precisa (CMS/JF, 2010a, p. 4; 5).

Nesta reunião ocorreu um intenso debate sobre os modelos de gestão das UPAs Sul e Oeste, visto que foram as primeiras a serem implantadas no município e, ainda, discussões sobre a construção de uma unidade na região norte. A reunião se deu através de convocação extraordinária em caráter emergencial, no período de recesso do equipamento, à pedido da Secretaria de Saúde, conforme consta em ata. Nesse debate, a Secretária de Saúde informou que a Prefeitura necessitava transformar as Policlínicas das regiões sul e oeste, que ainda seriam inauguradas, em UPAs, objetivando receber recursos estaduais e federais para a execução dos serviços (CMS/JF, 2010a).

Em Juiz de Fora nós tínhamos um modelo anterior que eram duas Unidades de Saúde construídas para serem Policlínicas com recursos públicos, com equipamentos etc., mas preparadas para serem Policlínicas [...] nós não estamos fazendo cambalacho nenhum, nós estamos tentando adequar as duas Policlínicas porque tem custeio garantido para a política hoje, hoje o modelo do Ministério da Saúde é Programa Federal, é organizar as Urgências / Emergências 24 horas, tanto a fixa quando a móvel, organizar o Sistema de Regulação. Então o modelo atual é UPA, mas vocês podem ficar tranquilos porque tudo está sendo feito de acordo com o regramento que as UPA's indicam, enfim, com todo regramento que as UPA's colocam nós estamos tentando fazer nas duas Unidades, então elas estão passando por ajustes, reformas e seguirão a Portaria 1020 para se adequarem à modalidade de custeio que está sendo proposta pelo Ministério da Saúde. Essa Portaria é de maio de 2009 que cria esses mecanismos, então nós estamos querendo enquadrar as duas expoliclínicas nessa Portaria 1020 que criou mecanismos para implantação do componente pré hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências e são os três portes de acordo com a população a ser coberta, capacidade instalada, área física, nº de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos caso a capacidade edificação dada ao porte populacional dada às características das instalações e expectativa de atendimento é porte 3, todas as duas UPA's que nós vamos inaugurar. A UPA da Zona Norte nós já temos o terreno desapropriado, foi aprovado na CIB, eu mandei para o Conselho, foi aprovado na

CIB Estadual essa UPA Norte, tem custeio para implantação, para construção, cerca de R\$ 2.700.000,00 e o seu custeio em termos da Portaria 1020 já está garantido porque essa UPA Norte vai ser construída exatamente no modelo... a planta física, a planta arquitetônica vai ser de acordo com a ,Portaria 1020. No caso da UPA Sul e Oeste nós estamos tendo que fazer as adaptações e os ajustes necessários para que ela se transforme em UPA Porte 3, é isso que estamos trabalhando, inclusive em termos de equipamentos, mobiliário, etc...[...]Ainda dentro das características, o nosso desejo é colocar essas três Regiões Sanitárias, Oeste, Sul e Norte com as UPA´s de acordo com a Portaria 1020, mesmo essas duas que não foram concebidas inicialmente para assim serem, elas ficarão de acordo com a Portaria (CMS/JF, 2010a, p. 2; 3).

O objetivo da Prefeitura era garantir os recursos financeiros para a execução dos serviços de urgência e emergência no que se refere ao componente pré-hospitalar fixo, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde. Para tanto indicou como modelo de gestão dessas unidades a parceria público-privado, sob o discurso da eficiência e competência. Assim, a administração municipal procurou parceiros que oferecessem custo para a prestação dos serviços compatível com o repasse a ser realizado pelo Ministério. A proposta foi estabelecer um contrato de gestão dos serviços das UPAs, em caráter emergencial e temporário (revisão em 6 meses), sem licitação, com previsão de metas qualitativas e quantitativas. Cabe mencionar que a justificativa para a convocação da reunião e o debate em caráter de urgência apresentado pela administração municipal foi a proximidade das eleições presidenciais, o que poderia gerar incertezas e instabilidades no processo de habilitação das UPAs em Juiz de Fora. De acordo com os argumentos apresentados, as alianças políticas construídas em prol da aprovação das UPAs sul e oeste poderiam ser desfeitas ou dificultadas a depender das movimentações políticas na Secretaria Estadual de Saúde e no Ministério da Saúde no período da candidatura para as eleições e, posteriormente, com a organização e parcerias criadas no novo governo. Desta forma, a previsão para a inauguração das unidades seria ainda no mês de janeiro e no mês de fevereiro (CMS/JF, 2010a).

Os conselheiros de saúde que participaram do debate criticaram a urgência das discussões, alegando a falta de tempo hábil para promover análises suficientes sobre um assunto tão relevante para o SUS na cidade. Diversos conselheiros se manifestaram contrários ao modelo de gestão terceirizado, porém a administração municipal, que defendia a ideia, também contou com adeptos (CMS/JF, 2010a).

[...] eu fico perguntando porque essa correria para inaugurar agora dia 18, porque não esperar até para que as duas UPA´s sejam inauguradas juntas, que seja dia 22 de fevereiro, que seja um processo que eles começaram juntos e que agente poderia concluir isso juntos, então esse modelo pode dar certo, mas será que isso não seria um retrocesso no sentido da gente estar negando coisas importantes que o SUS

garante, que é a questão do concurso público, da gente não ter assim, "Eu vou contratar fulano, porque eu conheço esse aqui, não conheço aquele ali" [...] então só fico preocupada com isso, da gente estar negando um processo que agente tem trabalhado em cima por tantos anos [...] – representante dos profissionais de saúde(CMS/JF, 2010a, p. 7).

[...] eu venho aqui fazer um apelo no sentido de darmos uma oportunidade, nós temos que arriscar nesse Modelo de Gestão, é um assunto emergencial e nós defensores que discursamos tanto em nome dos usuários não podemos olhar os nossos posicionamentos individuais, nós devemos olhar o posicionamento coletivo, apesar de ser do segmento do governo, mas ser usuária da minha UBS do bairro Furtado de Menezes, eu faço um apelo aos senhores para que se dê uma oportunidade na demonstração desse novo Modelo de Gestão – funcionária Secretária de Educação, segmento dos usuários (CMS/JF, 2010a, p. 9; 10).

Eu sei que está cansativo mas nós temos que discutir, nós estamos abrindo precedentes aqui, que venham aqui novamente a toque de caixa nos apresentar um projeto onde eu não estou vendo uma alternativa, eu queria que tivesse um plano B, porque se não for esse o modelo nós teríamos uma outra proposta, eu sinceramente acho que esse modelo não vai funcionar, depois que privatiza é entreguismo, isso não tem volta, mas no limite da discussão eu acho que tem que abrir, gostaria muito que fosse gerenciado pela Administração, mas já que não temos outra alternativa, eu sou totalmente contrária a essa, mas se isso for aprovado aqui que seja aprovado também um conselho gestor, mas esse Conselho aqui muitas vezes foi omisso sim e mais uma vez agente estamos sendo levados pela emoção e estamos esquecendo que estamos discutindo política, independente do partido A ou B, é modelo político e que nós estamos abrindo precedentes aqui tanto para a saúde quanto para outra área, estamos dizendo sim a um modelo que eu não concordo, mas eu acho que como não temos alternativa e pelo que estou vendo da posição dos demais companheiros, o apelo do usuário que está lá 02 anos vendo o mato crescer, que gostaria que essa Unidade de Pronto Atendimento tivesse aberta já há muito tempo, porque realmente é uma necessidade não só para a nossa região que tem uma UBS muito precária, mas também para toda Macrorregional [...] se no limite aqui for aprovado isso que se aprove também o conselho de gestor – representante do segmento dos usuários (CMS/JF, 2010a, p. 15; 16).

A fala dos conselheiros demonstra a insatisfação e insegurança para a realização da discussão do modelo de gestão de forma tão rápida e incipiente. A preocupação com os preceitos do SUS, a apreensão quanto a forma de contratação e condições de trabalho dos funcionários e a incerteza quanto a qualidade dos serviços ofertados ecoaram juntamente com o reconhecimento da necessidade de ampliação dos serviços no município. Preocupados com os prazos apresentados pela Secretaria de Saúde e com a importância de garantir a oferta de novos equipamentos de urgência e emergência aos usuários, os conselheiros aprovaram o modelo de gestão terceirizado, com prazo de 6 meses, devendo ser implantado um Grupo Gestor com membros do CMS, setores Secretaria de Saúde e instituição contratada para avaliar o dia-a-dia das unidades. Além disso, propôs-se que no período de avaliação fosse aberto um processo licitatório para legalizar a contratação das instituições. As deliberações do Conselho foram expressas na Resolução 325/2010 (CMS/JF, 2010a).

Com o discurso da agilidade, qualidade e eficiência, foi aprovado que as UPAs de Juiz de Fora fossem inauguradas sob gestão de organizações sociais. As argumentações da gestora municipal indicam que a sugestão do executivo era consoante com ideias propagadas pela contrarreforma do Estado de Bresser Pereira, conforme indicamos nos itens anteriores, no tocante à gestão das UPAs, denotando o caráter classista da administração municipal da época em atender os interesses privados, através da terceirização (SOUZA, A., 2012).

O debate sobre a terceirização das UPAs ganhou nova intensidade no CMS no ano de 2012, quando da preparação para a inauguração da UPA Norte. A proposta da administração municipal foi de que a gestão desta nova unidade fosse implantada conforme as outras duas em funcionamento, ou seja, através de processo de chamada pública para licitação de instituição filantrópica e/ou sem fins lucrativos para gerir o serviço. Novamente a administração municipal trouxe ao Conselho a discussão da terceirização de forma apressada, uma vez que este debate não estava na pauta, sendo incluído na ocasião da reunião, conforme expresso em ata (CMS/JF, 2012).

[...] porque o que eu estou dizendo é seguinte eu não estou, quero dizer que para esse Conselho hoje embora seja regimental vai parecer que faltou transparência porque ninguém veio aqui discutir terceirização simples, nós viemos aqui com a pauta bem definida e ai de repente aparece uma discussão de terceirização de serviço ninguém veio aqui discutir terceirização de serviço, terceirização de serviço tem que constar Secretária no papel direitinho na convocação oficial porque são assuntos da mais alta responsabilidade que eu acho que esse Conselho não pode assumir essa responsabilidade hoje aqui [...] – representante do Sindicato dos Médicos (CMS/JF, 2012).

Mesmo com o reconhecimento da falta de preparo dos conselheiros para o debate proposto, a terceirização da UPA Norte foi aprovada, conforme as demais unidades, devendo o contrato de gestão ser reavaliado a posteriori (CMS/JF, 2012).

A maneira como ocorreu o processo de discussão da implantação das UPAs no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora reflete a fragilidade da participação popular nos espaços conselhistas. Apesar do avanço de sua criação e da possibilidade de participação nas decisões pertinentes às políticas sociais, os conselhos de direitos apresentam fragilidades que repercutem na efetividade da representação dos participantes. Os conselhos são espaços de manifestações de opiniões, de visões políticas distintas, em que as relações de poder se estabelecem através de negociações entre representantes do governo e da sociedade civil. No entanto, as discussões nestes espaços de participação podem ficar limitadas, especialmente,

pela falta de preparo e capacidade de negociação dos sujeitos envolvidos e pela complexidade das temáticas debatidas (ALVES, 2010).

A participação efetiva nos conselhos se torna ainda mais difícil em tempos de neoliberalismo e financeirização. Elementos como a privatização, parcerias público-privadas, descentralização das responsabilidades, programas de renda mínima e combate à pobreza e outros controlados e criados pelas agências internacionais de financiamento convertem o mercado como pilar da política social (ALVES, 2010). O cenário atual tende a dificultar as negociações em favor dos interesses da classe trabalhadora, camuflando as investidas do capital no discurso da eficiência e qualidade, promovendo desmonte da política social, enquanto resultado da contrarreforma do Estado.

O debate proferido sobre as UPAs em Juiz de Fora no Conselho Municipal de Saúde se deu de maneira apressada, valorizando as parcerias público-privadas, os interesses do capital, sob representação da administração municipal. Demonstrou a falta de preparo dos conselheiros para a discussão do tema e, por outro lado, a fragilidade do poder democrático e participativo do conselho local, ao receber a "toque de caixa" da administração pública a pauta a ser debatida. Mesmo com a representação contrária por parte de alguns conselheiros, o discurso neoliberal deu o tom das argumentações, especialmente dos representantes do governo, alcançando êxito com a aprovação da implantação das UPAs na cidade, sob gestão terceirizada ou por meio de parcerias.

Sob essa perspectiva, a administração das três UPAs de Juiz de Fora, se efetiva por contratos para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços das unidades, os quais são firmados após realização de chamada pública. Nos documentos de chamamento público constam que

Diante do novo modelo de gestão adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, e considerando essas questões em busca de eficiência, a PJF vem, através da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

- garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- evitar o êxodo do usuário para hospitais em busca de serviços da assistência à saúde de melhor qualidade e garantir a assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento (JUIZ DE FORA, 2016b, p. 16).

O discurso presente nos contratos é o da eficiência e resultados, os quais são avaliados através do estabelecimento de metas qualitativas³⁸ e quantitativas³⁹, que incidem sobre o valor do pagamento, o qual é realizado a partir dos recursos repassados pelos governos Federal, Estadual e Municipal. Desta forma, as OSs contratadas devem apresentar à SSUE, mensalmente, uma prestação de contas com as metas estabelecidas no contrato/convênio, os resultados alcançados e os demonstrativos financeiros referentes a gastos e receitas realizados (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

Há, portanto, uma celebração de contrato de gestão com o poder público, com o estabelecimento de metas. Esse instrumento avaliativo é prática comum nos novos modelos de gestão de parcerias público-privado, em conjunto com outras estratégias, como a construção de vínculos precários e temporários de trabalho (PIRES, 2000; SOARES, 2013).

No que concerne as UPAS de Juiz de Fora, a contratação de mão de obra é de responsabilidade das OSs que gerenciam os serviços. Segundo os documentos de chamada pública, cada unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c). O cenário construído inviabiliza a contratação por concurso público e fragiliza os vínculos de trabalho, acirrando a competitividade entre trabalhadores da urgência e emergência do SUS, uma vez que cada unidade apresenta salários e condições de emprego diferenciados.

O assistente social, um dos profissionais que compõe a equipe de trabalho nas UPAs do município, não está alheio a essa realidade de sucateamento e precarização dos vínculos de trabalho. A previsão de contratação de profissional do Serviço Social está nos documentos de chamada pública, sendo uma exigência da Secretaria Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c). Tendo em vista que as legislações nacionais referentes a parte de recursos humanos das UPAs não apresentam obrigatoriedade na contratação de assistentes sociais, apenas sinalizam que este profissional pode compor a equipe de trabalho (BRASIL, 2006b; 2013; 2014), avalio como um avanço a previsão da contratação estar nos documentos de chamada pública e não a cargo das OSs. Embora a inserção não seja realizada pela via do

³⁸Indicadores de desempenho qualitativos: Comissão de Humanização; Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco; Serviço de Avaliação da Satisfação do Usuário; Ouvidoria – Serviço de atendimento ao usuário; Atividades de educação permanente desenvolvidas de acordo com o Plano de Educação Anual Permanente; Implantação e implementação de protocolos clínicos e linhas de cuidado sobre as patologias e processos que possam ser solucionados na UPA; Integração com o complexo regulador (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

³⁹Indicadores de desempenho quantitativos: número de atendimentos realizados por especialidade; taxa de encaminhamento do usuário ao complexo regulador; médicos presenciais (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

concurso público, a indicação de contratação do assistente social nas UPAs pelo executivo municipal amplia os postos de trabalho do Serviço Social e cria possibilidades para que o atendimento ao usuário seja efetivado de forma multidisciplinar, tendo em vista os diferentes aspectos que interferem no processo saúde/doença.

As propostas de parceria público-privado presentes na gestão das UPAs foram adensadas pelo governo municipal em 27 de maio de 2013 com a Portaria nº 1879, a qual regulamentou a participação complementar da iniciativa privada nas ações e serviços de saúde, executados pelo SUS. A legislação propôs a criação de uma Comissão Técnica para regulamentar a contratação destas instituições, através de relações pactuadas entre gestores e prestadores, com estabelecimento de obrigações e instrumentos de regulação, controle e qualidade da assistência ofertada (JUIZ DE FORA, 2013b).

Ainda no ano de 2013, a urgência e emergência municipal sofreu alteração no seu ordenamento, a partir da Lei nº 12859 de 08 de outubro, quando a cidade passou a integrar o Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste (CISDESTE). O objetivo foi garantir que o usuário passasse a ser encaminhado a um ponto de atenção à saúde que melhor atendesse suas necessidades, no menor tempo possível, através do consórcio que gerencia o SAMU (CISDESTE, 2014). Nesse sentido, o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências passou a ser regionalizado, sendo gerenciado pelo consórcio intermunicipal. A rede dispõe de 40 ambulâncias, divididas em 27 bases de Juiz de Fora e região, para ofertar socorro de saúde aos usuários do SUS do município e da macrorregião (JUIZ DE FORA, 2013a).

O CISDESTE possui como referência no município os Hospitais Santa Casa de Misericórdia e João Felício para atendimentos de cardiologia e o HMTJ para urgências aos politraumatizados (JUIZ DE FORA, 2013a).

Além desses serviços, um Hospital Regional de Urgência e Emergência está em fase de construção na cidade, a partir de convênio firmado com a Secretaria Estadual de Saúde. O hospital deverá ofertar serviços de traumatologia, cardiologia e acidente vascular cerebral (JUIZ DE FORA, 2013a). A expectativa é que esse equipamento, que será de grande porte, cumpra papel fundamental nos atendimentos de urgência e emergência de Juiz de Fora e região.

Os serviços de urgência e emergência municipais são de responsabilidade administrativa da Subsecretaria de Urgência e Emergência (SSUE), subordinada à Secretaria de Saúde. Esta Subsecretaria é organizada em três departamentos, segundo o organograma da

Prefeitura de Juiz de Fora referente à saúde (anexo) e o Decreto 12021 de 07 de julho de 2014: Departamento do Hospital Municipal de Urgência e Emergência – DHMUE; Departamento da Unidade Regional Leste – DURL; e Departamento de Atenção Pré-hospitalar e Internação Domiciliar – DAPID. Suas competências são, dentre outras: viabilizar a realização de ações de planejamento, coordenação, avaliação e execução do atendimento pré-hospitalar e das unidades hospitalares de urgência e emergência; coordenar as atribuições dos Departamentos subordinados, visando ao cumprimento dos seus objetivos e integração das atividades; coordenar as urgências e emergências e executar o acompanhamento técnico de todas as portas de entrada do SUS, articulando-as com a rede hospitalar de retaguarda; prestar serviços de assistência multiprofissional, odontológicos e psiquiátricos nas áreas de urgências e emergências do SUS no Município e cidades pactuadas; planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência do SUS, incluindo central de ambulâncias e Sistema Resgate (JUIZ DE FORA, 2014b).

Cabe mencionar que o organograma da Secretaria de Saúde e a legislação que informa as competências e estruturação da SSUE não possuem descritos os serviços das UPAs. Tal fato é identificado pelos gestores municipais no Plano de Saúde como um problema, havendo indicação de adequar o organograma atual, de modo a contemplar as necessidades administrativas e assistenciais da Subsecretaria (JUIZ DE FORA, 2013a).

O Plano indica também como problemática da urgência e emergência a infraestrutura física inadequada do HPS, DURL, PAI e DID; a necessidade de ampliar, reestruturar e consolidar os serviços de atendimento pré-hospitalares fixos; a insuficiente articulação da Política Municipal de Urgência e Emergência com os serviços das demais Subsecretarias que compõem a Secretaria de Saúde; a inexistência de uma Política de Recursos Humanos de toda a SSUE, que garanta Plano de Cargos, Carreiras e Salários; a insegurança dos profissionais nos serviços diante da violência etc.(JUIZ DE FORA, 2013a).

As principais estratégias indicadas pelos representantes atuais do executivo municipal para a urgência e emergência são: implantação de Política de Recursos Humanos; desenvolvimento de ações de educação em saúde, objetivando melhorar a qualidade da assistência e humanização do cuidado ao usuário atendido; elaboração de novo organograma que contemple necessidades da SSUE; e no que se refere às UPAs, elaboração e implementação de protocolos de intervenção clínica, participação nas reuniões mensais de prestação de contas do Grupo Gestor e monitoramento das metas, assegurando a qualidade das ações. No Plano de Saúde vigente foram apresentados três projetos para a área, que

deverão ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde: construção de uma UPA porte II no bairro Vitorino Braga – região leste; adaptação e transformação do DURL em UAPS com três equipes de ESF; e construção de um Centro de Especialização no terreno ao lado do DURL (JUIZ DE FORA, 2013a).

Conforme explicitado anteriormente, a proposta de transformação do DURL em UAPS e a criação de uma UPA na região deste equipamento, sinaliza que não haverá ampliação de serviços de urgência e emergência, mas sim uma substituição. Considero que a indicação de implantação de uma nova UPA atende aos interesses do capital, uma vez que a gestão destas unidades no município vem se constituindo pela via da terceirização à organizações sociais⁴⁰.

A ampliação dos serviços de atendimento de urgência e emergência no município se apresenta como necessidade imperiosa. Apesar da cidade dispor de uma ampla rede de serviços à saúde, sendo referência de atendimentos para municípios vizinhos, e estar se adequando aos modelos propostos pelo Ministério da Saúde, por meio da implantação das UPAs e da valorização do SAMU, as experiências municipais não têm sido exitosas em solucionar filas e melhorar a qualidade do atendimento. Tal fato pode ser confirmado pelo Decreto nº 12554 de 06 de janeiro de 2016, publicado pela Prefeitura de Juiz de Fora estabelecendo situação de “emergência” no que tange os atendimentos de urgência e emergência da cidade. O Decreto estipulou a criação de um fluxo assistencial entre os serviços da rede e autorizou o remanejamento de servidores públicos e prestadores da administração direta e indireta para atender demandas prioritárias do serviço de urgência e emergência da cidade, ficando também autorizadas contratações em caráter de urgência (JUIZ DE FORA, 2016a).

⁴⁰Cabe informar que no ano de 2010 ocorreram algumas reuniões no CMS que tiveram como pauta a proposta de habilitação da Regional Leste em UPA porte II. No entanto, como a administração municipal não pontuou a questão da gestão, solicitando que este debate ocorresse posteriormente, os conselheiros foram contrários à proposta da parceria público-privada. Tendo em vista que a Regional é gerida pela administração municipal, os conselheiros deliberaram pela sua habilitação em UPA, com gestão pública. Posteriormente o Secretário de Saúde encaminhou memorando ao Conselho solicitando revisão do artigo 2º da Resolução 338/2010, que definiu o modelo de gestão pública da UPA a ser criada a partir da transformação da Regional. A proposta era informar que o modelo de gestão seria discutido após aprovação da transformação do equipamento. Os conselheiros não concordaram com as proposições da Secretaria de Saúde e mantiveram a Resolução. Na ocasião, os conselheiros foram comunicados de que a Resolução seria encaminhada ao Ministério Público para avaliação, visto que o Secretário de Saúde em exercício não a assinou (CMS/JF, 2010b; 2010c; 2010d). Considerando as estratégias do Plano de Saúde 2014/2017, verifica-se que as discussões e propostas para a região leste ainda estão em andamento. No Plano, a atual administração municipal propõe a transformação do DRL em UAPS e a construção de uma UPA porte II na região.

Para além da urgência e emergência, a saúde de maneira geral vem enfrentando momentos difíceis no município, em especial pelas recorrentes mudanças de gestor na Secretaria de Saúde, o que dificulta o andamento das ações e tomadas de decisões. Em 2015 dois Secretários de Saúde foram exonerados do cargo, passando a Secretaria ficar sob responsabilidade, na condição de interinidade, da economista Elizabeth Jucá no período referente a outubro de 2015 à fevereiro do seguinte ano. Em 01/02/2016 o Analista de Sistema e Advogado Alex Ribeiro foi anunciado como novo Secretário de Saúde, porém após cinco dias de efetivo exercício do cargo foi exonerado, passando a gestão ficar novamente a cargo da Senhora Elizabeth Jucá. Estas indefinições referentes à gestão refletem a problemática da saúde no município (G1, 2015a; 2015b, 2016a).

Nesse cenário de precarização e terceirização do trabalho em saúde, de enfraquecimento das propostas do SUS por meio da transferência da gestão para entidades privadas e de incertezas políticas quanto a administração municipal, se materializa atualmente a urgência e emergência de Juiz de Fora. Esses processos trazem rebatimentos na qualidade dos serviços ofertados e nas condições de emprego dos trabalhadores em saúde, o que denota a importância de estudos que avaliem essas situações buscando desvendar a funcionalidade das ações e intervenções do governo e sua efetividade no que se refere à consolidação dos preceitos do SUS, além das compreensões acerca dos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde nesse contexto.

CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

2.1 – O trabalho do assistente social na saúde

A intervenção do assistente social, enquanto um tipo de trabalho especializado e participe da divisão sócio técnica do trabalho, encontra determinações concretas nos processos de trabalho em que se inscreve. A área da saúde, grande empregadora de assistentes sociais, se apresenta como campo fértil para o exercício profissional (CASTRO, 2009).

O Serviço Social surge no estágio monopolista do capitalismo, quando a questão social, pelo seu caráter de classe, demanda do Estado intervenções políticas e sociais (RAICHELIS, 2011). É um tipo de especialização do trabalho coletivo, visto que é expressão das necessidades sociais, tendo a questão social como base, objeto, de intervenção (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

A profissão se insere na divisão sócio técnica do trabalho quando o Estado passa a atuar de maneira progressiva no processo de regulação social, assumindo uma variedade de funções as quais objetivam a manutenção do sistema (por meio de políticas de financiamento e empreendimento) e a reprodução da força de trabalho, permitindo legitimidade política e antecipação às reivindicações da classe trabalhadora (ORTIZ, 2006/2007).

O Serviço Social afirma-se como especialização do trabalho coletivo através do atendimento das necessidades advindas na relação conflituosa entre capital e trabalho, participando tanto dos interesses de reprodução do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

Como as classes fundamentais e seus personagens só existem em relação pela mútua mediação entre elas, a atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante. Reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, dá resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história. A partir dessa compreensão é que se pode estabelecer uma estratégia profissional e política, para fortalecer as metas do capital ou do trabalho, mas não se pode excluí-las do contexto da prática profissional, visto que as classes só existem inter-relacionadas. É isto, inclusive, que viabiliza a possibilidade de o profissional colocar-se no horizonte dos interesses das classes trabalhadoras (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p. 75, grifos do autor).

Nessa perspectiva, o assistente social atua na produção e reprodução da vida material, a partir da sua inserção nos processos de trabalho de acordo com as requisições do capitalismo e deve possuir por compromisso o desvendamento da realidade para a construção de propostas de ações que sejam direcionadas à efetivação dos direitos da classe trabalhadora, almejando a emancipação dos sujeitos, segundo o Código de Ética profissional (IAMAMOTO, 2010)⁴¹.

A inserção da profissão na divisão sócio técnica do trabalho implica pensar o Serviço Social para além das suas fronteiras e, concomitantemente, situar as condições materiais-objetivas em que ocorre a intervenção, suas limitações e condicionamentos sócio-históricos. Implica reconhecer a existência de um modo determinado de ser, de pensar e de agir próprio da sociedade capitalista, fundado na maneira como os sujeitos históricos produzem e reproduzem a vida material e espiritual, o que invade todas as esferas da vida humana, inclusive as profissões. Existe, portanto, uma racionalidade hegemônica no capitalismo, a racionalidade formal-abstrata, que mantém sintonia com os processos produção e reprodução material e espiritual vigentes na sociabilidade (GUERRA, 2002).

É sabido que na sociedade capitalista existem racionalidades que se confrontam, no entanto, uma sempre é hegemônica, uma vez que é funcional a manutenção da sociabilidade que o constitui. A racionalidade formal-abstrata reconhece os fatos, fenômenos e processos sociais em sua imediaticidade e utiliza o procedimento da abstração, sem contudo, ultrapassá-lo. Assim, a racionalidade formal-abstrata não alcança o conteúdo dos fatos sociais, os trata como coisas e desconsidera sua historicidade. Inicialmente se concretiza na esfera do trabalho, expressando-se no modo como os homens produzem e reproduzem a sua vida material e espiritual, porém ela invade outras esferas da vida e condiciona os sujeitos a adotarem comportamento passivo frente aos fatos e fenômenos sociais (GUERRA, 2002).

O Serviço Social, enquanto profissão que nasce e se materializa na sociedade capitalista, sofre influências da racionalidade formal-abstrata. A configuração das políticas

⁴¹Cabe destacar que nos primórdios de sua institucionalização, o Serviço Social esteve vinculado aos preceitos da doutrina da Igreja e às ideias do Positivismo, desenvolvendo ações conservadoras, não questionando a ordem capitalista, mas fortalecendo sua manutenção (BARROCO, 2008). A partir da década de 1960, com as alterações no Estado para atender exigências do capitalismo monopolista, trazendo novas demandas para os assistentes sociais, e com a inserção da profissão nas universidades, o Serviço Social passou a se repensar, iniciando o processo de Renovação. Nesse processo, a reflexão profissional assumiu três direções: perspectiva modernizadora; perspectiva reatualização do conservadorismo; e perspectiva intenção de ruptura. No curso dos anos 1980 e 1990, com a maturidade intelectual da profissão, o Serviço Social construiu um Projeto Ético Político (PEP), sendo expressão do processo de Intenção de Ruptura. O Serviço Social passou a questionar o tradicionalismo de seus aspectos teórico-metodológicos e prático profissionais, buscando romper com seu conservadorismo, a partir da aproximação com a Teoria Social de Marx (NETTO, 2007).

sociais, campo de atuação do assistente social, ao assumir caráter privatista, mercantilista e assistencialista potencializa intervenções pontuais, focalistas, imediatas e burocráticas. Essas ações, esvaziadas de conteúdo ético-político, engendram e sustentam a racionalidade formal-abstrata (GUERRA, 2002).

Nessa direção, a resposta às demandas dos usuários é o aspecto crucial da profissão, pois é através delas que se pode operar a ruptura entre meios e fins e considerar a necessidade de transformação das condições de vida do usuário. Assim, a profissão tem uma razão de conhecer: conhecer a estrutura, conjuntura e contextos nos quais a profissão se gesta e se desenvolve; conhecer a população usuária, as mediações que atravessam à questão social, os projetos societários, as direções pelas quais a profissão tem se conduzido, as demandas potenciais (GUERRA, 2002).

Para estabelecer o que, por que, quando, onde e como e para que fazer concomitante à sua intervenção, o assistente social tem que conhecer o mais aproximadamente possível a realidade social na qual atua, de maneira contínua, provisória, aproximativa e histórica [...] (GUERRA, 2002, p. 15 – grifos do autor).

A dimensão intelectual, ou investigativa, da profissão se constitui a mediação entre o que fazer e a escolha do como, onde e para que, ou seja, as finalidades estabelecidas pela profissão. É necessário ter o conhecimento das finalidades, dos resultados prováveis, das condições objetivas sob as quais a ação incide, dos meios e possibilidades de realização. Assim, o conhecimento tanto precede quanto acompanha a intervenção (GUERRA, 2002).

O processo de conhecimento é fundamental para buscar romper a racionalidade formal-abstrata. No entanto, pressupõe que o conhecimento da realidade deve ultrapassar sua aparência imediata, rompendo com respostas profissionais pontuais e imediatistas. Faz-se necessário reconhecer e identificar a contradição como movimento pelo qual a realidade se constitui, o que exige um referencial teórico capaz de extrapolar a imediatividade da vida cotidiana, a aparência e as fragmentações da realidade e que a tome enquanto processo histórico em constante transformação. Na teoria social de Marx, no materialismo dialético, o conhecimento é sempre aproximativo, histórico, relativo e processual, devendo acompanhar o movimento do real. Para que uma teoria explique a realidade, há que se partir das categorias constitutivas da própria realidade (GUERRA, 2009), portanto, me parece que o materialismo dialético é a teoria que possibilita a compreensão do real em suas contradições, para além das aparências.

A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social é o elemento que permite a esse profissional descortinar a realidade social que se apresenta a ele em sua aparência e compreender a essência de sua constituição. Realidade social que é dinâmica e encontra-se em constante movimento, por isso, exige do profissional uma postura cotidianamente curiosa para que os novos elementos forjados pela dinamicidade da realidade social não passem por ele despercebidos (PAULA, 2013, p. 92).

Os saberes construídos a partir da sistematização do exercício profissional permitem ao assistente social desvendar a realidade na qual intervém diretamente, possibilitando enxergar para além do que se vê (PAULA, 2013).

Se o conhecimento, a dimensão intelectual, pautada na racionalidade dialética, possibilita ao assistente social uma intervenção mais crítica, é a sua instrumentalidade⁴² que lhe garante sobrevivência e possibilidade de ampliar tarefas meramente rotineiras para as quais o profissional é contratado. Ambas devem estar ancoradas e norteadas por um conjunto de valores humano-genéricos que apontem para a superação da sociedade burguesa (GUERRA, 2002).

A racionalidade dialética possibilita ao assistente social o resgate da relação dialética entre condições objetivas e subjetivas, constituindo-se tanto em posturas, procedimentos ético-políticos quanto nos fundamentos últimos e princípios do pensar e do agir (GUERRA, 2002).

Nessa perspectiva, a intervenção do assistente social deve condensar e expressar toda a formulação teórica, ética e técnica da profissão, de modo que compreenda e desvende a totalidade das demandas apresentadas pelos usuários, a partir das manifestações da questão social, sem desenvolver fragmentações.

Em síntese, o assistente social, partindo das demandas postas pelos sujeitos, sejam elas de caráter coletivo ou singular, da finalidade assumida como horizonte para suas ações e localizado no seu espaço sócio-ocupacional, define tanto o objetivo como o caráter da ação a ser empreendida; e para a sua realização, define formas de abordagem, instrumentos técnico-operativos e recursos (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 236; 237).

⁴²A instrumentalidade não se refere ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. Possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É uma capacidade por meio da qual os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas da realidade social. A instrumentalidade é a capacidade da profissão alcançar os objetivos propostos, de se materializar resultados, de promover a adequação entre meios e fins. Trata-se da possibilidade de articulação entre as dimensões da profissão (GUERRA, 2007).

O trabalho do assistente social não é neutro, mas se realiza tendo como norte o Projeto Ético Político (PEP)⁴³, materializado pelo Código de Ética de 1993, Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662 de 7 de junho de 1993) e Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Este Projeto refere-se ao conjunto de valores sobre os quais o Serviço Social, de maneira hegemônica, se baseia e sustenta, estando relacionado ao compromisso com a defesa da classe trabalhadora e expressa os princípios do Código de Ética, quais sejam: liberdade como valor ético central, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, busca pela equidade e justiça social, compromisso com a qualidade dos serviços prestados, dentre outros (REIS, 2008). Todos esses valores expressos no arcabouço jurídico e no PEP do Serviço Social fundamentam a dimensão política da intervenção profissional.

[...] Trata-se de um trabalho que é ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade (MARTINELLI, 2011).

O desafio do trabalho do assistente social, em sua dimensão política, consiste em tomar uma posição ética e política que se rebele contra os processos de alienação vinculados à lógica do capital na contemporaneidade. Os espaços de controle social, assim como organizações da classe trabalhadora, movimentos sociais, têm se constituído espaços sócio-ocupacionais do assistente social, que configuram sua atuação na dimensão política e no campo das assessorias. Impõe-se nesse cenário que se defina estratégias sócio-políticas e profissionais para somarem-se à luta mais ampla da classe trabalhadora, a partir das demandas dos segmentos sociais que recebem os serviços prestados, através da articulação com movimentos sociais críticos, pela materialização cotidiana do PEP, participando de empreendimentos coletivos emancipatórios no contexto das lutas de classe (ALVES, 2010).

⁴³“Os projetos profissionais *apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas* (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (NETTO, 2006, p.4, grifos do autor). Nessa direção, o PEP do Serviço Social, hegemônico a partir da década de 1990, imprime direção e articulação às dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, tendo como compromisso a autonomia e emancipação dos sujeitos, vinculando-se a um projeto societário que visa a construção de uma nova sociedade, livre de exploração e dominação de classe (NETTO, 2006). Cabe mencionar que esse projeto não é o único, mas é hegemônico e imprime direção às normativas profissionais.

Para além das demandas impostas ao Serviço Social, trata-se de identificar, no processo organizativo da classe trabalhadora, dos grupos e segmentos sociais que se vinculam à construção de projetos emancipatórios, o conteúdo e as possibilidades de resistência às dinâmicas alienantes e reificantes da ordem burguesa, pela necessidade de atualização da viabilidade do projeto socialista [...](ALVES, 2010, p. 187; 188).

Exercer a dimensão política da profissão implica, portanto, articular o projeto profissional e o trabalho assalariado, ou seja, supõe o exercício da profissão nas condições sociais concretas de sua realização, mediadas pelo estatuto assalariado e pela organização política das classes em suas expressões coletivas. O desafio consiste em tornar esse projeto o guia efetivo para o exercício profissional e consolida-lo por meio de sua implementação efetiva (IAMAMOTO, 2009a).

Materializar a luta pela ampliação e consolidação de direitos historicamente conquistados, almejando a superação da sociedade de classe, pautando-se no projeto profissional, exige, conforme já sinalizado, que o assistente social exercite sua postura investigativa, buscando desvendar a dinâmica sócio cultural na qual está inserido, construindo estratégias e táticas comprometidas com os interesses dos usuários. No entanto, apenas o olhar curioso sobre a materialidade não é suficiente para descortinar as conexões existentes, é preciso clareza teórico-metodológica aliada ao domínio técnico-operativo e ao compromisso ético-político, para que a postura investigativa seja consistente (PAULA, 2013).

Existe, portanto, uma unidade entre as dimensões⁴⁴ constitutivas da intervenção do Serviço Social, quais sejam: técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política. A unidade não significa identidade, mas a compreensão de que o reconhecimento por parte dos profissionais da dimensão ético-política como constitutiva da prática possibilita a busca de um referencial teórico-metodológico que lhe dá condições de elaboração de instrumentos técnico-operativos condizentes com suas finalidades (SANTOS, 2002).

Esse entendimento é de extrema relevância, pois nem todos os meios para o alcance das finalidades são justificáveis, sendo, portanto, primordial pensar os fins para a busca adequada dos meios. Os instrumentos de trabalho consistem o conjunto de recursos ou meios que permitem a operacionalização da ação profissional, sendo executados a partir da técnica. Esses instrumentos são utilizados intencionalmente, o que pressupõe que seu manejo e definição são orientados por um determinado conhecimento. Sendo os instrumentos meios

⁴⁴As dimensões da prática profissional são construções históricas e refletem as direções sociais assumidas pelo Serviço Social nas diferentes conjunturas (SANTOS, 2002).

para a efetivação de uma finalidade, sua escolha não é neutra, possuindo, assim, uma função técnica, operacional, política e ideológica (SANTOS; NORONHA, 2016).

De acordo com Santos e Noronha (2016), pesquisas sobre os instrumentos e técnicas utilizados no Serviço Social, embora sejam incipientes, indicam que os instrumentos privilegiados pela categoria são o parecer, a entrevista, a reunião/grupo e a visita domiciliar. De maneira geral, esses instrumentos, especialmente os três últimos, devem ser tratados como espaços em que se constroem o conhecimento mútuo entre o assistente social e o usuário, revelando os aspectos sociais, políticos, ideológicos e culturais; espaços de recolhimento de informações que de fato possam promover uma aproximação com a realidade da população, não servindo de controle ou inquérito; espaços de socialização de informações e discussão de direitos; espaços de mobilização e organização da sociedade civil; espaços de articulação com outras categorias profissionais visando, coletivamente, construir ações voltadas à transformação da realidade.

O manuseio de um determinado instrumento requer uma compreensão ao mesmo tempo, do sentido social da ação e do seu significado no conjunto, da problemática social; da sociedade brasileira e de suas determinações sócio históricas; e da natureza e significado da profissão. Requer, ainda, um conhecimento do campo da intervenção, dos sujeitos da intervenção, das atribuições profissionais. Faz-se necessário um planejamento prévio, respondendo a algumas questões orientadoras: para que fazer? Para quem fazer? Onde e quando fazer? Como fazer? (SANTOS; NORONHA, 2016, p. 94).

O processo de escolha dos instrumentos deve considerar as condições objetivas do trabalho; as finalidades da ação, da profissão e da instituição; a demanda; as habilidades necessárias ao seu manuseio e seu compromisso ético-político (SANTOS; NORONHA, 2016); ressaltando, novamente, a importância da postura investigativa da profissão. Para uma intervenção voltada a materialização dos preceitos do Projeto Ético-Político, faz-se mister ressaltar a relação de unidade, na diversidade, entre as dimensões da intervenção: teórico-metodológico, técnico-operativa; ético-política.

Cabe mencionar que o assistente social não possui domínio sobre as condições e os meios de trabalho presentes no espaço institucional, pois embora o Serviço Social seja regulamentado enquanto profissão liberal, majoritariamente a intervenção do assistente social é tensionada pela relação de compra e venda da sua força de trabalho (RAICHELIS, 2011). As condições objetivas que interferem na atuação do assistente social são especialmente conformadas na efetivação da situação de assalariamento, onde o profissional vende sua força

de trabalho especializada a diferentes empregadores: Estado, empresários, organizações de trabalhadores e de outros segmentos da sociedade civil. Nesta relação com o empregador, o assistente social acaba por vivenciar rebatimentos na sua autonomia no exercício de suas atividades (IAMAMOTO, 2008).

Na condição de assalariamento, o empregador define funções e atribuições consoantes com a normatização institucional, condicionando o conteúdo do trabalho a ser realizado e estabelecendo limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais. Transitar da análise do Serviço Social para o seu exercício, implica o reconhecimento de tensões entre o direcionamento que o assistente social pretende imprimir no seu trabalho, condizente com o Código de Ética Profissional, e as exigências que os empregadores impõem ao seu trabalho. A possibilidade de imprimir uma direção social no exercício profissional, de modo a moldá-lo e operá-lo, decorre da relativa autonomia que o assistente social dispõe. Essa autonomia é dependente da correlação de forças econômica, política e cultural em nível societário, mas que se expressa de modo particular em cada espaço sócio-ocupacional, construída na relação entre os sujeitos (IAMAMOTO, 2009a).

Nos diferentes espaços de trabalho, o assistente social exerce suas competências⁴⁵ e atribuições⁴⁶, resguardadas pelas legislações da categoria profissional. As distintas inserções

⁴⁵Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da 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 à 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, empresas 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 (CRESS-MG, 2013, p. 101; 102).

⁴⁶Art. 5º 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 e 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 curso 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, 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

profissionais condicionam as condições em que se materializa a autonomia profissional, o trabalho concreto realizado e seus efeitos no processo de reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2009a).

As atividades desempenhadas pelos assistentes sociais possuem ainda como vetor de demandas as necessidades sociais dos cidadãos, que condicionadas pelas lutas sociais e pelas relações de poder, se transformam em demandas profissionais, reelaboradas sob a ótica dos empregadores na disputa com os interesses dos usuários dos serviços. É nesse tenso terreno que situa o protagonismo profissional, conduzindo a sua relativa autonomia para o desvendamento das demandas, buscando apreender as várias expressões que assumem as desigualdades sociais e as lutas contra as mesmas, potencializando formas coletivas de resistência, que apontem para novas formas de sociabilidade (IAMAMOTO, 2009a).

São os empregadores que viabilizam os instrumentos e meios para o desenvolvimento das ações, que delimitam a matéria sobre a qual a intervenção vai incidir que impõem as exigências trabalhistas e ocupacionais (IAMAMOTO, 2008) e que definem as condições em que o trabalho vai ocorrer (contrato de trabalho, jornada, remuneração e metas de produtividade) (RAICHELIS, 2011).

A inserção do assistente social no mercado de trabalho, nesse sentido, se dá através da participação em processos de trabalho (empresas, Organizações Não Governamentais – ONG's, esfera estatal), os quais imprimem direcionamento à intervenção. Esses processos possuem especificidades e diferenciam-se de acordo com a instituição, o que exige dos assistentes sociais captação das particularidades e relações estabelecidas no mundo do trabalho, que irão atribuir limites e possibilidades ao exercício profissional (CASTRO, 2009).

Nessa perspectiva os processos de trabalho nos quais o profissional participa se organizam segundo as exigências econômicas e sociopolíticas do modo de produção capitalista e não em função da profissão (REIS, 2008). Segundo Iamamoto (2010, p. 107, grifos do autor),

o processo de trabalho em que se insere o assistente social não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social, ainda que nele participe de forma peculiar e com autonomia ética e técnica.

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 (CRESS-MG, 2013, p. 102; 103).

Na área da saúde, o assistente social participa do processo de trabalho coletivo, sendo reconhecido pela Resolução nº 218 de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução 383 de 29 de março de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) como uma das profissões que compõem o saber e prática desta área. No cotidiano do exercício profissional, o assistente social promove junto aos usuários análise dos fatores e determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença, buscando atender as necessidades de saúde da população (CASTRO, 2009).

A intervenção dos assistentes sociais no setor é pautada no conceito ampliado de saúde previsto na Constituição Federal de 1988 e no SUS, reconhecendo-a como resultado de diferentes fatores: biológico, social, psicológico, econômico etc. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006; REIS, 2008)⁴⁷. Sua atuação tem por finalidade o enfrentamento das expressões da questão social que rebatem nos diversos níveis de complexidade da saúde (CFESS, 2010).

Após a implantação do SUS, novas formas de organização do trabalho se realizaram em virtude da hierarquização por níveis de complexidade, descentralização e democratização da política de saúde, conforme descrito no capítulo anterior. Novas características surgiram no modelo de gestão e atenção e nos processos de trabalho (COSTA, 2000). Nesse contexto de reorganização dos serviços de saúde, a intervenção dos assistentes sociais passou a articular ações tradicionais e novas propostas de atuação em consonância com o SUS. Assim, o profissional tem ampliado sua ação, transcendendo o atendimento direto com o usuário e participado também do planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e espaços de controle social (conselhos e conferências) (CFESS, 2010).

Embora não exista uma atuação ou saber exclusivos do Serviço Social na saúde, é reconhecido que o exercício profissional se realiza com algumas particularidades. De maneira geral, o trabalho do Serviço Social na saúde centra-se numa rotina de contato com os usuários para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias a implementação da consulta. Há prevalência de atendimentos individuais e estes se constituem em ação única, uma vez que é imprevisível saber se o profissional terá outro contato com o usuário (VASCONCELOS, 2007).

⁴⁷As ações iniciais do assistente social na área da saúde visavam garantir o acesso da população aos serviços e benefícios, através de ações nos plantões, triagens, e encaminhamentos. As ações possuíam caráter normativo e psicologizante (BRAVO; MATOS, 2006). Após a promulgação do SUS e do processo de Renovação do Serviço Social é que as ações passaram a ter caráter crítico, sob uma perspectiva coletiva dos determinantes do processo saúde/doença.

O assistente social é chamado a intervir nas situações que se apresentam como “problemas” para a saúde, como a pauperização, velhice e ausência de vínculos familiares, sendo encaradas como responsabilidades exclusivas do Serviço Social (MATOS, 2013).

Há nos serviços de saúde, em geral, um costume de se identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos (crianças, adolescentes e idosos sem acompanhantes, usuários com nenhuma ou baixa renda, pacientes psiquiátricos, população de rua etc.), como alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para a solução dessas questões são identificadas como sendo apenas do profissional de Serviço Social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais no capitalismo (MATOS, 2013, p. 65).

As demandas manifestadas ao assistente social são consideradas, geralmente, em sua expressão individual/particular, assim, costuma-se negar o caráter coletivo das demandas, que são coletivas não somente por serem vivenciadas por todos, mas, também, porque apenas coletivamente poderão ser enfrentadas (VASCONCELOS, 2007).

As orientações, informações e esclarecimentos proferidos no exercício profissional relacionam-se à questões habitacionais, jurídicas, rotinas institucionais, documentação, situação trabalhista, entre outras, que desdobram-se em encaminhamentos (VASCONCELOS, 2007). A articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do local de trabalho do assistente social, é essencial para o êxito das ações (MATOS, 2013), partindo do princípio da integralidade.

O registro escrito da intervenção do assistente social é uma objetivação do trabalho desenvolvido. Na maioria das vezes, o registro do trabalho do Serviço Social na saúde tem sido feito por meio das fichas sociais (impressos com questões abertas e fechadas que conformam um roteiro de entrevistas), anotações no prontuário único dos usuários, anotações no livro de ocorrência, o registro das atividades grupais e das visitas domiciliares.

A falta de clareza dos assistentes sociais sobre o que fazem pode contribuir para que os mesmos tenham dificuldades para identificar quais informações são relevantes aos demais profissionais de saúde e que devem ser registradas no prontuário único. Dificultam também o registro privativo do Serviço Social, podendo os livros de ocorrência se transformar em meros registros de repasse de informações.

[...] se reconhecemos que a preocupação com a dimensão ampliada sobre o usuário – envolvendo sua condição de vida e trabalho, para além do seu quadro clínico – é

uma questão, se não ausente, pelo menos residual para os outros trabalhadores da saúde, podemos perceber o quão relevante é a socialização (e o chamamento para a importância) para a equipe que atende o usuário sobre a realidade vivida por ele. Afinal, uma dieta equilibrada depende da existência de condições sanitárias na casa; um remédio a ser ministrado por um usuário com dificuldade de locomoção necessita de alguém que cuide dele; a ida para tratamento em um hospital precisa de recursos financeiros para sua locomoção etc. Essas questões óbvias para o profissional de Serviço Social, podem não ser para os outros trabalhadores e por isso, mais do que nunca, precisam ser sinalizadas pelos assistentes sociais em reuniões de equipe interprofissional (quando existem) e nos prontuários (MATOS, 2013, p. 131).

Nessa atividade de registro, é importante frizar que as situações sigilosas do atendimento devem ser mantidas nos arquivos privativos da profissão, conforme orientação do Código de Ética Profissional: “em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”. Para tanto, é necessário que o profissional tenha competência teórica, ética, política para reconhecer o que deve ser compartilhado com a equipe (MATOS, 2013).

Os registros dos atendimentos também contribuem para a sistematização das ações profissionais, servindo de banco de dados para a análise da intervenção do assistente social. O planejamento e a avaliação das ações são essenciais, uma vez que instigam pensar o “por quê”, refletindo sobre o trabalho a ser realizado e sobre as condutas executadas, a partir de objetivos e metas estabelecidos. O planejamento é um instrumento ligado à orientação da ação profissional, visando criar condições para a realização de uma ação competente. Pensar o planejamento de ações na saúde implica em reconhecer que o processo de trabalho é coletivo e envolve múltiplos determinantes. Porém, o plano de trabalho específico da profissão se torna necessário para direcionar a ação com vistas a contribuir para com o processo de trabalho em equipe (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológico e técnico-operativa. Possibilita no campo da saúde, formalizar as relação entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersetorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e ou previstos (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 16).

O planejamento exige instrumentos de consolidação das decisões, que são os planos, programas e projetos. Esses instrumentos viabilizam uma atuação mais consistente e não apenas pontual, imediata, “solta”. Nesse processo, o controle e o monitoramento são

importantes para a avaliação, garantindo a visibilidade e impacto das ações profissionais e a análise da sua eficácia, eficiência e efetividade. O planejamento e avaliação das ações devem ser coerentes com os objetivos que se almeja atingir com a intervenção profissional (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Pensar as ações do assistente social na saúde significa reconhecer que não existe um saber específico sobre e/ou que oriente o trabalho profissional nesta área, no entanto, a categoria tem se pautado no documento publicado pelo conjunto CFESS/CRESS em 2010, denominado “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”, que visa expressar as ações desenvolvidas pelo profissional na saúde. O documento, que possui como norte o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação e as propostas do Projeto de Reforma Sanitária, indica que a intervenção do assistente social na saúde se realiza a partir de quatro eixos, que se articulam (CFESS, 2010):

1 – Atendimento Direto aos Usuários: se realiza nos diversos espaços de atuação na saúde, em três sub eixos: ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas (CFESS, 2010).

No desenvolvimento dessas ações é imprescindível a investigação, o planejamento, a mobilização e participação dos usuários para a garantia do direito à saúde, como também a assessoria visando a melhora na qualidade dos serviços ofertados e a supervisão direta de estagiários de Serviço Social (CFESS, 2010).

1.1 – Ações Socioassistenciais: constituem-se como as principais demandas para o Serviço Social, sendo desenvolvidas a partir de orientação e/ou encaminhamentos quanto os direitos da população, construção do perfil socioeconômico do usuário a fim de formular estratégias de intervenção, visitas domiciliares, visitas institucionais, estabelecimento de normas e rotinas que facilitem o acesso dos usuários aos serviços, dentre outros (CFESS, 2010).

Essas ações envolvem a mobilização e a articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde, relacionando-se às condições de vida da população e ao déficit de oferta de serviços e políticas públicas para atender as demandas dos usuários. Expressam-se em atividades voltadas para agilizar internamentos, exames, alimentos, roupa, abrigo, dentre outras (COSTA, 2000).

As ações socioassistenciais assemelham-se ao que Nogueira e Miotto (2006) identificaram como processos socioassistenciais, os quais são executados junto aos usuários a partir de demandas singulares. As ações são direcionadas para o atendimento das demandas e

necessidades particulares dos usuários, com o objetivo de construir sua participação nas relações institucionais e sociais, bem como estabelecer a participação nos mecanismos de controle social.

O profissional necessita ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades, buscando romper com atendimentos de cunho psicologizantes a indivíduos e familiares, que não potencializam a orientação social direcionada à ampliação do acesso aos direitos sociais. Além disso, o assistente social deve transpor as ações de caráter emergencial, buscando atender as demandas por meio de uma intervenção de cunho socioeducativo, através da reflexão sobre as condições sócio-históricas a que estão inseridos os usuários e da mobilização dos mesmos para a participação e defesa dos seus direitos (CFESS, 2010).

1.2 – Ações de Articulação com a Equipe: o assistente social, enquanto participante do trabalho em equipe na saúde, possui particularidades de observação das condições de saúde do usuário e competência distinta para os encaminhamentos e ações (CFESS, 2010).

O profissional, em decorrência das condições de trabalho e pelo desconhecimento por parte da equipe e dos gestores de saúde sobre suas competências, vem sendo requisitado a desenvolver ações que não são suas atribuições, como: marcação de consultas e exames, solicitação e regulação de ambulâncias para remoção e alta, identificação de vagas em outras unidades quando da necessidade de transferência, convocação do responsável para comunicado de óbito, emissão de declaração de comparecimento na unidade mesmo quando o atendimento não foi realizado pelo Serviço Social etc. (CFESS, 2010).

Para evitar essas requisições equivocadas, o assistente social deve ter como parâmetros de ação na equipe de saúde o esclarecimento de suas atribuições e competências; criação de rotina que assegure a inserção do Serviço Social na admissão, internação e alta do usuário; participação em ações socioeducativas com a equipe; realização de atendimento conjunto com o médico nos casos de óbito, cabendo ao assistente social as orientações pertinentes a benefícios e direitos referentes à situação; planejamento, execução e avaliação com a equipe de ações que assegurem a saúde enquanto direito; sensibilização do usuário e familiares na adesão e participação ao tratamento; participação nas ações de humanização da unidade, concebendo-a como transversal a todo o atendimento do usuário; e realização de notificação aos casos suspeitos e/ou confirmados de maus tratos (CFESS, 2010).

1.3 – Ações Socioeducativas: trata-se de orientações reflexivas e socialização de informações por meio de atividades individuais, grupais ou coletivas, devendo se concretizar em eixo central de ação do assistente social (CFESS, 2010). O intuito é esclarecer, informar e

buscar soluções para problemáticas que envolvem a participação de todos na resolução de situações de saúde individual e coletiva, sendo a linguagem e o conhecimento (legislações, técnicas curativas básicas, rede de atendimento etc.), os instrumentos básicos utilizados na execução das atividades (COSTA, 2000).

Essas ações recebem as denominações de socioeducativas ou educação em saúde e devem ser pautadas na reflexão, não se constituindo apenas no repasse de informações e esclarecimentos. Abrangem diversos aspectos, dentre os quais: informação sobre rotinas e funcionamento das unidades; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização de estudos realizados pela equipe de saúde; e análise da política de saúde (CFESS, 2010).

2 –Mobilização, Participação e Controle Social: são direcionadas a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social, como conselhos, conferências e fóruns (CFESS, 2010).

Essas ações também podem se materializar na participação nos conselhos gestores de unidades⁴⁸, ouvidorias e articulação com os movimentos sociais, devendo estar voltadas à coletivização das demandas e criação de alternativas que garantam a efetivação dos direitos e melhoria dos serviços prestados (CFESS, 2010).

Dizem respeito aos processos políticos organizativos descritos por Nogueira e Miotto (2006), constituindo-se em um conjunto de ações que incrementam as discussões e intervenções entre o espaço socio-ocupacional, a comunidade e as instituições, buscando a universalização, ampliação e efetivação de direitos.

3 –Investigação, Planejamento e Gestão: possuem por finalidade o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir propostas que efetivem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde (CFESS, 2010).

Em virtude do processo de descentralização da política de saúde, proposto no SUS, os assistentes sociais são convocados a atuar nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Esta atuação deve ser efetivada a partir de estudos e pesquisas sobre as condições de vida e demandas dos usuários, bem como análises sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações possuem por finalidade contribuir para o processo de formulação, implementação e monitoramento do

⁴⁸Os conselhos gestores de unidades são espaços de democratização da instituição, com participação dos gestores, trabalhadores da saúde e outros órgãos colegiados (CFESS, 2010).

planejamento do Serviço Social, da política institucional e da política local, regional, estadual e nacional (CFESS, 2010).

Outra demanda apresentada ao assistente social é a inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação e avaliação dos serviços prestados, objetivando a melhora da qualidade (CFESS, 2010).

As principais ações desempenhadas pelo assistente social nos espaços de gestão, planejamento e realização de investigação, são: participação na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde; participação na gestão das unidades; elaboração do perfil e das demandas da população através de documentação técnica e investigação; implantação de estratégias e rotinas de ação, por meio de fluxogramas e protocolos que objetivem a organização do trabalho, a democratização do acesso e a garantia dos direitos sociais; sensibilização dos gestores para a importância do trabalho do assistente social no planejamento, gestão e investigação; dentre outras (CFESS, 2010).

Essas atividades referem-se ao conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da gestão do SUS, das instituições e serviços de saúde. Relacionam-se ao planejamento e gestão dos serviços sociais em instituições, programas, empresas e na sistematização das ações profissionais, tratando-se dos processos de planejamento e gestão (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

4 –Assessoria, Qualificação e Formação Profissional: as atividades de qualificação profissional são efetivadas por treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados à educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros (CFESS, 2010).

Faz parte dessas atividades a participação na formação profissional, por meio da criação de campo de estágio e supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multi e uniprofissional, em articulação com unidades de formação acadêmica (CFESS, 2010).

No que se refere à assessoria, esta diz respeito a uma ação desempenhada por um profissional com conhecimento da área, podendo ser prestada ao profissional, ao gestor e aos movimentos sociais (CFESS, 2010).

As principais atividades desenvolvidas nesta dimensão da atuação do assistente social na saúde são: garantia da educação permanente da equipe de Serviço Social na instituição e demais trabalhadores; participação em cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisa com a finalidade de apresentar estudos realizados e trocar informações; garantia de assessoria

aos assistentes sociais na busca de qualificação; realização de assessoria aos conselhos, visando fortalecer o controle democrático; supervisão direta de estagiários de Serviço Social e participação em programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação e tutoria; dentre outras (CFESS, 2010). O conjunto dessas ações refletem as atividades em que o assistente social assessora, organiza e realiza cursos, seminários, treinamentos, palestras, folders, reuniões etc. (COSTA, 2000).

A partir do reconhecimento dos eixos que caracterizam e sustentam o trabalho do assistente social na saúde, torna-se imperioso que o profissional conheça o funcionamento da instituição a que está inserido, a dinâmica do sistema de saúde, as formas de atendimento e prestação de serviços das instituições da rede (CASTRO, 2009). Sua ação precisa sustentar-se no conhecimento da realidade e dos sujeitos para a qual é voltada, na definição de objetivos, na escolha de abordagens adequadas e compatíveis com os objetivos, na seleção de instrumentos apropriados e também de recursos auxiliares para a implementação das abordagens (NOGUEIRA; MIOTO, 2006)

O assistente social para que consiga avançar na delimitação de suas atribuições e competências na saúde, bem como na abordagem social ao usuário, deve, conforme já sinalizado, estimular sua capacidade investigativa no desenvolvimento de todas as ações. A investigação da realidade, tendo como base a perspectiva teórico-crítica, permitirá ao profissional dispor de um conjunto de informações que o auxiliarão a desvelar as várias faces da questão social e sua apreensão coletiva, encobertas pela organização social capitalista. É a investigação, estimulada pela capacitação permanente, que permite ao assistente social no seu cotidiano de trabalho romper com práticas rotineiras, acríticas e burocráticas, favorecendo a reorganização de sua intervenção, tendo em vista as condições de vida dos usuários e suas reais necessidades (CFESS, 2010). É essa postura investigativa, portanto, juntamente com o aporte teórico-metodológico claro e definido e com o domínio técnico-operativo, que possibilitam ao assistente social materializar os preceitos do Projeto Ético-Político da categoria.

Ao analisar os valores do Projeto Ético Político e os da Reforma Sanitária, tratada no primeiro capítulo deste estudo, verifica-se que existe uma afinidade entre ambos, visto que se pautam na defesa do direito, da equidade, da qualidade dos serviços, da participação democrática e crítica (REIS, 2008). O Projeto de Reforma Sanitária, que teve diversos dos seus preceitos contemplados na aprovação do SUS, demanda que o Serviço Social trabalhe com a busca pela democratização do acesso, atendimento humanizado, interdisciplinaridade,

ênfase nas ações grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação (BRAVO; MATOS, 2006).

Apesar da sincronia entre o PEP do Serviço Social, os preceitos do SUS e os ideais da Reforma Sanitária houve, a partir da década de 1990, obstáculos para a efetivação destas propostas com a contrarreforma do Estado. Houve focalização do atendimento à população vulnerável, sucateamento dos serviços e questionamento da universalidade no acesso à saúde. Nesse período, o projeto de saúde vinculado ao mercado ou privatista consolidou-se, demandando do assistente social realização de seleção socioeconômica dos usuários, intervenção psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora dos usuários dos planos de saúde, assistencialismo pautado na lógica do favor e abordagens individuais (BRAVO; MATOS, 2006).

O contexto de contrarreforma do Estado, de adoção do neoliberalismo e de contraposição de projetos universais e privatistas, altera, além das demandas profissionais, o mercado, os processos e as condições de trabalho. O exercício profissional sofre rebatimentos, visto que o assistente social se insere em instituições que podem limitar o trabalho ao cumprimento de metas e rotinas burocráticas (CASTRO, 2009). O mercado de trabalho também se altera, aumentando o número de vagas para os assistentes sociais em decorrência das propostas de diminuição de recursos para o social e agravamento das expressões da questão social (VASCONCELOS, 2006).

Enquanto trabalhador, o assistente social é parte de um trabalho combinado ou coletivo (IAMAMOTO, 2008). Nesta perspectiva, este profissional é submetido aos problemas e constrangimentos ocasionados pelas mudanças no mundo do trabalho e no aparato do Estado comuns à todos aqueles que conformam a classe trabalhadora (RAICHELIS, 2011). Conforme nos indica Iamamoto (2010, p. 48),

a polivalência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalho temporários, o desemprego são dimensões constitutivas da própria feição atual do Serviço Social e não uma realidade alheia e externa, que afeta “os outros”.

Essas transformações operadas pela reestruturação produtiva e pela contrarreforma do Estado impactam as condições e as relações de trabalho do assistente social e afetam as condições de vida da população usuária dos serviços sociais, trazendo novas exigências e dilemas para a profissão (IAMAMOTO, 2010). Assim,

[...] surgem novos espaços ocupacionais e competências profissionais que convivem com os tradicionais, revelando significativas alterações no mercado de trabalho, nas demandas e nos conteúdos das ações dos assistentes sociais. [...] Observamos, por exemplo, que mesmo espaços tradicionais como saúde, assistência social e previdência sofrem reveses e atualizam as demandas, a abrangência do seu público, as modalidades de intervenção e o conteúdo do trabalho dos assistentes sociais. Podemos destacar, na esfera da saúde a expansão dos planos e seguros privados, que passam a contratar profissionais, assim como as mudanças nos programas da área da saúde mental e das drogas, afóra a expansão de serviços de emergência e pronto atendimento. Também são evidentes e têm impacto nas práticas e demandas a criação de programas eventuais de *inserção* e a terceirização da gestão por meio de diversos tipos de organizações (MOTA, 2014, p. 695; 696 – grifo do autor).

O atual quadro sócio-histórico acaba por promover um acirramento das expressões da questão social, objeto de intervenção do assistente social. Verifica-se aumento da demanda por serviços sociais por parte dos usuários e, simultaneamente, o crescimento da seletividade nas Políticas Sociais, redução de recursos, baixos salários e imposição de critérios restritos de acesso da população aos direitos sociais, materializados em serviços públicos (IAMAMOTO, 2010).

A Reforma gerencial operada no âmbito estatal propôs redução das funções do Estado no tocante aos serviços sociais, impactando diretamente a profissão visto que possui o aparelho do Estado como seu principal empregador. Contudo, tem havido tendência de aumento do número de contratos nos municípios, em função das estratégias de descentralização, especialmente nas políticas de Assistência Social e Saúde. Essas vagas, no entanto, geralmente apresentam baixa remuneração, forçando o profissional a buscar outras inserções por meio de concursos e seleções (ORTIZ, 2006/2007).

De maneira geral, configura-se para a profissão uma tendência a baixos salários, contratos temporários, parciais, por projetos, por atividades; pluriemprego; desespecialização no trabalho. Essas tendências reforçam a inserção subalterna da profissão na divisão social e técnica do trabalho e seu modo de fazer emergencial, pontual, fragmentado e imediatista (GUERRA, 2010).

Com a desresponsabilização do Estado para com o social, sob orientação neoliberal, observa-se transferência das funções relacionadas ao social para o mercado e sociedade civil, fazendo com que ressurgam processos de remercantilização dos direitos sociais e o fortalecimento da tese de que “cada indivíduo é responsável por seu bem estar” (YASBEK, 2014, p. 8). As chamadas parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONGs) vem ganhando destaque na prestação dos serviços sociais, sendo os assistentes sociais requisitados a atuarem nesses espaços em que a relação de trabalho é construída a partir de condições

precárias, sem garantias de continuidade do contrato após o término das ações do projeto (ORTIZ, 2006/2007). Nesse cenário, intensificam-se os processos de terceirização e subcontratação de serviços individuais do assistente social por parte de empresas de serviços ou de assessoria na prestação de serviços aos governos e ONGs, caracterizando um exercício profissional autônomo, temporário e por projeto (RAICHELIS, 2011).

Os efeitos da terceirização para o trabalho social são profundos, pois ela: a) Desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais; b) Desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; c) Subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas; d) Realiza uma cisão entre prestação de serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito (RAICHELIS, 2011, p. 432).

Além desses impactos, seguindo os moldes toyotistas, são incorporadas diversas tecnologias de informação nos serviços sociais em que o assistente social está trabalhando, visando organizar as tarefas, quantificando as ações e possibilitando avaliação do desempenho do trabalhador. A incorporação dessas tecnologias ganha concretude nas cobranças e exigências de produtividade e no maior volume de tarefas, almejando a eficiência das metas e resultados. Essas tecnologias, embora sejam importantes para o aprimoramento do trabalho, podem estimular atividades mecânicas, repetitivas e que não estimulam a reflexão. Assim, devem ser utilizadas com cautela pelo assistente social na sua relação com o usuário, garantindo espaço de diálogo e não uma relação apenas mediada pela tecnologia (RAICHELIS, 2011).

Ainda no que tange a articulação do assistente social com o usuário, verifica-se o crescimento de demanda para que o profissional se restrinja ao preenchimento de formulários e realização de cadastros na execução do seu exercício, dificultando o estabelecimento de vínculos com a população. Essas tarefas, quando assumidas de forma burocrática e repetitiva, não agregam conhecimento e/ou reflexão sobre os dados coletados, além de fragilizar o desenvolvimento de uma intervenção socioeducativa direcionada a uma perspectiva de emancipação dos sujeitos (RAICHELIS, 2011).

Yasbek (2014) sintetiza os aspectos que interpelam a profissão nesse cenário de crise e mudanças, sinalizando as seguintes dimensões: “novas expressões” da questão social,

decorrentes das transformações estruturais do capitalismo, ao lado das velhas manifestações; processos de redefinição das políticas sociais, caracterizadas pela focalização contra a pobreza; e, por fim, a profissão é desafiada a construir mediações políticas e ideológicas, especialmente, por meio de ações de resistência e de alianças nos espaços institucionais e no contexto de lutas sociais mais amplas.

Os desafios e dilemas estão postos ao Serviço Social, cabendo ao profissional visualizar as possibilidades. O compromisso com a efetivação dos preceitos do Código de Ética profissional exige do assistente social a defesa dos direitos dos usuários atendidos, objetivando a emancipação dos sujeitos. O profissional deve estar atento às mudanças vivenciadas no mundo do trabalho e no âmbito do Estado, visando se aproximar do movimento da realidade concreta, captando as expressões da questão social em sua gênese. Deve também buscar o efetivo engajamento político com os diversos movimentos sociais, fortalecendo as lutas sociais e a dimensão política da profissão, sem, contudo, idealizar e/ou experimentar um papel revolucionário para esse mero trabalhador e/ou profissão (IAMAMOTO, 2010).

Em tempos de crise e de mudanças, entender o contexto sócio-histórico e a sua inserção enquanto trabalhador (desvendando as novas exigências postas na contemporaneidade) se faz necessário ao assistente social para que possa desenvolver uma intervenção crítica e para que consiga compreender o seu papel nas lutas sociais enquanto classe trabalhadora.

Dimensionar o *novo* no trabalho profissional significa captar as *inéditas mediações históricas* que moldam os processos sociais e suas expressões nos vários campos em que opera o Serviço Social. Ao profissional é exigida uma bagagem teórico-metodológica que lhe permita elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho, um atento acompanhamento conjuntural, que potencie o seu espaço ocupacional, o estabelecimento de estratégias de ação viáveis, negociando propostas de trabalho com a população e entidades empregadoras (IAMAMOTO, 2010, p. 80, grifos do autor).

A compreensão crítica do contexto atual em que se insere a intervenção profissional se faz relevante para que o assistente social não corra o risco de desenvolver atitudes fatalistas ou messiânicas⁴⁹, desvalorizando a história e os processos sociais contemporâneos (IAMAMOTO, 2010).

⁴⁹A atitude fatalista parte da compreensão de que a realidade está dada de forma definitiva, conduzindo a ações de acomodação, rotinização do trabalho, burocratismo e mediocridade profissional. Já a atitude messiânica, diz

Considerando o trabalho do assistente social na saúde, com destaque para a urgência e emergência, a postura crítica do profissional se faz ainda mais imperiosa, uma vez que estes espaços se caracterizam pela falta de tempo para a reflexão e o pensamento, com propensão para o desenvolvimento de ações imediatas. A lógica institucional acaba por impulsionar os trabalhadores da urgência e emergência a intervenções pontuais, pragmáticas e urgentes (KONDER, 2013; SOUZA, N., 2012)

De maneira geral, a inserção do Serviço Social nas unidades de urgência e emergência se faz através dos plantões, que se caracterizam por atendimentos emergenciais em que os profissionais são levados a condutas imediatas. A tendência é de que o assistente social aguarde a procura pelo atendimento, podendo ser espontâneo ou proveniente de encaminhamentos de profissionais, funcionários e serviços da unidade ou externos (VASCONCELOS, 2007).

As ações do Serviço Social na urgência e emergência geralmente são realizadas em uma sala ou espaço físico determinado, em que na atividade do plantão o assistente social recebe as demandas, as quais são espontâneas (obtenção de acesso a serviços da unidade, reclamações, orientações diversas etc.), por encaminhamentos internos (orientações por consultas, cadastro em programas, localização de familiares etc.) e por encaminhamentos externos (acesso a recursos e serviços da unidade e orientações e informações variadas) (VASCONCELOS, 2007).

A rotina intensa de fluxo de atendimentos nas unidades de urgência e emergência produz uma inclinação a ausência de planejamento e de definição clara dos objetivos da intervenção profissional no plantão. Além disso, são raros os encontros e momentos de reunião entre os pares e/ou entre os demais profissionais da equipe de saúde. Essas questões corroboram para a indefinição e o desconhecimento sobre o que faz o assistente social, sobrecarregando o profissional com demandas para mediar e aliviar tensões e conflitos, e também com encaminhamentos sobre dúvidas que os demais profissionais da equipe não responderam ao usuário (seja porque ultrapassam as competências biomédicas destes, ou porque não visualizam a totalidade que envolve o processo saúde/doença) (MATTOS, 2012).

A falta de planejamento, análise e avaliação do trabalho desenvolvido no plantão contribuem para que se efetivem ações imediatas, isoladas e sem sistematização, promovendo encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio como um fim em si mesmos,

respeito a uma visão heroica da profissão, ressaltando a subjetividade de seus agentes, não confrontando a vontade política às possibilidades e limites da realidade (IAMAMOTO, 2010).

comprometendo a qualidade dos serviços prestados. A prática profissional fica reduzida a atividades burocráticas, ao cumprimento mecânico de normas impostas pelo regulamento da unidade, fazendo com que o assistente social tanto no atendimento de escuta e encaminhamento, quanto no preenchimento de formulários, cadastros e questionários, acabe referendando a complicação e morosidade que dificultam e, por vezes, inviabilizam o acesso dos usuários aos serviços (VASCONCELOS, 2007).

Esses atendimentos rotineiros podem ser potencializados se o assistente social romper com o caráter histórico e burocrático que envolve os plantões, voltados a adequação dos indivíduos ao meio institucional e social, normalmente desconsiderando a totalidade que envolve os fenômenos sociais (RAMOS, 2013). Assim, o profissional deve buscar entender o que está para além das questões trazidas pelos usuários nos atendimentos.

Se um usuário se encaminha ao plantão social pois necessita de um recurso material, o que produz um caráter imediatista na utilização desse instrumento, cabe ao assistente social entender as outras determinações que envolvem esse processo de solicitação. A partir desse momento é fundamental identificar quais as possíveis demandas de atendimento, não se limitando exclusivamente a atender, de forma pontual e simplista, mas pensar e, problematizar as questões que se encontram ocultas pelas demandas imediatas (RAMOS, 2013, p. 79).

O trabalho no plantão deve passar ao largo do desenvolvimento de ações burocráticas e rotineiras, que impossibilitam uma intervenção mais qualificada. Deve, ao contrário, se basear numa atuação direcionada a socialização de informações que colaborem para o exercício dos direitos dos usuários, no que tange às normas institucionais e das políticas sociais de forma ampliada (RAMOS, 2013).

Nessa perspectiva, o plantão possui uma dimensão educativa quando propicia um espaço de problematizações e reflexões acerca da dinâmica institucional própria e, a partir desse processo, conduz à construção de proposições de mudanças que contribuam para a qualificação dos serviços prestados nas unidades de saúde. Com essas particularidades, o plantão pode ser e é recomendável que se torne um espaço de construção dos objetivos profissionais e institucionais, sintonizados com os dos usuários [...] (RAMOS, 2013, p. 79; 80).

O desafio nos serviços de urgência e emergência é extrapolar o caráter pragmático e imediatista que permeia esse espaço sócio-ocupacional, através do planejamento das ações pautado em um pensar crítico. O profissional precisa qualificar a intervenção a partir do acolhimento, promovendo escuta ativa do usuário e de seus familiares. Deve desenvolver ações assistenciais, educativas, priorizando a questão dos direitos sociais, articulando a rede

de atendimento e promovendo os encaminhamentos pertinentes, procurando não descolar da visão ampla os embates sociais que permeiam o cotidiano do usuário (KOHN, 2006). Nessa direção, mesmo no espaço do plantão repleto de tensionamentos (*rotatividade, volume de atendimentos, ações pontuais etc.* – grifos nosso) é necessário e possível construir mudanças, direcionadas a uma atuação comprometida com os interesses dos usuários (RAMOS, 2013).

Assim, apesar dos desafios impostos ao Serviço Social na saúde em virtude das particularidades desse espaço sócio-ocupacional e em decorrência das transformações e mudanças ocasionadas pela contrarreforma do Estado e reestruturação produtiva, o profissional deve, a partir de um referencial teórico crítico e embasado no seu Código de Ética, analisar a realidade e a conjuntura sócio-histórica, para que consiga desvendar os desafios e alternativas, viabilizando a construção de ações concretas de resistência em seu exercício profissional e em conjunto com os demais trabalhadores. Os desafios estão postos, mas as possibilidades de construção de ações voltadas ao cuidado em saúde e num aspecto mais amplo à emancipação dos sujeitos, com o vislumbre de uma nova sociedade livre de exploração, podem ser encontradas e materializadas.

CAPÍTULO 3 – O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UPAs DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

As reflexões realizadas no decorrer deste estudo indicam que o trabalho do assistente social na saúde é voltado para a compreensão dos determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença e na busca de respostas e estratégias político-institucionais para solucionar essas questões.

Particularizando o trabalho do assistente social na urgência e emergência, uma das portas de entrada dos usuários nos serviços de saúde, as especificidades do exercício profissional ganham amplitude em decorrência do caráter pontual, rotativo e imediato muitas vezes assumido por esses espaços sócio-ocupacionais.

Antes de apresentar os aspectos referentes as especificidades do trabalho do assistente social nas UPAs é importante trazer à tona quem são os sujeitos entrevistados, enfocando em especial o local de trabalho, tempo de atuação, participação em espaços coletivos e formação profissional. O Quadro 02 retrata este perfil.

QUADRO 02 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

| SUJEITO | U P A | TEMPO DE ATUAÇÃO | S E X O | GRADUA- ÇÃO | FORMAÇÃO CONTINUADA | PARTICIPA- ÇÃO EM ÓRGÃOS DA CATEGO- RIA | OUTROS ESPAÇOS DE PARTICIPA- ÇÃO COLETIVA |
|---------|-------------|------------------------|------------------|-----------------------|---|--|--|
| A | B | 07 anos | F | Anos 2000 UNIVERSO | - Pós Graduação Lato-Sensu em Instrumentalidade do Serviço Social - Cursos, palestras e capacitações | Não | Não |
| B | C | 01 ano | F | Anos 2000 UNIVERSO | - Pós Graduação Lato-Sensu em Instrumentalidade do Serviço Social - Pós Graduação em Saúde Mental - Cursos, palestras e capacitações | Não | Não |
| C | A | 03 meses | F | Anos 2000 UFJF | - Pós Graduação Lato-Sensu em Violência Doméstica - Residência em Serviço Social - | Não | Não |

| | | | | | | | |
|---|---|---------------|---|-----------------------|--|-----|----------------------------|
| | | | | | ESF - Cursos, palestras e capacitações | | |
| D | B | 01 ano e meio | F | Anos 2000 UNIVERSO | - Cursos, palestras e capacitações | Não | Não |
| E | A | 05 anos | F | Década 1980 UFJF | - Especialização em Serviço Social na Saúde - Cursos, palestras e capacitações | Não | Sim (Conselho de Saúde) |
| F | A | 07 meses | F | Década 1990 UFJF | - Pós Graduação Lato-Sensu em Instrumentalidade do Serviço Social - Cursos, palestras e capacitações | Não | Sim (Conselho de Saúde) |
| G | A | 03 meses | F | Anos 2000 UNIVERSO | - Especialização em Gestão de PSF - Especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio - Cursos, palestras e capacitações | Não | Sim (Conselho de Saúde) |

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação ao tempo de atuação nas UPAs, os dados revelam que das 07 profissionais entrevistadas, 03 estão trabalhando nas unidades atualmente, sendo 01 profissional em cada unidade. Das 03 profissionais que estão na ativa, somente 01 possui vínculo empregatício com a unidade desde a sua inauguração, tempo estimado de 07 anos. No entanto, esta profissional ficou afastada das atividades da UPA por período de 01 ano e meio, em virtude de Auxílio Maternidade e realização de ações em outro serviço gerenciado pela OS empregadora. Neste período (1 ano e meio) foi substituída por uma assistente social, a qual também foi entrevistada neste estudo. As outras 02 assistentes sociais que estão na ativa, uma trabalha há 01 ano e a outra há 03 meses. As demais entrevistadas, 03 assistentes sociais, exerceram a atividade profissional em uma mesma UPA em momentos distintos e períodos de tempos variados: 05 anos, 07 meses e 03 meses.

Esta variação entre os tempos de atuação tem correspondência com as dificuldades encontradas pelos profissionais de se fixar nas UPAs. A instabilidade advinda desta

dificuldade provoca rotatividade de profissionais, comprometendo o trabalho desenvolvido. O estabelecimento de vínculos com a equipe e a elaboração de projetos e estratégias de intervenção ficam fragilizados, na medida em que não há, por vezes, tempo hábil para a execução dessas propostas. Das três assistentes sociais que trabalharam em uma mesma UPA, uma se desligou do trabalho em virtude da finalização do contrato de gestão e as demais solicitaram suas demissões devido à baixa remuneração, após serem selecionadas em novos vínculos de trabalho.

A rotatividade está relacionada à política de recursos humanos das UPAs, que é definida de acordo com cada OS que administra os serviços. Além disso, também está associada aos contratos de gestão, que possuem períodos definidos de vigência, sendo necessária realização de aditivo de contrato para sua continuidade ou nova chamada pública para troca da administração. Essa situação gera demissões ocasionadas pelo rompimento de contratos de parceria público-privada, além de sensação de incertezas e inseguranças aos trabalhadores com relação a permanência dos vínculos de trabalho.

No que se refere ao vínculo empregatício, todas as entrevistadas foram contratadas seguindo as recomendações da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária semanal de 30 horas. Cada unidade conta com uma assistente social que trabalha 06 horas diurnas diariamente, de segunda à sexta-feira, ficando as demais horas e finais de semana descobertos da intervenção do Serviço Social.

Ponderando sobre a inserção no mercado de trabalho, duas profissionais que trabalharam nas UPAs informaram que na ocasião possuíam duplo vínculo de trabalho, sendo que uma exercia a atividade de vendedora e a outra trabalhava como assistente social em um serviço de saúde. Outra entrevistada também referiu que atuava como assistente social em outro espaço, uma ONG, porém tratava-se de uma ação voluntária⁵⁰.

No que tange a formação profissional, aspecto relevante para a intervenção, em virtude do aporte teórico ser o guia para a interpretação da realidade e para a orientação de condutas, as entrevistadas informaram ter se graduado em sistema presencial de ensino, sendo três em instituição pública federal e quatro em unidade de ensino privada. Observando os dados de

⁵⁰ Oportuno mencionar que as práticas voluntárias como assistente social podem fortalecer a desresponsabilização do Estado para com o social e a precarização das Políticas Sociais. Além disso, podem reatualizar práticas conservadoras que na gênese do Serviço Social estiverem presentes, como a benemerência e caridade, desvirtuando as propostas do Código de Ética vigente e do PEP construído hegemonicamente pela categoria profissional. Por não ser tema central da minha discussão, não aprofundarei o debate. Mas, para melhor compreensão do assunto, sugiro como leitura o Termo de Orientação do CRESS-ES (CRESS-ES, 2016).

conclusão dos cursos depreende-se que apenas uma assistente social não se formou a partir das Diretrizes Curriculares da ABEPSS. As Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social aprovadas em 1996, foram revistas em 1999 conformando as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, sendo o marco orientador da formação profissional (CRESS-MG, 2013). Essas Diretrizes reafirmam o Serviço Social enquanto produto histórico, como uma forma de especialização do trabalho coletivo, devendo a intervenção do assistente social pautar-se na defesa dos direitos sociais, ampliação da cidadania e construção da democracia. Cabe ressaltar, que o documento formulado pela ABEPSS foi aprovado pelo Ministério da Educação em 2001 com cortes e restrições. Por ser esse o documento oficial, exige-se das entidades de representação da categoria profissional debate constante pela via política da organização e da liderança intelectual direcionado à preservação e implantação do projeto original (IAMAMOTO, 2008).

Considerando que o Serviço Social é produto histórico, a apropriação do movimento real é essencial para que o profissional compreenda os fundamentos e particularidades da profissão, bem como as manifestações da questão social, objeto da intervenção do assistente social. Para tanto é necessário um arcabouço teórico-metodológico substancial que possibilite uma análise acurada e crítica da realidade. Assim, os processos de qualificação e capacitação são relevantes para a produção de reflexões e sistematizações sobre o cotidiano profissional.

Todas as entrevistadas informaram participar de cursos e capacitações realizadas pelas instituições empregadoras e/ou outras instituições. Dado relevante é que das 07 entrevistadas, 06 afiançaram possuir cursos de pós-graduação lato-sensu relacionados à saúde (Residência em Saúde da Família; Gestão do PSF e NASF; Especialização em Saúde Mental) e ao Serviço Social e/ou manifestações da questão social (Serviço Social em saúde; Política Social, Serviço Social e Supervisão de Estágio; Instrumentalidade do Serviço Social; Violência Doméstica). A busca constante pela qualificação profissional é fundamental posto que o aporte teórico possibilita ao profissional refletir sobre a realidade em que atua, fundamentando as escolhas realizadas e a construção de estratégias que possam ultrapassar o cumprimento de normas e execução de protocolos estabelecidos pelas instituições empregadoras e legislações. De acordo com Iamamoto (2010, p. 41):

O momento presente desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas.

Com relação à participação nos órgãos da categoria profissional, nenhuma das entrevistadas frequenta reuniões, comissões e/ou atividades sistemáticas desses órgãos. O envolvimento em outros espaços de participação coletiva também é escasso. Somente três profissionais que atuaram nas UPAs referiram que participaram do Conselho Regional de Saúde. Porém, quatro entrevistadas identificaram a Rede-Ouvir como espaços de participação coletiva.

As assistentes sociais das UPAs frequentam as reuniões da Rede-Ouvir, enquanto prerrogativa do cargo. A Rede-Ouvir compreende as ouvidorias dos serviços de saúde de Juiz de Fora e as ouvidorias de vinte e cinco cidades do entorno, conformando uma Ouvidoria Regional, tendo Juiz de Fora como a cidade sede e articuladora da rede⁵¹.

O reconhecimento das assistentes sociais de que a Rede-Ouvir é espaço de participação coletiva é legítimo, na medida em que a ouvidoria do SUS é um canal de comunicação entre usuários, órgãos e entidades, como espaço de cidadania; é um instrumento de gestão participativa; é unidade de intermediação do acesso aos serviços do SUS; é instrumento de disseminação de informação em saúde (BRASIL, 2014b). No entanto, as demandas apresentadas nas ouvidorias tendem a ser individualizadas, não havendo espaço de mobilização e debate para a problematização das questões apresentadas pelos e entre os usuários.

Sob esse ponto de vista, as ouvidorias não podem ser consideradas espaços efetivos de participação coletiva, embora assumam um papel importante de canalização das demandas dos usuários. As reuniões da Rede-Ouvir são espaços de articulação da rede e podem ser utilizadas como estratégia de identificação e reconhecimento da coletividade das demandas apresentadas individualmente, contribuindo para a gestão dos serviços. É necessário para tanto, que as demandas sejam problematizadas e contextualizadas, desvendando o caráter coletivo das manifestações, e que os dados ali trabalhados sejam extrapolados para outras instâncias, como os espaços conselhistas, que possuem caráter deliberativo frente as políticas públicas.

Mesmo com a ressalva com relação a possibilidade da Rede-Ouvir se constituir em um espaço de debate e construção de propostas coletivas, os dados revelam um quadro preocupante, tendo em vista a total ausência de participação em sindicatos, conselhos de

⁵¹Informações obtidas em <http://www.saude.mg.gov.br>.

direitos ou movimentos sociais. Iamamoto (2009b) alerta que o assistente social, no exercício profissional, encontra limites objetivos e subjetivos na realização dos preceitos do PEP, devendo extrapolar os espaços de trabalho na construção de alianças políticas com os demais trabalhadores, viabilizando o caminho para a defesa dos direitos e edificação de uma sociedade igualitária.

Alargar as possibilidades de condução do trabalho no horizonte daquele projeto exige estratégias político-institucionais que ampliem as bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com seguimentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos (IAMAMOTO, 2009b, p. 16).

A inserção em espaços de participação coletiva e a aliança política construída com outros trabalhadores é o que confere e fortalece a dimensão política do trabalho do assistente social, na condução de estratégias sociopolíticas e profissionais para somarem-se à luta mais ampla da classe trabalhadora (ALVES, 2010). A carência de atuação das assistentes sociais das UPAs nesses espaços pode comprometer o trabalho desenvolvido, na medida em que não possibilita articulação do trabalho com as lutas mais gerais da sociedade.

Mais do que uma mera apresentação do perfil das assistentes sociais entrevistadas, os aspectos relatados interferem e condicionam o trabalho do assistente social na urgência e emergência, em especial nas UPAs da cidade. Debater sobre as especificidades e determinações do trabalho do assistente social nesses espaços sócio-ocupacionais exige pensar sobre as principais demandas, competências e atribuições, instrumentos e estratégias. Ademais, outros aspectos da intervenção devem ser englobados, como autonomia, trabalho interdisciplinar e intersetorial, organização do trabalho, compreensão da política de saúde e dos serviços ofertados pelas UPAs. Trazer à tona estes elementos, provocando uma discussão sobre os mesmos, é o principal intento deste item do estudo.

3.1 – Especificidades e determinações do trabalho dos assistentes sociais nas UPAs

3.1.1 – Condições para a realização do trabalho: recursos materiais e autonomia profissional

Refletir sobre a atuação do assistente social nas UPAs implica reconhecer que a profissão se insere na divisão sócio técnica do trabalho, encontrando determinações concretas nos processos de trabalho em que se inscreve. As condições objetivas interferem e incidem na

ação do Serviço Social, sendo a sua problematização necessária para a compreensão do exercício profissional.

O assistente social, enquanto trabalhador assalariado, não possui domínio das condições objetivas e dos meios de trabalho presentes nos diferentes espaços sócio-ocupacionais (RAICHELIS, 2011). No entanto, possui um arcabouço jurídico-legal que lhe garante condições éticas e técnicas para a condução do trabalho. De acordo com a Resolução do CFESS N° 493/2006, em seu artigo 2º,

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

A – iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

B – recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;

C – ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;

D – espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado (CFESS, 2006).

Referenciando-se aos recursos materiais e objetivos do trabalho nas UPAs, as entrevistadas informaram possuir sala própria para efetivação dos atendimentos, equipamentos (computador, impressora, telefone) e arquivos privativos, de modo a garantir o sigilo profissional.

É uma sala; tem fechadura, tem janelas, tem boa circulação de ar, tem ventilador. Temos um arquivo privativo, onde a gente guarda todas as fichas de atendimentos, sigilosas, e onde a gente guarda outros documentos, também, do setor. Temos computador com acesso limitado à internet, temos impressora, cadeiras, mesa (AS 02).

Uma sala com estrutura bem adequada pro nosso trabalho. Com computador, telefone, tinha como fechar a porta para se fazer um atendimento social, garantindo sigilo (AS 04).

As condições para a realização do trabalho do assistente social nas UPAs parecem adequadas, atendendo às exigências éticas para a realização do exercício profissional. Viabilizam a garantia do sigilo, preocupação expressa nas entrevistas realizadas, que é um direito do profissional e que visa proteger o usuário em tudo aquilo que o assistente social tome conhecimento (CRESS-MG, 2013). A garantia do sigilo implica a existência de

condições de trabalho condignas e a inviolabilidade do local de trabalho e dos arquivos e documentação do assistente social.

De maneira geral as entrevistadas manifestaram que possuem autonomia na execução do trabalho. Contudo, uma revelou que se trata de autonomia relativa, posto que a instituição empregadora coloca limites à intervenção profissional.

Com relação ao trabalho do Serviço Social eu tinha autonomia para intervir, dentro dos limites que a instituição colocava pra gente. [...] Eu tinha autonomia relativa. Relacionada a intervenção do Serviço Social era total. Mas como eu já disse, era um profissional inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, então eu tinha a gestão enquanto limite, a gestão administrativa da unidade mesmo (AS 03).

A fala indica que as profissionais possuem relativa autonomia para a organização e condução das ações, tendo em vista os limites impostos pela gestão. O assistente social, segundo legislações da categoria, possui autonomia técnica na condução do exercício profissional, ou seja, responde ética e tecnicamente por suas ações, devendo definir à sua maneira a melhor forma de intervir nas demandas sob seus cuidados. A garantia da autonomia técnica é uma condição para o desenvolvimento do trabalho do assistente social em qualquer espaço sócio-ocupacional, porém a efetivação da autonomia profissional é relativa na medida em que pode oscilar entre retração e expansão.

Conforme assinalado por Iamamoto (2009), a autonomia do assistente social é sempre relativa, uma vez que para a realização do trabalho, o profissional se insere no mercado enquanto trabalhador assalariado, vivenciando as tensões e correlações de força e imposições das condições materiais e demandas por parte do empregador.

Ainda no tocante a autonomia profissional, uma das entrevistadas ponderou sobre a importância da análise institucional e do aporte teórico para a realização do trabalho.

A autonomia eu acho que depende muito do profissional, sabe? Se o profissional se fecha, ele fica limitado. Tudo tem a ver com a segurança do profissional: se ele tem um bom embasamento teórico. É importante que se tenha um bom embasamento teórico, mas é importante também que se tenha experiência. E a experiência te ajuda a identificar os pontos conflituosos, né? A análise institucional é importantíssima. As vezes, você conversa com um e conhece um pouquinho, conversa com outro, conversa um pouquinho, e ali você vai traçando, observando as pessoas e você sabe quem é quem. Você passa a conhecer os atores daquele lugar ali em que você está trabalhando. Então, isso é importantíssimo também para você ter segurança. [...] Ajudam a você montar ali uma estratégia de intervenção, ajudam. Mas o mais importante é a segurança profissional, o mais importante. Então, se é alguma coisa que você tem dúvida, então busca conhecimento, porque através da segurança da tua fala, da tua intervenção é que você vai conseguir firmar um campo de trabalho (AS 04).

Os argumentos exprimem a importância da segurança do profissional na condução do trabalho. Segurança materializada na combinação entre embasamento teórico e experiência, que auxiliam o profissional a traçar estratégias e firmar o campo de trabalho. As reflexões são relevantes, uma vez que fazem menção a articulação teoria e prática, evidenciando que a vivência profissional, associada ao aporte teórico, imprimem ao assistente social a segurança necessária para não desenvolver atividades limitadas, mas para utilizar da sua autonomia para conduzir estratégias de ações.

Além do aporte teórico, que se refere a dimensão teórico-metodológica da intervenção do assistente social, é necessário que o profissional também articule as dimensões ético-políticas e técnico-operativas para decifrar a realidade (conhecendo os usuários, a dinâmica institucional, as correlações de forças, demandas, determinações jurídico-legais das políticas sociais) e para construir as estratégias de intervenção condizentes com os interesses dos usuários (SANTOS 2002; IAMAMOTO, 2009a). A relativa autonomia do assistente social se apresenta como caminho para se imprimir uma direção social no exercício profissional, o que implica a necessidade de articulação das dimensões citadas. O caráter institucional coloca um relativo limite a ação profissional, através de definições de funções e condições de trabalho, apresentando exigências ao assistente social, que se tensionam aos rumos que o profissional pretende dar as ações. Na correlação de forças construídas no espaço sócio-ocupacional, o assistente social possui a sua relativa autonomia para tentar moldar e operar o exercício profissional de acordo com os objetivos e finalidades pretendidos.

Outro aspecto do trabalho relacionado a autonomia profissional diz respeito a chefia. Todas as entrevistadas relataram que possuem o gestor da unidade como chefia a se reportar, não havendo uma coordenação imediata do Serviço Social. Argumentaram que a chefia está relacionada a assuntos administrativos e trabalhistas, não interferindo nos aspectos técnicos da intervenção profissional. Conforme mencionado, o assistente social possui autonomia técnica para o exercício profissional, ou seja, possui amparo legal para responder ética e tecnicamente sobre as demandas específicas da profissão. Além disso, segundo o disposto na Lei de Regulamentação, em seu artigo 5º, constitui atribuição privativa do assistente social “dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas” (CRESS-MG, 2013). Assim, o trabalho realizado nas UPAs vem se desenvolvendo com base nas normativas da categoria profissional, no que se refere a autonomia e a chefia do Serviço Social.

3.1.2 – A atuação dos assistentes sociais nas UPAs

As distintas inserções do assistente social condicionam as condições em que se materializa a autonomia profissional, o trabalho concreto realizado e seus efeitos no processo de reprodução das relações sociais. Nos diferentes espaços sócio-ocupacionais o assistente social se insere em processos de trabalho e desenvolve competências e atribuições, a partir das necessidades dos usuários e requisições institucionais, com respaldo nas legislações que versam sobre o trabalho do Serviço Social (IAMAMOTO, 2009a).

Na área da saúde, o assistente social participa dos processos de trabalho nos diversos espaços como a Atenção Primária, serviços da média complexidade, unidades de urgência e emergência, dentre outros, que condicionam a intervenção profissional, por meio da correlação de forças, condições objetivas e exigências profissionais. Apesar de existirem particularidades nos espaços sócio-ocupacionais, o trabalho do Serviço Social na saúde guarda aspectos comuns. O assistente social na saúde possui como principal eixo de atuação o atendimento direto aos usuários, por meio de ações individuais e únicas, uma vez que não há garantias de novos encontros entre usuários e profissionais. Predominam ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, que são realizadas de maneira articulada no desenvolvimento do trabalho em saúde. Dentre essas ações, as socioassistenciais, que dizem respeito a orientações e encaminhamentos para inserção em benefícios e programas sociais, são as principais demandas dos assistentes sociais. Essas demandas devem ter uma direção socioeducativa, mobilizando a população a refletir sobre as condições de saúde e a lutar pela defesa dos direitos (CFESS, 2010).

A preponderância de ações socioassistenciais na intervenção profissional também se efetiva na urgência e emergência. Nestes espaços, segundo as entrevistadas, o trabalho do Serviço Social se realiza, especialmente por ações individuais, através de atendimentos espontâneos dos usuários, atendimentos das demandas de urgência (usuário sem documento e desacordado ou delirante; situações de violência e acidentes; situações graves com necessidade de transferência hospitalar imediata; atendimentos à população de rua) e atendimentos provenientes de demandas encaminhadas dos enfermeiros e demais membros da equipe. O assistente social também executa visitas aos leitos dos usuários, promovendo a busca ativa da demanda. Em todos esses atendimentos, o profissional procura identificar as necessidades dos usuários para esclarecer, informar e buscar soluções com usuários e familiares para as problemáticas apresentadas, desenvolvendo ações socioeducativas.

Visitas diárias onde eu passo em todos os leitos da unidade fazendo o acolhimento e as orientações aos usuários (AS 01).

Além das visitas, [...] das demandas espontâneas, das demandas de urgência, das demandas dos enfermeiros, tem essa questão da orientação social que é importantíssima. Então, o que acontecia, eu me antecipava, sabe? Antes deles procurarem o Serviço Social, quando eu fazia essas visitas na parte da manhã, eu já ia orientando (AS 04).

A busca ativa, realizada através das visitas ao leito, foi apontada como uma competência e atribuição do Serviço Social. Essa ação rompe com o tradicional trabalho do assistente social na urgência e emergência, em que permanecia aguardando a demanda, por atendimento espontâneo ou encaminhamento da equipe (VASCONCELOS, 2007). A busca ativa cria possibilidade de identificação de demandas para o Serviço Social, além de colocar a profissão à disposição dos usuários que utilizam o serviço, promovendo orientações e prestando informações.

As entrevistadas também mencionaram que possuem competência de liberar e acompanhar as visitas dos Setores Amarelo/Laranja (enfermaria) e Vermelho (CTI), nos quais os usuários permanecem por um período maior de observação aguardando transferência para unidade hospitalar.

A questão da visita, tanto do setor fechado, quanto da enfermaria, é do Serviço Social. A gente libera, acompanha, fica aquele período. Isso é uma frente de trabalho aqui (AS 07).

A responsabilidade de liberar e acompanhar as visitas dos familiares aos usuários em observação nas UPAs, mesmo sendo uma ação burocrática, apresenta a possibilidade ao assistente social de se aproximar das condições de vida dos usuários, a partir de informações trazidas pelos familiares, subsidiando as orientações e encaminhamentos. A importância desses encontros se apresenta na fala de uma das entrevistadas, quando refere que nos momentos das visitas esclarece dúvidas aos familiares e usuários:

Nessa visita eu prestava assistência aos familiares. O paciente que estava lúcido, orientado, a gente até conversava. Mas, na maioria das vezes, eles estavam num estado bem grave mesmo, intubado e tudo. Então, eu prestava assistência aos familiares e eram diversas dúvidas: em relação a transferência; em relação a vaga; se o caso do paciente caberia Mandado Judicial ou não. Era nesse momento que eu esclarecia as dúvidas e passava as informações para os familiares (AS 04).

Embora a liberação e acompanhamento das visitas não se constituam atribuições privativas do Serviço Social guardam relevância por permitirem momentos com familiares e usuários quando os profissionais socializam informações sobre os atendimentos realizados nas UPAs, normas e rotinas da unidade, rede de atendimento, benefícios e direitos. Segundo Iamamoto e Carvalho (2005, p. 80), o encontro direto com o usuário, e aqui também incluo com os familiares, é relevante, pois “[...] reforça certo espaço para a atuação técnica, abrindo possibilidade de se reorientar a forma de intervenção”.

Nesses atendimentos e encontros com usuários e familiares, as principais orientações realizadas pelo Serviço Social nas UPAs dizem respeito ao processo de transferência, com consequente judicialização da demanda.

Demanda muito a questão referente a problemas de transferência. Porque hoje o município não tem uma vasta rede para absorver todos. Então, alguns usuários ficam mais tempo esperando a sua vaga no hospital (AS 02).

Acho que Mandando de Segurança era uma das principais demandas. Porque como chegava paciente lá aguardando transferência, a gente ia assegurar o direito dele (AS 05).

Os relatos apontam a deficiência da rede de urgência e emergência municipal no tocante ao processo de transferência para unidade hospitalar, uma vez que os usuários precisam aguardar a vaga, sendo necessário acionar a justiça para garantir o acesso ao direito a saúde. O processo de judicialização na saúde resulta das alterações provocadas pela contrarreforma do Estado, que produziu políticas sociais com caráter compensatório, focalizado e fragmentado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Na saúde, os impactos da contrarreforma se fizeram pelo fortalecimento do projeto privatista (BRAVO, 2006). Em particular na urgência e emergência, em virtude das deficiências do SUS, o usuário tende a enfrentar a fila para o primeiro atendimento e, uma nova espera, quando necessita de transferência para unidade hospitalar (PERES et al, 2015). São nessas lacunas da Política de Saúde, geradas pela não implantação efetiva do SUS, que o assistente social vem sendo requisitado a intervir (COSTA, 2000). Nessa direção, os usuários das UPAs de Juiz de Fora encontram no Serviço Social a possibilidade de orientações para a garantia e efetivação do direito ao acesso a saúde.

As entrevistadas esclareceram que nos momentos das visitas dos familiares e nos atendimentos diretos aos usuários também proferem orientações e encaminhamentos

referentes a questões trabalhistas; previdenciárias; assistenciais; orientações e encaminhamentos sobre o Programa Bolsa Família; demandas relacionadas à saúde mental; violência; situações relacionadas à população de rua.

Orientação, principalmente, com relação a questão do trabalho, quando o paciente estava ali aguardando atendimento e tinha que buscar as questões previdenciárias (AS 01).

Os encaminhamentos, a gente tinha demanda, também, de criança vítima de violência. A gente acionava o Conselho, fazia os encaminhamentos necessários (AS 05).

A gente aqui faz muita orientação de CAT, de abrir CAT, de DPVAT, de acidente de trabalho, de cópia de prontuário [...] E o atendimento mesmo ao usuário que fica aqui na porta, o tempo todo. As vezes, pedindo orientação de Bolsa Família, de guarda de criança, vem muito também. [...] Também chega muita questão de morador de rua aqui na unidade, vem muito essa demanda para o Serviço Social (AS 06).

Dependência química. A família querendo saber o que fazer, querendo orientação. E violência tem acontecido, também, casos de violência em que vem o familiar pedir orientação, solicitar informação de como fazer encaminhamento, isso tem acontecido (AS 07).

Nos relatos fica evidente que as demandas que chegam na urgência e emergência dizem respeito a situações que fazem parte do cotidiano da vida, como doenças, acidentes e casos de violências (KONDER, 2013). O assistente social é requisitado a atuar nessas manifestações da questão social, assumindo papel relevante uma vez que escuta a demanda, orienta e encaminha os sujeitos, sendo um facilitador do alívio do sofrimento apresentado, através da efetivação dos direitos, por meio do acesso dos usuários aos serviços, programas, projetos e benefícios.

A questão do direito foi bastante referida pelas entrevistadas, demonstrando o papel significativo que o assistente social assume frente às demandas dos usuários.

Então, eles procuram o Serviço Social como forma de esclarecer os seus direitos, né? Para estar esclarecendo algum tipo de, é, para estar orientando algum tipo de conduta para essas questões. [...] Porque o usuário, as vezes, não traz em si, mas a gente consegue identificar a partir da entrevista (AS 02).

A orientação dos indivíduos no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa dos seus direitos, através da socialização de informações, constitui competência do assistente social, impressa na Lei de Regulamentação da Profissão.

Além disso, a busca pela ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantia dos direitos civis, sociais e políticos; e o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que efetive universalidade de acesso aos bens e serviços, são princípios orientadores da intervenção do assistente social asseverados no Código de Ética (CRESS-MG, 2013). Assim, o acesso e ampliação aos direitos fazem parte do compromisso com o usuário expresso no PEP, conformando ações importantes da intervenção profissional, que perpassam a defesa dos direitos em sua expressão legal e em sua realidade efetiva.

Portanto, colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando sua efetivação social. Essa é uma das frentes de luta que move os assistentes sociais na microações cotidianas que compõem o seu trabalho (IAMAMOTO, 2010, p. 78).

No trabalho realizado nas UPAs esse compromisso é referenciado pelas entrevistadas ao sinalizarem as orientações e encaminhamentos direcionados aos aspectos que envolvem o direito e ao indicarem a importância de descortinar as demandas apresentadas, de modo a compreender as questões que se encontram ocultas. O assistente social deve buscar entender para além das questões trazidas pelos usuários, procurando encontrar as outras determinações do processo saúde/doença e das solicitações apresentadas (RAMOS, 2013).

Os encaminhamentos e orientações sociais, direcionados a efetivação dos direitos e acesso aos bens e serviços, surgiram como competências e atribuições, provenientes de demandas dos usuários e dos profissionais da equipe, mas também foram indicados como objetivos do trabalho do assistente social nas UPAs, reforçando o mérito dessa ação profissional.

Eu entendo que o objetivo do meu trabalho era chegar até o usuário e apresentar pra ele todo o papel do próprio serviço. Até onde a gente poderia estar ofertando e esclarecendo pra ele qual era o objetivo do serviço, para que ele pudesse ser atendido e ser direcionado para outras demandas (AS 01).

Eu acho, eu tenho certeza, era acessar o usuário aos direitos dele de forma concreta e eficaz (AS 03).

Então, eu observo, eu tive dificuldade desse entendimento, também, no início, até por nunca ter atuado na urgência. Porque aqui, o que acontece, a grande maioria sai. Você pisca o olho, você já não tem mais aquele vínculo. Então, eu vejo que o trabalho do Serviço Social é tentar orientar o máximo aquele usuário para que ele não vire um pingue-pongue na rede (AS 06).

O conteúdo expresso nas entrevistas afirma a condução do trabalho na perspectiva do direito, o que é de suma importância em tempos de neoliberalismo, de fragmentação e sucateamento das políticas sociais.

Associado às discussões sobre as orientações e encaminhamentos, as considerações feitas pelas entrevistadas foram desenhando um quadro indicativo de que na urgência e emergência a rotatividade do fluxo de atendimento dificulta o estabelecimento de vínculos com os usuários. Essa situação exige que o profissional esclareça o usuário sobre o fluxo de atendimentos da rede, encaminhando-os aos serviços que envolvem seu processo de recuperação e tratamento.

Muita questão referente à parte assistencial, onde a gente se reporta ao CRAS, ao CREAS, tem muita situação assim (AS 02).

E no atendimento social detectava ali as questões sociais e dali eu fazia contato com a rede sócio assistencial. [...] A princípio, quando havia uma demanda social onde eu tinha que acionar a rede, eu fazia primeiro esse contato telefônico, após o atendimento ou ali mesmo na presença do usuário, dependendo do que tinha que passar e orientação do serviço a seguir. Eu fazia esse contato telefônico e depois eu fazia um encaminhamento. Eu fazia um encaminhamento, passava ali telefone, endereço. As vezes o usuário saía dali já com agendamento para acolhimento no serviço (AS 04).

As falas indicam o acionamento da rede para o atendimento das necessidades dos usuários e a preocupação com a qualidade do encaminhamento, referenciando o usuário ao serviço, por meio de contato telefônico e documento escrito. O objetivo é auxiliar e fortalecer o usuário para que seja participante do seu processo saúde/doença e não fique perdido na rede de atendimento.

A relação com a rede se efetiva por iniciativas de reuniões organizadas pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), em que se são promovidos debates entre membros dos serviços que compõem a rede de atendimento, estabelecendo uma articulação entre os serviços.

Reunião hoje que eu participo é a do CRAS. A gente tem uma reunião mensal [...].O Conselho Tutelar também participa. Então, é bem interessante, porque a gente recebe muita demanda, dá retorno de demandas (AS 06).

Não sei agora, mas nesse período que eu fiquei lá [...] a gente tinha uma parceria muito boa com o CRAS. A gente fazia sempre reuniões de rede, onde participava também a assistente social da UAPS [...]; tinha participação, eu acho, que da Polícia, um representante da Polícia Militar. E a gente conseguia fazer, né, uma rastreamento daquelas situações mais pontuais que, as vezes, todo mundo conhecia. Aquela

família ou aquele paciente, e a gente conseguia resolver ou buscar alternativas para melhor atender a comunidade de maneira geral (AS 05).

As colocações demonstram a articulação da rede no estabelecimento de diálogo entre os diferentes serviços para a construção de alternativas e estratégias para atender as necessidades de famílias e usuários. Essas iniciativas contribuem para a integralidade das ações da urgência e emergência, uma vez que possibilitam a análise de aspectos globais que envolvem os sujeitos atendidos e afetam o processo saúde/doença. Esses espaços de diálogo entre os serviços se fazem relevantes também quando se considera que a rede apresenta problemas que, diversas vezes, obstaculizam o trabalho do assistente social, como a falta de leitos para internação, fragilidades da APS, fragmentação das políticas, inexistência de serviços.

As deficiências na rede de atendimento se apresentam como desafio à realização do trabalho do assistente social.

A grande situação era realmente a saída desse paciente da unidade de urgência e emergência, quando ele realmente precisava de um serviço de referência melhor. Essa era a grande situação (AS 01).

Os desafios eles ultrapassavam as paredes da UPA. Era uma questão de gestão maior. Era uma organização do serviço de urgência no município. O serviço de urgência, o serviço de atenção primário, o serviço de saúde de uma forma geral (AS 03).

O próprio trabalho com a rede era um desafio, porque muitas vezes a gente não tinha para onde encaminhar o paciente. Acho que isso era um dos principais desafios: você reconhecer a demanda e não conseguir direcionar, porque a gente tem uma política muito fragmentada em relação a várias coisas (AS 05).

Os relatos expõem claramente as fragilidades da rede de atendimento em absorver as demandas dos usuários e reforçam a importância das orientações proferidas acerca da viabilização dos direitos. As deficiências apresentadas, fragmentação e sucateamento das políticas sociais, são reflexo das propostas neoliberais que criam obstáculos aos profissionais para garantirem acesso dos usuários aos serviços (BHERING; BOSCHETTI, 2007).

Ainda sobre os serviços da rede, as profissionais teceram ponderações relevantes sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde, demonstrando haver um jogo de interesses para o aceite de vagas para internação na rede de atendimento.

Agora era duro quando você via uma pessoa que tinha que sair dali, agora, pra poder manter a vida dele e, às vezes, não conseguia por uma negativa de vaga. E por mais que a gente saiba que existem poucas vagas, a gente sabe que muitas vagas existem (AS 01).

Ela funciona. Tem a Central de Vagas, mas como tudo, é um jogo de interesses, também. Eu tenho notado, assim, alguns casos são interessantes e são também puxados rapidamente, não só pela gravidade, isso que eu noto (AS 07).

As considerações realizadas pela AS 01 no que diz respeito a transferência hospitalar merece destaque. A afirmativa de que “por mais que a gente saiba que existem poucas vagas, a gente sabe que muitas vagas existem” revela que o sistema é falho. Contudo, implicitamente, a entrevistada deixa a entender que existem possibilidades de acesso no sistema de saúde. Os argumentos trazidos pela AS 07 caminham na mesma direção, ao informar que existe um ganho, uma vantagem, por trás da liberação de vagas de hospitalização. A lógica mercantil que atinge a saúde envolve os atendimentos pela possibilidade de se afirmarem como fonte de lucratividade (SOARES, 2013). Aqueles procedimentos que envolvem possibilidade de retorno financeiro tendem a ser privilegiados pelos hospitais quando aceitam a liberação da vaga para internação do usuário. Nesse jogo de interesses, o direito ao acesso a saúde fica a mercê do mercado e da probabilidade do seu sintoma se apresentar como lucrativo aos interesses dos complexos hospitalares. Essas questões devem ser problematizadas nas reuniões da rede e nos Conselhos de Saúde, visando a garantia dos preceitos do SUS e a viabilização dos tratamentos adequados aos usuários.

A articulação em rede dos serviços, assim como dos profissionais, dentro e fora do local de trabalho, são essenciais para o êxito das ações e condutas (MATOS, 2013). Considerando que as necessidades de saúde dos usuários são multi determinadas, nenhum profissional isolado pode realizar a totalidade das ações, devendo o trabalho ser desenvolvido pelas diferentes profissões e seus saberes (MOURÃO; SOUZA, 2002).

Ao tratar do trabalho em equipe, as entrevistadas identificaram espaços ou estratégias que configuram o encontro com os demais profissionais, sobretudo enfermeiros e médicos. Assim, apontaram os encaminhamentos das demandas e o fácil acesso aos outros profissionais como indicativos do multiprofissional.

A gente atuava muito junto a Enfermagem, uma ponte, assim, muito interessante, porque a Enfermagem também levava demandas para o Serviço Social. [...] Os próprios médicos, também, tinham as demandas. Eles atendiam as consultas nos consultórios, identificavam ali uma demanda social e encaminhava pra mim. E ali eu fazia o atendimento social (AS 04).

Eu tenho um acesso fácil aos médicos, eu tenho um acesso fácil à equipe de Enfermagem, a gente consegue essa troca (AS 07).

Os argumentos apresentados pela AS 07 indicam certa horizontalidade na troca de saberes, na medida em que é identificada facilidade na relação com os médicos e enfermeiros, caminhando para a construção de um diálogo entre os profissionais. De acordo com Merhy (1998), todos os trabalhadores da saúde fazem clínica, pois esta não se restringe ao diagnóstico e prognóstico, mas ao processo de produção de relações partilhadas entre usuários e trabalhadores. Portanto, o coletivo multiprofissional deve interagir saberes e fazeres para o atendimento das demandas dos usuários, construindo um trabalho interdisciplinar.

A Triagem foi lembrada pela AS 06 como um momento importante do trabalho em conjunto.

Olha, eu tenho um vínculo muito grande com a Triagem. Hoje a gente trabalha bem em conjunto (AS 06).

A relação de proximidade do Serviço Social com a equipe de Triagem, ou Classificação de Risco, é de extrema relevância, visto que o Protocolo de Manchester não consegue captar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais que envolvem a demanda apresentada. O trabalho conjunto com a Enfermagem, que é responsável tecnicamente pela aplicação do Protocolo, abre possibilidades para a realização do acolhimento com classificação de risco, privilegiando o diálogo e a construção de redes internas e externas, por meio dos encaminhamentos, direcionadas ao atendimento das necessidades dos usuários (BRASIL, 2009b).

A ações em equipe desenvolvidas nas UPAs foram referidas ainda na realização de diferentes reuniões com as equipes de trabalho, constituindo-se também em espaços de trocas de conhecimentos.

Uma vez por semana nós tínhamos uma reunião administrativa pra poder ordenar os serviços, ver o que estava pendente. Uma vez por mês a gente tinha a reunião do Grupo Gestor, onde a gente teria todos os suportes e estaria apresentando todos os serviços (AS 01).

Reunião realizada mensalmente entre os membros da UPA (gerência, assistente administrativo, RT de Enfermagem), junto com a Subsecretaria de Urgência e Emergência e o Conselho de Saúde. E o Serviço Social participa dessas reuniões do Grupo Gestor (AS 02).

Os espaços sinalizados indicam duas instâncias de discussão e tomadas de decisão. Uma de cunho mais administrativo, envolvendo debates sobre a organização dos serviços. Essas reuniões são relevantes para o trabalho realizado na perspectiva do cuidado em saúde, pois possibilitam trocas entre os diferentes profissionais e a gestão podendo estabelecer práticas voltadas aos interesses dos usuários, na medida em que permitem pensar os fluxos de trabalho e ações desenvolvidas nas unidades.

As reuniões do Grupo Gestor, outra instância de discussão, caracterizam-se como momentos de interlocução entre representantes das UPAs, da Subsecretaria de Urgência e Emergência e do Controle Social (Conselho de Saúde), para a apresentação de dados dos atendimentos realizados nas UPAs. As reuniões do Grupo Gestor estão previstas nos editais de chamada pública como espaços de acompanhamento, pela Secretaria de Saúde, dos indicadores - qualitativos e quantitativos -, estabelecidos no contrato de gestão (JUIZ DE FORA, 2012; 2016b; 2016c).

Mesmo com o fluxo intenso de atendimentos, que é característico da urgência e emergência, as equipes das UPAs de Juiz de Fora têm conseguido realizar ações que caminham na direção da construção do trabalho interdisciplinar. As assertivas proferidas pelas entrevistadas indicam que existe um esforço das equipes em criar espaços de encontro, conversas, debates e trocas. O trabalho desenvolvido caminha na contramão do apontado por Mattos (2012) em seu estudo sobre o trabalho do assistente social em UPAs. A autora sinaliza que os encontros entre os profissionais e a realização de reuniões são tidos como raros, o que não foi referido pelas assistentes sociais entrevistadas.

As estratégias direcionadas ao trabalho em equipe, as reuniões de equipe e administrativas, as ações de articulação da rede por meio das reuniões e os atendimentos nos leitos (abordagem social por meio de busca-ativa) sinalizam que as assistentes sociais das UPAs de Juiz de Fora estão ultrapassando as ações tradicionalmente desenvolvidas na urgência e emergência. Os estudos de Vasconcelos (2006), Mattos (2012) e Ramos (2013) indicam que o trabalho do assistente social na saúde, em sua particularidade na urgência e emergência, se realiza, geralmente, em plantões, que se caracterizam pela atividade receptora de demandas da unidade/usuário, em espaço físico determinado, com desenvolvimento de ações isoladas e imediatas. As ações desenvolvidas pelas entrevistadas ultrapassam essas características, desenvolvendo um atendimento pautado na garantia dos direitos dos usuários e se esforçando para a concretização de ações que caminhem na direção da interdisciplinaridade e intersetorialidade. A chave explicativa parece estar localizada na forma de contratação das

assistentes sociais, que ao não ser efetivada por plantões, possibilita a interação do Serviço Social com a equipe.

No trabalho em equipe na saúde, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos aspectos que interferem no processo saúde/doença dos usuários e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações. Portanto, na realização do trabalho coletivo é necessário que o assistente social esclareça suas competências e atribuições, visando evitar requisições equivocadas por parte dos demais profissionais (CFESS, 2010).

E foi nesta direção que uma entrevistada salientou a importância de se utilizar dos espaços de ação interdisciplinar para esclarecer o papel da atuação do assistente social.

Tem muitas demandas para o Serviço Social nas UPAs, mas é necessário que os profissionais de outras categoriais conheçam o trabalho do Serviço Social, até para poder encaminhar, entendeu? Porque, as vezes, ali tem um médico que não tem essa visão em geral e percebe-se que tem uma questão social ali. Identifica a questão social, mas, ainda sim, não encaminha pro Serviço Social. [...] Então, eu acho importante até que haja, essa, que fique claro para as UPAs: qual o trabalho do assistente social. Eu acho necessário que se fale isso numa reunião multiprofissional, interdisciplinar (AS 04).

Os argumentos exprimem que, apesar das ações de interlocução entre os profissionais da equipe, há o desconhecimento por parte dos demais trabalhadores da saúde sobre o papel do assistente social no processo de cuidado, trazendo rebatimentos para as demandas encaminhadas ao Serviço Social. Essa constatação demarca a importância do profissional utilizar os espaços coletivos com a equipe para promover os esclarecimentos sobre a profissão.

Outra questão apresentada, também relacionada à falta de conhecimento dos profissionais da equipe sobre o trabalho do assistente social, foi a existência de questionamentos acerca das ações realizadas, trazendo impactos para a autonomia profissional.

Então, eu vejo que perante profissionais aqui da unidade eles tentam podar, tentam no sentido de verificar assim: “Mas você fez isso? Por quê? Porque não me passou? Isso não é demanda sua” (AS 06).

O conteúdo retratado reflete o desconhecimento dos profissionais sobre as intervenções do assistente social naquele espaço sócio-ocupacional, havendo uma tentativa de

interferência na sua autonomia técnica. Esse desconhecimento pode tolir a ação do assistente social, além de produzir encaminhamentos e demandas equivocadas à profissão.

A falta de compreensão sobre o Serviço Social por parte da equipe de trabalho foi apontada como um desafio do exercício profissional, na medida em que exige do assistente social um esforço constante de demonstrar para a equipe o seu papel na urgência e emergência.

Era importante não só apresentar quem era o assistente social, mas para que ele estava ali (AS 01).

O desafio maior é lidar com esse desconhecimento em relação ao trabalho do assistente social. [...] São poucos os profissionais que tem isso claramente. [...] Porque, a partir do momento que eles têm isso com clareza, qual o papel do assistente social nas UPAs, fica mais fácil para eles também, até para repassarem para nós as demandas sociais (AS 04).

Eu acho que o principal desafio que eu vejo, aí já misturando um pouco do meu trabalho anterior, que eu vejo que continua e vai ser em qualquer lugar, é o Serviço Social conseguir ser uma profissão sem a pessoa visualizar que é uma profissão de ajuda. É no sentido de achar que a gente está aqui porque é “moça boa”. Serviço Social não faz caridade? Não faz ação social? Você sempre tem que estar mostrando, principalmente, para os técnicos de enfermagem, o que não é papel do Serviço Social (AS 06).

O desafio consiste em afirmar para a equipe o papel do Serviço Social nas UPAs, colocando para os demais profissionais da saúde o real significado da profissão e a sua contribuição para o cuidado em saúde. Cabe ressaltar que o objetivo do Serviço Social na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais e pela busca de alternativas para o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2010). Esse entendimento foi manifesto pelas entrevistadas ao referirem sobre os objetivos do trabalho na urgência e emergência, conforme indicado anteriormente.

O desconhecimento ou a visão equivocada da equipe sobre o papel do assistente social pode gerar demandas que remetam a questões religiosas, de caridade e benemerência, estando pautadas na lógica do favor, a qual imprimiu direcionamento às ações da profissão em sua gênese. De acordo com o documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”, a falta de esclarecimentos por parte das equipes e empregadores sobre o Serviço Social têm gerado demandas equivocadas e/ou que não se referem a atribuições da profissão (CFESS, 2010). Sobre essa assertiva, uma entrevistada ponderou sobre as demandas

encaminhadas ao Serviço Social das UPAs, cabendo ao profissional trabalhar junto à equipe sobre essas requisições.

Muitas pessoas ficam abandonadas aqui na unidade, entendeu? Então, a gente tem essa dificuldade, também. Aí os profissionais daqui acham que o Serviço Social tem que resolver. Tem sempre que estar explicando o papel do Serviço Social. Não quer dizer que a gente não possa fazer um trabalho, ter roupas e tudo, mas não é o meu trabalho. Isso tudo, também, tem que estar sempre focando aqui. Porque eles acham que comida, dinheiro e roupa são aqui (AS 06).

Desta fala duas questões despontam: uma refere-se à vinculação do Serviço Social à ajuda e assistencialismo e, a outra, a noção de que a profissão é responsável, exclusivamente, por responder e resolver questões que impactam no processo saúde/doença dos usuários e que se relacionam às condições sócio-históricas e estruturais do capital.

As condições de vida da população usuária – como por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social. [...] Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais no capitalismo (MATOS, 2013, p. 65).

As demandas que chegam ao Serviço Social referem-se às condições reais de vida da população usuária e, muitas vezes, expressam-se em situações urgentes (como abrigo, alimentação, roupas etc.). Essas questões fazem parte do hall de ações socioassistenciais do trabalho do assistente social na saúde (CFESS, 2010) e carecem de respostas imediatas por envolverem necessidades de sobrevivência. No entanto, não devem ser a tônica do trabalho e devem ser respondidas de maneira interdisciplinar e intersetorial e pautadas na perspectiva do direito. O acesso aos direitos e serviços não encerram a problemática, devendo, portanto, ter como horizonte ações articuladas ao caráter humano-genérico do projeto profissional.

Nessa perspectiva, o assistente social precisa dialogar com a equipe sobre suas competências e atribuições, distanciando-se de práticas ligadas à ajuda e caridade. Além disso, deve reforçar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que interferem no processo saúde/doença, sinalizando para necessidade de envolvimento do conjunto de profissionais para a mobilização de recursos ao enfrentamento dessas questões, não perdendo de vista as demandas dos usuários. Para tanto, o profissional que tenha como norte o PEP, deve desenvolver ações que visem a efetivação do direito, articulando os princípios do projeto

profissional aos da Reforma Sanitária. É a partir da referência a estes dois projetos que o assistente social pode dar respostas qualificadas às necessidades dos usuários (BRAVO; MATOS, 2006).

Ainda no que se refere às requisições da equipe e da instituição dirigidas ao Serviço Social, as entrevistadas trouxeram à tona o papel mediador da profissão no alívio de tensões no espaço institucional. De acordo com Vasconcelos (2007, p.32),

O assistente social conta com o reconhecimento das direções e representantes das instituições que tem nele o profissional perfeito para que o movimento cotidiano das unidades que dirigem se desenrole sem conflitos, na medida que tudo que atrapalha seu “bom funcionamento” rebate e é absorvido pelos plantões do Serviço Social, onde o assistente social ouve, apoia, orienta, aconselha e/ou encaminha, livrando as instituições de possíveis problemas e conflitos (VASCONCELOS, 2007, p. 32).

Essa demanda, direcionada a manutenção da ordem e harmonia do espaço de trabalho, surgiu em alguns relatos.

Uma questão que, às vezes, era complicada, que tinha, que eles entendiam, que quando eu entrei lá, o papel do Serviço Social era conter a população. Ou seja, que a população fosse atendida e estivesse sempre satisfeita. Então, o tempo de espera das unidades era uma situação que eles sempre reportavam a questão para o Serviço Social (AS 01).

Igual teve a questão do cigarro. Tem muito problema aqui na instituição a questão do cigarro, do tabaco. Aqui, o perfil do usuário é de pacientes que fazem uso de drogas, uso de bebida.[...] E a instituição sempre chama o Serviço Social pra ir lá para dar uma advertência, para até dar alta para a pessoa, no sentido de que não pode fumar. Então, é uma grande dificuldade que eu passo aqui, também, a questão do cigarro. Porque aí eu tenho que sempre que ficar me reportando a lei, ficar argumentado para ele entender que não é assim (AS 06).

As ponderações salientam a necessidade de manter a ordem no serviço e, mais do que isso, de conter e advertir a população usuária. As demandas apresentadas apontam a tendência de intervenções de controle e culpabilização do usuário, as quais devem ser combatidas pelos assistentes sociais, de acordo com os preceitos éticos que regem a profissão. Expressam a necessidade de ação punitiva e de controle por parte do profissional, fazendo referência a práticas conservadoras⁵², comuns aos primórdios do Serviço Social.

A entrevistada 06 apresentou em suas argumentações uma estratégia de enfrentamento às demandas equivocadas, na medida em que informou utilizar-se do aparato normativo para

⁵²São consideradas práticas conservadoras aquelas ações que rompem com os preceitos do PEP, os quais carregam uma perspectiva crítica. Ver: BARROCO, 2008.

justificar ao profissional, que promoveu as requisições, o erro das mesmas, fortalecendo os direitos dos usuários⁵³. Pautando-se nas legislações, não assumiu demandas que, de alguma forma, cerceiam a população usuária, exprimindo seu compromisso ético-político.

As requisições equivocadas e conservadoras direcionadas ao Serviço Social pela equipe e/ou pelos empregadores devem ser recusadas e enfrentadas a partir de esclarecimentos sobre a profissão e sobre as legislações que fundamentam os direitos dos usuários. A sensibilização da equipe sobre o papel do assistente social é uma estratégia de fortalecimento da categoria no espaço de trabalho, que no âmbito da saúde perpassa a sua colaboração no desvendamento dos diferentes aspectos que interferem no processo saúde/doença dos sujeitos. Esse movimento de sensibilização da equipe auxilia na identificação e encaminhamentos de demandas adequadas ao Serviço Social, além de possibilitar o reconhecimento da importância do assistente social no trabalho coletivo em saúde, podendo impactar a gestão pela necessidade de ampliação do quadro de funcionários de Serviço Social.

Outra demanda institucional apresentada, que conforma uma competência do assistente social nas UPAs, foi a participação nos Grupos de Trabalhos de Humanização (GTH). O GTH faz parte da Política Nacional de Humanização e deve ser desenvolvido sob uma perspectiva ampliada de humanização, permitindo a análise dos determinantes sociais do processo saúde/doença, das condições de trabalho e dos modelos assistencial e de gestão (CFESS, 2010).

No GTH, Grupo de Trabalho de Humanização, por exemplo, a gente era presidente. Então, a gente coordenava os trabalhos, as reuniões, para minimizar os problemas dos pacientes e dos familiares. [...] A gente fez, também, um vídeo institucional apresentando ali as demandas da urgência e emergência, da UPA. Um vídeo bem informativo para os pacientes. Mais para os familiares e usuários que iam fazer consulta. Então, a TV ficava fixada lá na sala de espera e quando o paciente ficava lá aguardando a consulta, ele ficava ali participando dessa programação institucional (AS 04).

A entrevistada referiu que os trabalhos realizados no GTH produziram material socioeducativo voltado para as demandas da urgência e emergência, visando orientar usuários

⁵³A entrevistada pauta-se nas legislações referentes à proibição do uso do tabaco em locais públicos e fechados, que apresentam exceção (Decreto nº 8262 de 31 de maio de 2014) para as instituições de tratamento de saúde, em que o usuário pode ser autorizado a fumar pelo médico que o assiste. Para aprofundar o debate sobre a proibição de substâncias fumígenas, derivadas ou não do tabaco, sugiro a leitura das seguintes legislações: Lei 12546 de 14 de dezembro de 2014, a Lei Anti Fumo; Decreto 8262 de 31 de maio de 2014, que altera legislações referentes ao uso e comercialização de produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

e familiares sobre os serviços da unidade. A educação em saúde visa a capacitação dos indivíduos, a partir da reflexão entre saberes, para que possam enfrentar os seus problemas (GUEDES, 2010). Suas ações não devem se restringir ao mero repasse de informações e/ou esclarecimentos, mas devem promover a elaboração e divulgação de materiais socioeducativos (folhetos, cartilhas, vídeos) que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços ofertados, socializar informações e potencializar ações socioeducativas em atendimentos individuais e em salas de espera; sensibilizar os usuários acerca dos seus direitos (CFESS, 2010).

Outra assistente social também relacionou ações de educação em saúde com as atividades do GTH.

Eu fazia parte do Grupo de Humanização. Nesse Grupo de Humanização entrava o serviço de sala de espera, que seria uma humanização frente os usuários. [...] Salas de espera em que a gente pudesse estar falando sobre os problemas momentâneos, específicos, por exemplo: a questão da necessidade do cuidado da população com a questão da dengue; a importância da conscientização da população com relação a situações do dia-a-dia, do cuidado na prevenção de doenças sérias (AS 01).

A sala de espera se configura como espaço de socialização de informações, trabalhando aspectos de prevenção e promoção da saúde. Embora não tenha sido sinalizado, considerando que as salas de espera são espaços coletivos relevantes de construção de ações de educação em saúde, promovendo o diálogo com os usuários, o assistente social deve utilizar dessas ações para privilegiar a discussão de temáticas que estejam relacionadas diretamente à matéria da profissão, ou seja, que envolvam os aspectos sociais do processo saúde/doença, a socialização de informações de direitos sociais e serviços da rede.

Uma questão mencionada pela entrevistada AS 04 e que merece ser analisada é a função de coordenação do GTH exercida pelas assistentes sociais. O Serviço Social nas UPAs possuem a competência de participar do Grupo de Trabalho de Humanização, a partir da demanda institucional de criação desses espaços, de acordo com as metas qualitativas do contrato de gestão. Em algumas unidades o profissional assume a função de presidente desse Grupo, inserindo o Serviço Social nos cargos de coordenação de atividades.

Cabe indagar porque o assistente social é chamado a coordenar esses espaços do GTH. De acordo com Castro (2015), o conceito e o debate da humanização são atrelados a certas profissões como a Psicologia e o Serviço Social, carregando forte característica de gênero. Além disso, uma visão restrita da humanização focaliza suas ações na escuta e redução de

tensão (CFESS, 2010). Nessa direção, o assistente social quando considerado o profissional que realiza a mediação de conflitos nos espaços de trabalho e também como aquele que ouve os usuários, numa relação dialógica com os mesmos, acaba sendo privilegiado para coordenar o GTH.

É importante também mencionar a respeito da humanização que, com o processo de reestruturação produtiva, a ideia inicial de elaboração de uma cultura de atendimento humanizado na saúde, se desvirtuou sendo incorporada aos conceitos de qualidade. Na urgência e emergência a humanização foi fomentada a partir do QualiSUS-rede, que trouxe a qualidade e a gestão baseada em resultados, sob roupagem da humanização (CASTRO, 2016).

Sob essa perspectiva, o assistente social precisa ter clareza das concepções de humanização, promovendo debate com a gestão e outros profissionais da equipe para não reproduzir ações restritas e distorcidas da humanização. O desafio da humanização deve ser a criação de uma nova cultura de atendimento pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS (CFESS, 2010).

Outra atividade de coordenação assumida pelas assistentes sociais nas UPAs é a Ouvidoria. Embora não seja atribuição privativa da profissão, todas as assistentes sociais que estão na ativa e as que atuaram nas unidades de urgência assumiram a competência de coordenar o serviço de Ouvidoria. Assim como o GTH, a Ouvidoria se constitui uma meta qualitativa do contrato de gestão da OS, se apresentando ao Serviço Social como uma demanda institucional.

Na UPA nós temos, também, a questão da Ouvidoria, né? É uma outra via de trabalho do assistente social, onde ele acolhe as demandas, encaminha, acompanha ali o desenvolver de cada situação, junto com os coordenadores de cada setor reclamado. Então, o Serviço Social é o responsável, hoje, pelo setor de Ouvidoria interna dentro das UPAs (AS 02).

A Ouvidoria é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública, com a finalidade de melhorar o atendimento. Destina-se a receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos sujeitos e que devem ser direcionadas aos órgãos competentes para apuração e tomada de providências. Os assistentes sociais têm sido convocados a implantar os serviços de ouvidoria nas unidades de saúde (CFESS, 2010).

A Ouvidoria se apresenta como acúmulo de função para as entrevistadas, as quais são responsáveis por acolher todas as manifestações de elogios e reclamações nas unidades. Esses atendimentos desdobram-se em relatórios e cumprimento de metas, que o Serviço Social tem

que apresentar a gestão mensalmente. Mesmo com a sobrecarga de funções, a Ouvidoria constitui uma competência importante do trabalho do assistente social nas UPAs, pois permite encontros entre o profissional e os usuários, abrindo caminhos para orientações e encaminhamentos a partir do processo de diálogo. Cabe ressaltar, no entanto, que esses atendimentos e manifestações dos usuários são feitos individualmente, perdendo de vista os impasses e dificuldades encontrados coletivamente nos aspectos que envolvem a saúde dos sujeitos e a política do SUS.

Na execução das atividades da Ouvidoria cabe aos profissionais a sistematização das demandas por meio de relatórios da Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos atendimentos realizados. Esses dados são contabilizados de maneira quantitativa e são apresentados nas reuniões do Grupo Gestor. Assim, abre-se a possibilidade de coletivização das demandas, podendo contribuir para alterações nas rotinas e fluxos de atendimento das unidades e nas políticas sociais, visto que nestas reuniões encontram-se presentes representantes da gestão das OSs, do executivo municipal e do Conselho de Saúde. Os dados são também compartilhados nas reuniões da Rede-Ouvir.

Uma das entrevistadas apontou ainda como estratégia para pensar conjuntamente as manifestações dos usuários a realização de um grupo de discussão com diversos profissionais da UPA.

Nós temos um grupo onde a gente discute as manifestações dos usuários. É uma frente de trabalho [...]. Nós temos um representante de cada setor. Então, quando surge alguma coisa ali que está impossibilitando o atendimento na visão do usuário, o usuário não está satisfeito, a gente busca solucionar entre todos os envolvidos aquilo, para poder continuar, para atender melhor. Já é sistemática, uma vez por mês a gente se reúne para discutir essas solicitações (AS 02).

Esses encontros são significativos, pois consideram as apreensões e necessidades dos usuários para melhorias no atendimento. São caminhos para a elaboração coletiva de propostas que potencializem a organização do trabalho em favor dos usuários, havendo preocupação com a qualidade dos serviços e com o respeito aos usuários atendidos. São, portanto, espaços privilegiados de discussão e debates, contudo um sujeito - o usuário -, necesssita ser incorporado para que, de fato, se efetive uma gestão democrática e participativa, garantindo a contribuição do usuário nas deliberações referentes ao atendimento.

O assistente social possui nos espaços de trabalho o desafio de torna-los públicos, ampliando a ingerência da população usuária em questões que lhes são próprias, compartilhando propostas e decisões.

O desafio é transformar espaços de trabalho, especialmente estatais, em espaços de fato públicos, alargando as possibilidades de apropriação da coisa pública por parte da coletividade, o que se choca com a tendência de privatização do Estado persistente na história política brasileira (IAMAMOTO, 2010, p. 79).

Nas UPAs, onde o modelo de gestão preponderante é o de parceria público-privada, faz-se relevante que os usuários possam ocupar diferentes canais de participação em que lhes sejam dados voz e poder de decisão, permitindo a interferência na coisa pública. O grupo de discussões das manifestações dos usuários referido pela entrevistada se apresenta como possibilidade de participação da comunidade, devendo o assistente social estimulá-la e viabilizá-la sob o discurso de construção de uma gestão democrática.

Além dos relatórios de atendimentos da Ouvidoria, a instituição demanda do assistente social a emissão de outras planilhas e relatórios. Os inúmeros relatórios de competência do Serviço Social possuem relação direta com as metas qualitativas e quantitativas que as UPAs devem apresentar como prestação de contas no contrato de gestão de parceria público-privada.

Do Serviço Social e uma forma geral da equipe. Extremamente burocrático. Muitos formulários de preenchimento, formulários com informações redundantes, que inviabilizam o trabalho. A gente passava pelo menos dois dias no mês por conta de formulário. E formulário, e relatório, e preenchimento de planilha, tudo isso era muito burocrático. Isso empacava um pouco o serviço (AS 03).

Relatórios, demais. É uma demanda bem imposta, né? Esses relatórios de óbito, de transferência, que é uma parte burocrática, que não é exclusiva do Serviço Social (AS 05).

A cobrança de elaboração de relatórios e planilhas não é exclusividade do Serviço Social nas UPAs, mas realidade de toda a equipe. As exigências por metas e resultados são fruto das alterações advindas com o neoliberalismo e a acumulação flexível. Essas exigências atingem a política de saúde, pela imposição da lógica mercantil, e trazem impactos para o trabalho do assistente social e demais trabalhadores a partir de cobranças de produtividade e maior volume de tarefas, almejando a eficiência das metas e resultados (PIRES, 2000; SOARES, 2013; RAICHELLIS, 2011).

De maneira geral, cobra-se das assistentes sociais as sistematizações de dados que guardam relação com o trabalho desenvolvido nas UPAs, ou seja, relacionados às competências e atribuições: relatórios e planilhas referentes ao número de atendimentos do setor, Pesquisa de Satisfação do Usuário e atendimentos da Ouvidoria interna. É requisitado também relatório do número de atendimentos de casos de violência realizados nas UPAs. E em uma das unidades, a assistente social ainda é responsável por relatórios que dizem respeito ao atendimento geral da unidade, como número de óbitos e transferências.

Nós que fazemos o fechamento mensal. Tem o faturamento do Serviço Social, que são o número de atendimentos quantificados. O fechamento da violência, os atendimentos de violência que tiveram na UPA, na verdade, durante o mês. O relatório de ouvidoria a gente faz o fechamento todo fim de mês e esse fechamento, inclusive, com a Pesquisa de Satisfação. É uma frente de trabalho também, porque a gente é que faz esse levantamento, que faz a finalização, passa para essas tabelas (AS 07).

Os relatórios de violência, sobre os quais todas as entrevistadas possuem requisição de emissão, referem-se a atendimentos de toda a equipe, uma vez que envolvem práticas multidisciplinares, não sendo exclusividade de uma única profissão. O mesmo alude-se sobre os relatórios de óbitos e transferências, que uma entrevistada afirmou produzir, os quais dizem respeito a atendimentos gerais da unidade. As colocações indicam que o Serviço Social vem assumindo funções técnico-administrativas, de cunho burocrático, nas elaborações dos diversos relatórios.

A obrigação que o Serviço Social possui de apresentar mensalmente à gestão inúmeros relatórios traz preocupações para as assistentes sociais, uma vez que há o estabelecimento de metas a serem cumpridas, na execução de um trabalho essencialmente qualitativo, que se baseia no diálogo com os usuários.

O Serviço Social não tem como avaliar o quanto. Eu não tenho condições de avaliar qual o tempo que eu vou fazer um atendimento, não tem manual pra isso, né? Eu posso atender um paciente durante o dia, mas de qualidade e dar resposta efetiva ao atendimento dele. Mas eu posso atender cem pacientes e “mal e porcamente” não conseguir atender. Então, quando a gestão cobra metas da gente, a gente não pode trabalhar com metas. A gente tem que trabalhar com efetividade e resolutividade (AS 03).

Os argumentos elencados indicam que o trabalho do Serviço Social não deve ser guiado por metas, mas pela qualidade das ações. O estabelecimento de metas pode ser benéfico para o trabalho, pois auxilia na avaliação dos objetivos e ações realizadas, devendo

fazer parte de um plano de trabalho ou projeto de intervenção, contudo o problema das metas se localiza na submissão da saúde à lógica produtivista com imposição de metas diárias de atendimento para os profissionais.

Dedicar-se a produção destes inúmeros relatórios tem impactado o atendimento aos usuários, comprometendo o trabalho desenvolvido.

Acabava que muitas vezes a gente perdia um tempo efetuando as demandas impostas e, às vezes, o que o usuário demandava a gente não tinha. Igual, muitas vezes eu ficava por conta de fazer relatório e não tinha tempo de fazer busca ativa (AS 05).

Segundo Iamamoto (2010), no cenário contemporâneo, em decorrência das transformações operadas no mundo do trabalho e no âmbito do Estado, é necessário que o assistente social busque ir além das demandas institucionais, preocupando-se com os interesses coletivos da população usuária. As assistentes sociais das UPAs necessitam criar estratégias de ação que busquem romper com as situações impostas pela dinâmica institucional, para que de fato atendam os interesses daqueles que são o real sujeito da intervenção, os usuários.

Nessa direção, uma das entrevistadas informou que na tarefa de elaborar relatórios, realizou um levantamento de usuários com diagnósticos de hipertensão e diabetes para valorizar a promoção, prevenção e tratamento em saúde, contribuindo para as discussões da rede de atendimento.

Eu levantava esses pacientes que estavam buscando a unidade pra controle, lançava no banco e conseguia imprimir a cada regional, a cada bairro quem eram os pacientes que estavam buscando a unidade para atendimento que deveria ser gerenciado por eles. Era até para poder estar preparando esse paciente para não chegar ali amarelo, laranja e até vermelho. Era uma situação que a gente podia estar direcionando para os serviços (AS 01).

A estratégia de trabalho da assistente social é positiva, tendo em vista que aproveita da ação burocrática dos relatórios para visualizar os usuários que, por alguma razão, estão buscando atendimento de urgência para controle de doenças que devem ser acompanhadas e monitoradas pela APS. Esta estratégia de ação viabiliza a garantia do direito a saúde e instiga a rede de atendimento a funcionar de maneira adequada.

Apesar da iniciativa positiva, a profissional referiu que, em decorrência da sobrecarga de serviços, não conseguiu dar prosseguimento a esta estratégia de trabalho.

As estratégias construídas pelos assistentes sociais dependem da articulação dos aspectos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, que juntos permitem ao olhar atento e curioso do profissional visualizar propostas alternativas de ação. Os meios para a efetivação das ações profissionais são relevantes, pois operacionalizam a conduta direcionada a uma finalidade.

3.1.3 – Operacionalização do trabalho: instrumentos, organização, planejamento e avaliação da intervenção profissional

A escolha e definição dos meios de trabalho ou instrumentos são permeadas pelo aporte teórico-metodológico, que emite uma intencionalidade no seu uso. A teoria social, juntamente com a dimensão ético-política da intervenção, guiam o profissional na escolha e utilização dos instrumentos, que fazem parte da dimensão técnico-operativa. Nesse sentido, a seleção dos instrumentos se apresenta como relevante, visto que indica a intencionalidade da ação profissional, guardando uma função técnica e operativa, mas também política e ideológica (SANTOS; NORONHA, 2016).

Nas UPAs, as entrevistadas afirmaram que os principais instrumentos utilizados são a linguagem, a entrevista e a documentação.

Eu tinha um relatório que eu levava junto no atendimento na sala, nas enfermarias, onde eu estaria anotando pra ter um suporte depois pra estar fazendo acompanhamento. Era uma ficha de atendimento que eu coletava as primeiras informações e depois lançava no prontuário eletrônico (AS 01).

Tem um livro de registro do Serviço Social de todos os atendimentos feitos (AS 03).

A gente registrava no livro de ocorrência do Serviço Social, onde a gente registrava ali toda intervenção do dia, pegando também os atendimentos, assim, relevantes do Serviço Social junto ao paciente e aos familiares (AS 04).

A questão mesmo de material é mais abordagem linguística mesmo, conversação (AS 06).

Conforme explicitado, o assistente social nas UPAs desenvolve ações socioassistenciais, com destaque para atendimentos individuais, em que a linguagem é essencial para o estabelecimento do diálogo, a partir do qual serão feitos orientações e encaminhamentos. Segundo Iamamoto e Carvalho (2005), a linguagem é o instrumento

privilegiado da atividade profissional, que possibilita ações socializadoras direcionadas a mudanças na maneira de ser, sentir, ver e agir dos indivíduos.

Na realização da intervenção profissional, o assistente social, por meio da linguagem, interage com o usuário, privilegiando as chamadas tecnologias leves em saúde. Nessa interação, o profissional promove a escuta das necessidades dos usuários, podendo construir processos de acolhimento e cuidado, com o estabelecimento de vínculos, responsabilização e resolutividade. É nessa relação com os usuários, portanto, que o profissional tem acesso as particularidades das condições de vida no que concerne a saúde, moradia, educação, relações familiares etc., o que subsidia a intervenção do assistente social através da interferência na vida desses sujeitos. O assistente social acaba, de certa forma, invadindo a privacidade dos usuários através da relação dialógica, da entrevista social, sendo de suma importância seu compromisso ético com essa população, a partir da solidariedade com o projeto de vida do trabalhador e de não usar esse acesso à vida dos sujeitos para objetivos que lhes são estranhos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005). Ou seja, o assistente social deve estabelecer com o usuário relações e vínculos direcionados aos seus interesses, distanciando-se de ações persuasivas e de controle sob os usuários.

De uma maneira geral as profissionais informaram que procuram nas entrevistas, no diálogo com os usuários, compreender a história de vida dos mesmos, inserção no mercado de trabalho, relações familiares e comunitárias, visando promover orientações e encaminhamentos, no tocante aos direitos sociais, rede de atendimento e serviços ofertados nas UPAs. Expuseram também, que esclarecem ao usuário que o atendimento realizado nas unidades de urgência não costuma encerrar o tratamento, havendo necessidade de acompanhamento na rede.

Quando o paciente permanecia internado eu fazia o acolhimento do paciente, de orientar a importância da questão da continuidade do tratamento, uma vez que ali estava sendo um atendimento prévio, emergencial e que muitas vezes a doença tem que ser acompanhada. Então, envolver a família nesse processo também (AS 01).

As entrevistas sociais realizadas fortalecem os usuários e familiares para que se tornem sujeitos do processo de promoção, recuperação e reabilitação da saúde. São também espaços de democratização de informações, orientações e encaminhamentos que envolvem as necessidades dos usuários.

Nesse processo, uma fala merece destaque, posto que expressa o compromisso ético-político da categoria com a população usuária dos serviços. Compromisso com a escuta e com a qualidade das informações trocadas na relação de diálogo construído, voltados à garantia de direitos dos usuários atendidos.

Porque a gente parece, tem horas, que fala melhor a linguagem do usuário, né? Então, a gente está ali esclarecendo ele de seus direitos com relação ali a todos os procedimentos que são solicitados. Esclarecendo as suas vias de estar adquirindo seus direitos, né? E na condução de todos os atendimentos (AS 02).

As reflexões remetem ao entendimento de que o trabalho realizado pauta-se na perspectiva do direito, visando o fortalecimento do usuário como protagonista do seu processo de recuperação e tratamento. Indicam que as ações socioassistenciais desenvolvidas pelo Serviço Social nas UPAs, através das entrevistas realizadas nas visitas ao leito e atendimentos, se efetivam através da educação em saúde, pois baseiam-se em orientações reflexivas e socialização de informações, envolvendo o usuário enquanto sujeito ativo nesse processo.

Para a realização das entrevistas, as profissionais possuem a sala do Serviço Social, o que garante o sigilo das informações repassadas por usuários e familiares durante o atendimento. Possuem ainda arquivos privativos, onde guardam documentos e os livros de registros. A documentação do Serviço Social é efetivada no caderno ou livro de registros; relatórios de encaminhamentos para a rede; relatórios de atendimentos (sistematização dos atendimentos em planilhas) e no prontuário do usuário. Algumas entrevistadas mencionaram possuir um roteiro de entrevista para subsidiar as anotações no livro, prontuário e na elaboração dos relatórios. A documentação utilizada vai ao encontro das discussões teóricas produzidas a respeito, as quais informam que, frequentemente, os registros do Serviço Social na saúde são feitos em fichas (roteiros de entrevistas), prontuários, cadernos de ocorrência e anotações das atividades grupais e visitas domiciliares (MATOS, 2013).

Cabe esclarecer que nas UPAs de Juiz de Fora é utilizado o Alert⁵⁴, um sistema software que pretende interligar o atendimento dentro das unidades, desde a classificação de risco até a alta do usuário, funcionando como prontuário eletrônico.

⁵⁴O Alert é um sistema de software de prontuário eletrônico utilizado nos serviços de urgência e emergência do Governo de Minas de Gerais, através de um contrato com a empresa portuguesa Alert – Life Sciences Computing S.A., firmado em 2007. Informações disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: <http://www.saude.mg.gov.br>.

Eu verifico na parte de atendimentos se tem alguma demanda que foi repassada para o Serviço Social. E aí eu tenho solicitações de pareceres, pode ser de algum atendimento do setor vermelho, ou então registrado no prontuário do paciente. Então eu entro com a senha e tenho acesso a alguma solicitação que algum médico possa ter requerido. Isso no prontuário eletrônico (AS 02).

Apesar da finalidade do sistema em operar um prontuário eletrônico, o Alert funciona de maneira diferente nas unidades. Em apenas uma UPA é completo, contemplando todo o atendimento do usuário: ficha cadastral, classificação de risco, atendimento Médico, atendimento da Enfermagem, atendimento do Serviço Social, com evoluções (registro dos atendimentos), pareceres, prescrições e alta. Nas outras unidades o sistema abarca parte do atendimento ao usuário, como a ficha cadastral e a classificação de risco. Nesses serviços, o registro é completado em um sistema alternativo de computador ou manualmente.

Além dessa limitação, que exprime diferenças de registros nas unidades, o Alert apresenta erro em seu funcionamento regular, trazendo rebatimentos para o trabalho.

A gente tinha, as UPAs na verdade, têm disponíveis o Alert, que é um programa. Mas é um programa que, na época, ele não estava sendo pago pelo governo. Então o programa parava, travava, a gente não conseguia atualizar, não consegui incluir todos os registros [...]. Então, era um limitador (AS 03).

As ponderações tecidas demonstram que os atendimentos sofrem impactos com as falhas e limitações do Alert, provocando transtornos aos profissionais (que precisam utilizar do registro manual ou alternativo no computador) e usuários (que podem ter demora no atendimento devido, a falta de interligação do sistema eletrônico). Além disso, as falhas do Alert podem fragilizar o banco de dados dos atendimentos das UPAs.

Todos os instrumentos (linguagem, entrevista e documentação) utilizados pelas assistentes sociais das UPAs consistem em um conjunto de recursos ou meios que viabilizam a ação profissional, com o intuito de alcançar as finalidades e objetivos do trabalho. Nessa direção, é imprescindível que o assistente social tenha clareza dos objetivos da sua intervenção, para que viabilize a adequação entre meios e fins.

O planejamento é essencial nesse processo, pois implica buscar respostas a questões orientadoras da intervenção: para que, para quem, onde, quando e como fazer (SANTOS; NORONHA, 2016). Para o constante ajuste entre meios e fins, é preciso que o trabalho seja planejado e também avaliado, com o intuito de refletir sobre o “por quê” da intervenção. Na

urgência e emergência, no entanto, em virtude da rotina intensa de atendimentos, existe uma tendência de ausência de planejamento das ações (MATTOS, 2012).

No município de Juiz de Fora essa realidade não é diferente. A organização do trabalho é realizada a partir das atividades programadas, como as visitas dos setores Amarelo/Laranja, GTH e as reuniões. As demais ações (atendimentos espontâneos, visitas nos leitos, atendimentos encaminhados dos demais profissionais, atendimentos da Ouvidoria e elaboração de relatórios) ocorrem à medida que as demandas vão sendo apresentadas ao profissional ou nos períodos em que não são realizadas as ações agendadas.

Eu tinha agenda para todas as atividades. [...] As reuniões mensais dos grupos, tudo isso era agendado e eu conseguia me organizar (AS 03).

Então, eu iniciava o trabalho dessa forma: quando eu chegava na UPA eu já fazia as visitas aos leitos, aos pacientes. E ali eu conversava, tirava dúvidas e passava orientações sociais. E depois acompanhava as visitas nos setores Laranja/ Amarelo e Vermelho (AS 04).

A gente tem dois horários fixos aqui na unidade, que é um pouco padronizado do Serviço Social, que é a visita do Vermelho, às 11:00h, e a visita do setor da enfermaria, que é as 14:00h. Esses dois horários o Serviço Social que acompanha. [...] A gente tem muita demanda nesses horários e acaba que é um pouco fixo. Agora, o restante do turno não, é dependendo do que vai acontecendo (AS 06).

Eu chego já partindo pras visitas no leito na enfermaria. Então, eu já vejo quem mudou, quem chegou. [...] Faço essa abordagem inicial na hora que eu chego e já levanto algumas demandas. [...] Mas já está na hora da visita das onze, então eu saio pra liberação dessa visita, faço abordagem com os familiares. Passo um pouquinho das orientações do funcionamento, acompanho na visita, e já sai algumas outras demandas. Volto pra sala, aí eu já tenho essas demandas pra direcionar antes do almoço. Volto do almoço já com as visitas da tarde. Já tem a liberação da visita da tarde. É um dia que você nem vê, nem vê passar [...] Isso sem contar nas demandas médicas que são muitas. Principalmente a Pediatria chama muito [...] Fora demanda espontânea do usuário (AS 07).

O exame das falas indica que o trabalho nas UPAs é organizado de maneira temporal, a partir dos horários fixos de atendimentos do Serviço Social e das reuniões agendadas. Apesar da rotina intensa de atendimentos, as assistentes sociais guardam espaço no cotidiano de trabalho para a realização das visitas nos leitos e a busca ativa, movimento importante, pois permite ao assistente social identificar demandas, não se limitando a atender somente as demandas pontuais e emergenciais (liberação de acompanhante; roupas; alimentos; visitas etc.). Reservam ainda tempo para as reuniões de equipe e com os serviços da rede e para o GTH, que são espaços importantes para a construção do trabalho interdisciplinar e intersetorial. Cabe reforçar, no entanto, que as atividades de Ouvidoria e elaboração de

relatórios ocupam bastante tempo da rotina de trabalho, conforme mencionado anteriormente, impactando no tempo disponível para os atendimentos diretos aos usuários.

Embora haja certa organização do trabalho, a partir da rotina construída, as entrevistadas informaram que não existe um planejamento do conteúdo das ações desenvolvidas. Afiançaram que os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) - documentos descritivos de tarefas e ações, utilizados para padronizar condutas⁵⁵, com vistas a melhorar a qualidade no atendimento -, orientam a intervenção.

Elaborei POPs, procedimento padrão, onde eu descrevia todas as atividades e ia atualizando ano a ano (AS 01).

Todas as ações do Serviço Social elas tinham POP, Procedimento Operacional Padrão (AS 03).

Ainda que os POPs sejam elaborados pelas próprias assistentes sociais, se referem a manuais que elencam demandas e ações a serem realizadas. Não se efetivam enquanto um projeto de intervenção ou plano de trabalho, com definição de objetivos, resultados, visando orientar a ação profissional com base no PEP e nos princípios da Reforma Sanitária. Além disso, considerando o modelo de acumulação flexível, com incentivo aos Círculos de Qualidade Total (ANTUNES, 1999; NETTO; BRAZ, 2007), os POPs surgem muito mais como estratégia de gestão voltada ao aumento da produtividade dos processos de trabalho, do que para planejar e organizar o trabalho de modo a efetivar e materializar os princípios do SUS, garantindo o atendimento direcionado aos interesses dos usuários.

O conteúdo das ações do Serviço Social não é planejado, havendo apenas uma descrição de tarefas. A incorporação dos POPs pelas assistentes sociais coloca para a profissão o risco de reduzir a intervenção a um “passo a passo” de ações, não envolvendo a reflexão e crítica sobre as condutas realizadas.

Acresce-se a essas problematizações, a ideia de que nos serviços de urgência e emergência os atendimentos são sempre imediatas, envolvendo ações pontuais, não carecendo, portanto, serem planejados e projetados.

⁵⁵Na área da saúde, os POPs são bastante utilizados pela Enfermagem, com o objetivo de padronização de procedimentos, servindo de manuais para esclarecimento de dúvidas e orientação das condutas. Esse instrumento é utilizado como um sistema gerencial que vai garantir a qualidade do serviço ofertado (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Por ser uma unidade de urgência e emergência a gente nunca sabe o que vai acontecer no dia. Então, essa é uma rotina que, as vezes, a gente não consegue cumprir-la todos os dias, porque acontecem situações que não estão previstas ao profissional (AS 02).

Muito pontual, é uma atuação muito pontual. [...] A gente é engolido pela rotatividade muito grande: entra paciente o tempo todo e aí fica um dia muito de demanda. Então, você atua ali muito pontual (AS 07).

A rotatividade é característica determinante do trabalho realizado na urgência e emergência, sendo a imprevisibilidade das demandas condição desse processo. Quando as assistentes sociais informam não pensar o conteúdo das ações desenvolvidas, a partir do planejamento, correm o risco de serem “devoradas” pela rotatividade, executando ações pontuais e fragmentadas. Correm o risco de reduzir a ação profissional a execução de ações imediatas e rotineiras.

Diante da compreensão de que o atendimento é meramente pontual, não sendo capaz de ser previsto, como pensar a construção de um projeto de intervenção? É necessário que o assistente social desvende as condições objetivas da realização do trabalho, o que implica a compreensão da dinâmica do espaço sócio-ocupacional e suas correlações de forças, e o entendimento das necessidades da população usuária dos serviços, para que se consiga visualizar o Serviço Social nesse processo e traçar objetivos, planejando as atividades a serem executadas.

O planejamento das ações profissionais se faz necessário para que se reflita sobre a ação a ser desenvolvida, com vistas a contribuir para o processo coletivo de trabalho em saúde. A falta de um processo contínuo de pensar o exercício profissional abre ao assistente social a temeridade de se submeter a práticas burocráticas, imediatas e repetitivas. Planejar a ação profissional implica um repensar contínuo sobre a efetividade, eficiência e eficácia do trabalho desenvolvido (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Outro aspecto retratado pelas entrevistadas foi à ausência de avaliação dos resultados do trabalho. Como já sinalizado, sistematizam as ações e atendimentos realizados em relatórios, que são apresentados em reunião do Grupo Gestor. No entanto, não possuem um instrumento de avaliação das ações desenvolvidas pelo Serviço Social.

Todas as atividades desenvolvidas pela UPA eram apresentadas no Grupo Gestor. [...] Eram apresentados e problematizados ali e de acordo com o que a gente via de necessidade de complementar ou construir a coordenação se reunia para tentar organizar. Uma avaliação em si não tinha (AS 01).

Não tem um instrumento para avaliar a intervenção do assistente social, não (AS 04).

O que acontece aqui é o relatório que a gente tem mensal, que ali a gente consegue abordar bastante os atendimentos que foram feitos no mês. Porque, seguindo o caderno eu vou alimentando a planilha e com isso você consegue ter uma visão boa do que você fez. Porque tem uma planilha ali que é de atendimento do Serviço Social. Você consegue ter uma noção (AS 06).

É notório que a sistematização dos dados referentes ao atendimento do Serviço Social são problematizados apenas no Grupo Gestor. Apesar da importância desse espaço, na medida em que possibilita ao assistente social apresentar os relatórios e planilhas de atendimentos para os gestores da unidade, membros do executivo e representantes do Conselho de Saúde, podendo gerar impacto na organização dos serviços ofertados a partir das problematizações, são reuniões para avaliar o cumprimento de metas de produtividade a partir dos contratos de gestão. Não existe nas UPAs uma avaliação pautada em objetivos e metas traçados pelas assistentes sociais.

A avaliação possibilita ao profissional identificar as fragilidades da sua ação ou de fatores objetivos que causam impactos na execução das condutas. O processo avaliativo pode ser realizado a partir de indicadores de processo, eficácia, eficiência e efetividade, permitindo medir o alcance de metas e objetivos. Além disso, a avaliação contribui para o aperfeiçoamento profissional (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

A sistematização do exercício profissional, com planejamento e avaliação, possibilita ao assistente social enxergar para além do que está posto, descortinando a realidade e construindo estratégias de ação (PAULA, 2013).

3.1.4 – As possibilidades para o desenvolvimento do trabalho profissional e os serviços ofertados nas UPAs

As possibilidades do exercício profissional podem ser vislumbradas a partir da reflexão sobre a conjuntura que perpassa o cotidiano profissional dos assistentes sociais e as práticas realizadas. É esse processo de reflexão, que envolve o planejamento e avaliação das ações, que possibilita ao profissional encontrar caminhos alternativos para o trabalho, numa perspectiva direcionada à efetivação dos preceitos do PEP.

Nas UPAs, a ausência de planejamento e avaliação, do refletir a ação profissional, dificultam ao assistente social pensar possibilidades para a intervenção. Essa assertiva foi

identificada em uma das entrevistas, quando a assistente social assevera que “não há o que ser feito na UPA”, não visualizando possibilidades de ação no espaço sócio-ocupacional.

Dentro da UPA não tinha, assim, muita coisa para fazer. Claro que eu pensava, talvez, em alternativas dentro da política pública, para melhorar. Mas dentro do trabalho que era realizado na UPA, não tinha muito o que ser feito (AS 05).

Mesmo com a dificuldade identificada, algumas entrevistadas apontaram a questão da humanização como possibilidade para a intervenção profissional.

O Grupo de Humanização é uma frente do Serviço Social, isso é uma possibilidade que eu vejo, de ampliar esse grupo, de fortalecer esse grupo de humanização (AS 07).

A possibilidade apresentada através dos Grupos de Humanização pode ser um caminho para o debate envolvendo profissionais, usuários e gestão, com o intuito de melhorar os fluxos de atendimentos, favorecer os processos de trabalho e coletivizar as demandas apresentadas individualmente. Contudo, é importante lembrar que a humanização vem sendo realizada sob o discurso da qualidade e gestão de resultados, se materializando no incentivo a parcerias público-privadas, desresponsabilização do Estado e culpabilização dos trabalhadores e usuários sobre a qualidade dos serviços.

A humanização em sua perspectiva ampliada é pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde/doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Essa concepção de humanização exige, para sua consolidação, que os profissionais estejam motivados, com condições dignas de trabalho e salários (CFESS, 2010).

Tendo como referência o conceito ampliado de humanização, sua materialização encontra barreiras nas UPAs em virtude da desmotivação que envolve os profissionais destes serviços, diante da política de recursos humanos adotadas. Os baixos salários e a alta rotatividade provocam desinteresse e insatisfação profissional.

Por conta de valores repassados aos funcionários, valores salariais mesmo, a gente percebia uma insatisfação do profissional. O mercado de trabalho está saturado, ele precisa trabalhar, mas ele ganhando um salário muito inferior ao da categoria isso causava uma desmotivação do profissional (AS 03).

[...] Tem profissionais ali excelentes que não recebem a devida atenção, enquanto profissionais e em relação a remuneração. A remuneração ali, no meu entender, deveria ser melhor (AS 04).

Mas troca muito funcionário aqui, é muito desmotivado. Então, isso atrapalha muito. Você tentar mostrar pra ele motivação, acolhimento com o paciente, sendo que ele está desmotivado (AS 06).

A reestruturação produtiva traz impactos para o trabalho em saúde, por meio da terceirização, contratos precários de trabalho, aviltamento das condições de trabalho e aumento da demanda por um quantitativo insuficiente de profissionais. As más condições de trabalho refletem negativamente na qualidade dos serviços ofertados e no bem estar do trabalhador, aumentando os índices de adoecimento (PEREIRA; SILVA, 2013). Os trabalhadores das UPAs de Juiz de Fora não estão alheios a esses processos. A baixa remuneração tem gerado descontentamento entre os trabalhadores, trazendo rebatimentos para o atendimento aos usuários.

Pensar a humanização nas UPAs e nos serviços de saúde em geral implica refletir sobre as condições de trabalho dos profissionais (aspectos físicos, humanos e materiais e relações e contratos de trabalho), sobre o conceito de humanização, além de envolver a participação dos usuários nesse processo, desencadeando discussões voltadas a revisão das práticas assistenciais e de gestão.

O assistente social enquanto um dos trabalhadores chamados a ocupar os espaços do GTH, tem nesses grupos uma possibilidade de trabalho, direcionada à luta pela efetivação do SUS. O profissional, pelas características da sua formação, pode estimular debates sobre as contradições da política de saúde e sua lógica privatista; o modelo assistencial empregado; o processo saúde/doença; as condições de trabalho e o modelo de gestão, para que junto com outros profissionais e usuários consigam efetivar alterações nas rotinas dos serviços.

Outra questão sinalizada como possibilidade do trabalho nas UPAs foram os espaços de participação popular.

Eu acho que os espaços de participação popular e controle social são fundamentais pra isso, né? Era possível sim trazer o conselho local pra dentro da unidade e mostrar quais eram as principais, quais são as principais funções da unidade de urgência e emergência pra que fosse trabalhado isso junto a comunidade e eu acho que a gente conseguiria construir uma realidade diferente dentro da UPA (AS 03).

É digno de nota que os conselhos e espaços de participação popular apareçam como possibilidades do trabalho do assistente social, quando atualmente nenhuma das entrevistadas

integra organismos de participação coletiva. A ocupação desses espaços pelos assistentes sociais se faz relevante, pois, além de permitirem a coletivização das demandas apresentadas pelos usuários, trazem a possibilidade de articulação com as lutas mais amplas da sociedade. Além disso, como a AS 03 expressa, difunde as funções das UPAs, esclarecendo junto à comunidade os objetivos desses serviços.

A falta de compreensão das finalidades das UPAs tem levado os usuários a buscarem nessas unidades atendimentos que não são próprios destes espaços de atenção à saúde.

A falta de reconhecimento da urgência e emergência até pelos próprios usuários, que muitas vezes, eles acabavam confundindo o atendimento com uma unidade primária. E vai em busca, mesmo, de atendimento que não é urgência (AS 05).

Essa procura "equivocada" gera sobrecarga nos serviços de urgência e emergência.

Com essa regionalização de atendimento de urgência os pacientes achavam mais fácil irem nas UPAs, do que aguardarem nas UAPS. Então, a gente atendia muita demanda que não era demanda de urgência, e isso sobrecarregava o serviço (AS 01).

Eu observo que tem muita demanda que não é urgência e quando chega a própria urgência está esgotado o ambiente, está cheio. Os profissionais, as vezes, estão ocupados. A própria urgência não tem sua qualidade, sua efetividade no atendimento, por questões da quantidade mesmo de usuários que vêm por questões de tosse, de uma dor de barriga. Eu acredito que tinha que efetivar melhor o trabalho da rede primária (AS 06).

As falas evidenciam que existe uma superlotação dos serviços de urgência e emergência nas UPAs devido a demandas não urgentes apresentadas pelos usuários, seja pela falta de acesso na APS, seja por “desconhecimento” dos sujeitos sobre a que se destina a UPA.

Essa aparente incompreensão dos usuários sobre os atendimentos de urgência e emergência exige algumas considerações para sua elucidação. A APS possui horário de atendimento que não facilita o acesso do trabalhador aos serviços, além de organizar o atendimento por senhas em quantidades, geralmente, insuficientes para a população. Os usuários, diante dessa realidade, têm buscado a urgência e emergência como porta de entrada dos serviços de saúde, em decorrência das deficiências da APS e da possibilidade de acesso mais rápido a exames e internações (MACHADO, 2009).

Esta é uma realidade que faz parte do cenário nacional de saúde. Pensando nas deficiências da rede de atendimento, o argumento da AS 03 a respeito da importância das

instâncias de participação e controle social para a urgência e emergência se faz pertinente na medida em que as problematizações realizadas nesses espaços podem trazer impactos para a gestão e oferta dos serviços de saúde da unidade e para o município. Abre-se um caminho para construir estratégias coletivas para o atendimento das necessidades dos usuários.

Além das deficiências da APS e da rede de serviços de saúde de maneira geral, as entrevistadas sinalizaram que os usuários procuram a urgência e emergência por “desconhecimento” das finalidades desses serviços, ocasionando sobrecarga de demandas para as UPAs. Com relação a esse suposto “desconhecimento” é preciso que os assistentes sociais trabalhem bem próximos da equipe de Triagem, que é responsável tecnicamente pela aplicação do Protocolo de Manchester na classificação de risco, valorizando os diversos aspectos que envolvem a demanda apresentada.

O atendimento baseado exclusivamente no Protocolo de Manchester impede o profissional de enxergar outras dores dos usuários, simplificando a demanda à queixa apresentada. Além disso, o olhar limitado do profissional - ao não valorizar a vida dos sujeitos, sua inserção social, os diferentes determinantes do processo saúde/doença, os entraves da política de saúde - desqualifica as demandas “não urgentes” (classificadas no Protocolo na cor verde), ao não atenderem com presteza, agilidade e compromisso. As demandas “não urgentes” nem sempre guardam o “desconhecimento” dos sujeitos sobre os serviços, mas podem sinalizar pedidos de socorro ou situações limites na vida dos usuários.

É muito importante que o assistente social desperte na equipe a necessidade de contextualizar a demanda apresentada pelo usuário. Um olhar atento, cuidadoso e interdisciplinar da demanda vai ser capaz de compreender o contexto e os sentidos que são conferidos à mesma pelos sujeitos que a vivenciam. Essa conduta é imprescindível, pois o que é considerado urgente para os profissionais de saúde, não se equipara à urgência para aquele que sofre a dor ou o desconforto (MATTOS, 2012). A contextualização da demanda é o que de fato permite a definição da urgência e emergência, não incorrendo em culpabilização do usuário pela superlotação dos serviços.

Uma das entrevistadas ponderou sobre a classificação de risco das demandas não urgentes. Mencionou que alguns profissionais médicos limitam o atendimento ao determinado no Protocolo de Manchester sobre o tempo de espera das classificações, fazendo usuários com demandas não urgentes aguardarem pelo atendimento por um período longo, pela simples justificativa de que a demanda apresentada pode esperar.

Existe o Protocolo, né? Então, aqui muitos médicos olham a ficha e falam: “é verde, pode esperar duas horas”. E com isso a casa enche, enche muito. Aquele que ele deixa esperando duas horas vai virar quatro, porque quando ele começar a atender já extrapolou muito. [...] E isso dá um desconforto muito grande para o usuário, entendeu? Muito usuário reclamando da espera, reclamando do mal estar, porque, as vezes, é uma doença que a gente não caracteriza urgência, mas é uma dor que dói, é uma questão que incomoda. Então assim, eu vejo essa questão, que tem que melhorar nesse tipo de atendimento para usuário que não é urgência. Ele não teria que estar aqui? Não, mas ele está. Portanto, teria que melhorar (AS 06).

Os argumentos apresentados indicam o compromisso com a população usuária, uma vez que reconhece a importância da demanda do sujeito, a qual deve ser atendida com eficiência e resolutividade. Mesmo que a demanda trazida pelo usuário não seja urgente, segundo a classificação de risco, o usuário deve ser atendimento de maneira adequada. Isso não significa que os serviços de saúde devem receber livre demanda e atender de maneira indiscriminada, mas que o acolhimento, a escuta e a contextualização da demanda é que irão determinar a urgência da queixa exposta. Esse trabalho exige práticas interdisciplinares e intersetoriais.

É importante que todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da urgência e emergência compreendam o sintoma apresentado pelo usuário de maneira contextualizada, visualizando o conjunto de fatores e sinais de perigo que envolvem a demanda. O assistente social pode contribuir nesse processo levando para os espaços de diálogo entre os profissionais os determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença e os aspectos subjetivos que interferem nesse processo, fortalecendo o entendimento ampliado de saúde.

O envolvimento de toda a equipe no trabalho desenvolvido nas UPAs, sob uma perspectiva ampliada de saúde, é primordial, pois estes serviços possuem relevância para a população atendida na medida em que são espaços que salvam vidas. Atendem quadros de urgências clínicas, usuários sem vínculo ou com dificuldade de acesso na APS, usuários com situações percebidas como urgência, urgências sociais.

A importância das UPAs foi mencionada pelas entrevistadas, a partir do seu papel frente ao usuário e à rede, em especial no que tange ao horário de funcionamento.

É um serviço primordial, uma urgência que funciona ali vinte e quatro horas por dia (AS 02).

As UPAs se apresentam como espaços importantes para salvar vidas e atender as demandas da população frente os gargalos da rede de atendimento, conforme retratado neste

estudo. O funcionamento por um período de 24 horas representa ao usuário a possibilidade de atendimento à saúde à qualquer tempo.

O funcionamento em horário integral certamente favorece a garantia do acesso à saúde dos usuários, contudo deve envolver os diferentes profissionais da equipe no cuidado. Essa consideração é relevante para refletir sobre a presença do assistente social nas UPAs. O Serviço Social funciona nas unidades em períodos de 06 horas, o que pode comprometer o atendimento numa perspectiva ampliada de saúde, que pressupõe práticas interdisciplinares e o desvendamento dos diferentes aspectos que interferem no processo saúde/doença. A presença do assistente social em período diminuto se comparado ao tempo de funcionamento da unidade foi apontada por uma das entrevistadas como desafio à realização do exercício profissional.

O grande desafio para mim era representar uma unidade do Serviço Social em 06 horas num serviço que funciona 24 horas. A minha porta fechada por 18 horas me incomodava muito. Isso me incomodava demais. Era para mim o grande desafio com relação a todo o trabalho do Serviço Social. Nem sempre a gente conseguia dar continuidade. Você buscava um paciente que você já estava direcionando toda a situação e ele já tinha ido embora. [...] Eu acho que ali na unidade tinha que ter permanente um profissional. Por 24 horas eu não digo, mas pelo menos 12 horas para que a gente pudesse estar acompanhando o paciente de forma mais efetiva (AS 01).

É desafiador para o assistente social ser referência para uma equipe e uma comunidade num serviço de urgência e emergência que funciona em tempo integral, quando o Serviço Social opera o trabalho em um período curto de tempo. A ausência do Serviço Social impacta no desenvolvimento de ações e condutas, uma vez que o profissional não está presente em diversos momentos para contribuir com o trabalho em equipe, além de não conseguir dar continuidade aos atendimentos iniciados, diante da rotatividade e fluxo intenso característico das UPAs. Perante esse quadro, a entrevistada aponta a necessidade da presença do Serviço Social nas Unidades, sinalizando para a importância do setor ampliar o período de funcionamento para que o atendimento ao usuário se desenvolva de maneira efetiva.

Sobre a importância da presença do assistente social na UPA, outra entrevistada mencionou desejo de que o Serviço Social seja uma profissão reconhecidamente necessária para as ações desenvolvidas nas unidades de pronto atendimento.

A gente tem vontade de ser equiparado com os outros profissionais no sentido de necessidade na unidade. [...] Eu tenho como objetivo ter o Serviço Social efetivo, que tenha um trabalho notório para os profissionais. Que faça diferença no dia que

eu estou, ou não estou. [...] Eu acho que a gente, como o enfermeiro, como o médico, que tá lá dentro trabalhando, a gente também tem uma parte efetiva nesse trabalho. E eu acho que o reconhecimento dessa parte como um profissional que de repente deveria tá aqui também o tempo todo, no esquema de plantão (AS 07).

A entrevistada também ressalta a necessidade de ampliação da presença do Serviço Social no trabalho das UPAs. Traz argumentos importantes quando menciona que o assistente social possui sua parte no trabalho coletivo em saúde, devendo ser necessário para os atendimentos, assim como os médicos e os enfermeiros. O Serviço Social, nessa direção, deveria estar presente na unidade durante 24 horas, o que implicaria em aumentar o quadro de assistentes sociais. As ponderações tecidas nos fazem indagar sobre o modelo de atendimento das unidades de urgência e emergência, uma vez que ao não valorizarem a presença do assistente social em período integral ou em período significativo frente o funcionamento do serviço, indicam a centralidade do modelo médico-hegemônico.

No que se refere à qualidade dos serviços prestados nas UPAs, em geral, as entrevistadas consideram o trabalho executado como sendo de qualidade.

Caracterizo como um serviço bom. Porque se a gente for analisar o nosso contexto de saúde, lá não falta medicação; tem, ainda tem cadeiras para os usuários sentarem. Porque tem lugares que não possuem o mínimo, o básico para atender (AS 05).

No modo geral, eu acredito que aqui é uma unidade boa de atendimento. É uma unidade que presta exames, presta os serviços e finaliza, não larga pra lá (AS 06).

No geral é um atendimento de muita qualidade, é um atendimento que eu considero humanizado. Os pacientes que estão aqui aguardando transferência, eu acho que ficam muito bem. Os direitos ali são muito respeitados, tem um atendimento muito dentro desse padrão de direito que a gente tem do SUS (AS 07).

As entrevistadas 05 e 06 trazem a avaliação sobre a qualidade dos atendimentos a partir da existência de condições que são determinantes para o funcionamento dos serviços: oferta de medicações, exames e cadeiras para os usuários. A qualidade do atendimento, no entanto, não deve ser medida apenas pela disponibilidade de condições materiais básicas para a atenção a saúde, devendo perpassar a análise sobre a materialização dos preceitos do SUS, garantindo os direitos dos usuários. O entendimento focado exclusivamente nas questões materiais pode gerar apreciação reducionista sobre os serviços, além de justificar como favoráveis as parcerias público-privadas das UPAs.

A entrevistada 07 destaca outros aspectos, fazendo menção ao respeito aos direitos estabelecidos no SUS. É a via do direito, da humanização, do acolhimento e da escuta que

permitem que o trabalho seja direcionado ao atendimento das necessidades dos usuários, imprimindo qualidade às ações realizadas.

Apesar das profissionais terem considerado que, de maneira geral, os serviços ofertados são de qualidade e relevantes para a população, algumas referiram que os serviços não são organizados a partir dos interesses e necessidades da população usuária.

Também existiam outros interesses, né? Não somente o do usuário. Porque lá é uma instituição de urgência, mas de uma organização privada (AS 05).

Quem coordena os trabalhos ali é um grupo. Eu diria assim, uma empresa que tem um convênio com a Prefeitura. Então, por aí você já percebe que têm pontos conflituosos ali por se tratar de uma empresa, de um grupo privado ligado a saúde. Mas mesmo assim a gente tem condições de desenvolver um bom trabalho, a gente consegue desenvolver um bom trabalho (AS 04).

E a instituição sempre, eu vejo, ela visualiza o financeiro. Sempre querendo tudo o mais gratuito possível. Sem custos (AS 06).

Os argumentos revelam que há uma disputa de interesses, que se expressa pelo contraponto entre usuários e a gestão. Mais do que isso, sustentam que o caráter das parcerias público-privadas para a gestão das UPAs representam para a saúde instrumento de privatização. Nessa direção, asseveram que as OSs têm por finalidade a obtenção de lucro, sinalizando uma tensão entre as necessidades da população e os interesses institucionais.

Essa tensão se expressa entre as demandas apresentadas pelos usuários e pela instituição ao Serviço Social, cabendo ao profissional realizar as mediações, de modo a atender as necessidades da população usuária.

As vezes, a demanda do usuário não tem tanta relevância para eles, como tem para nós assistentes sociais. Então aí, a gente tem que estar pautado na defesa dos direitos, que é a partir daí que a gente tem um embasamento da legislação, teórico, para que a gente seja, saia fortalecido nesse embate e que o usuário seja favorecido, mais uma vez. Mas que tem essa tensão, tem. A gente tem que crescer um pouco profissionalmente, mostrar pra eles: “Olha, não é assim. A sua visão está equivocada. Não é assim que conduz essa situação”. E ter esse embate com médico é muito difícil. Eu não gosto desse termo “jogo de cintura”, não. Eu não gosto muito desse termo. Eu acho que a gente tem que ter esse respaldo mesmo teórico, metodológico e embasado na legislação, porque aí, você embasado na legislação pertinente, nos direitos e tudo, eles percebem que você tem conhecimento e eles recuam. Agora, se você não tiver esse embasamento, aí corre-se o risco de você ser engolido (AS 04).

Tem, sempre tem um embate muito grande e você tem que ficar tentando intermediar da melhor forma, sempre tentando buscar mais a legislação (AS 06).

Os relatos demonstram que o assistente social deve pautar o atendimento na defesa dos direitos, a partir do arcabouço teórico e das legislações vigentes, procurando intermediar os interesses presentes na intervenção profissional, fortalecendo os usuários no atendimento de suas necessidades. Esse processo não é fácil, em especial no embate com o médico, que historicamente teve seu trabalho valorizado no cuidado em saúde, a partir do modelo médico-hegemônico (MERHY, 1998). Importante essa colocação, pois as assistentes sociais apontaram anteriormente a construção de um trabalho interdisciplinar, com um processo de certa horizontalização de saberes, mas também indicaram que as dificuldades referentes ao modelo médico-hegemônico se fazem presentes, devendo o modelo ainda ser rompido. Expuseram, diante desse quadro, que é a partir do respaldo teórico-metodológico que o assistente social adquire embasamento para fundamentar suas ações.

No argumento proferido pela entrevistada 04, o assistente social não deve conduzir as ações com “jogo de cintura”, ou seja, não deve ser maleável, flexível, nas dificuldades e embates. O profissional deve se afirmar com base nos referenciais teóricos, para não “ser engolido” pela gestão e outros profissionais de saúde durante o exercício profissional.

As falas evidenciam o traço peculiar da profissão de resposta aos interesses do capital e do trabalho, pela mesma atividade, podendo fortalecer um dos polos pela mediação do seu oposto. Essa mediação, como bem inferem as entrevistadas, precisa estar fundamentada no aporte teórico-metodológico. A teoria social deve ser capaz de auxiliar o profissional a desvendar a materialidade, em articulação com as dimensões ético-políticas e técnico-operativas, visando a adequação entre meios e fins, para o alcance dos objetivos do trabalho. Essa unidade entre as dimensões da intervenção são essenciais para que o assistente social das UPAs não seja consumido pelas demandas institucionais e burocráticas, podendo afirmar sua intervenção na ótica do direito e da viabilização do atendimento das necessidades dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sócio técnica do trabalho, sendo um tipo de especialização do trabalho coletivo, que possui a questão social como objeto de intervenção. Essa compreensão implica enxergar a profissão para além de suas fronteiras, entendendo que os rumos da realidade interferem no exercício profissional, que não se realiza exclusivamente pelo desejo e vontade dos assistentes sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

A Política de Saúde brasileira vem sofrendo, desde os anos 1990, rebatimentos da contrarreforma do Estado e da reestrutura produtiva, ocasionando o privilegiamento do projeto privatista, especialmente a partir dos ditames do Banco Mundial e de outros organismos internacionais para a saúde. Estas propostas vêm incentivando o repasse da gestão do SUS para outras modalidades, através de contratos e transferências de recursos públicos; privatização; contratações por metas; aviltamento das condições de trabalho; impactando a política e o trabalho em saúde (PIRES, 2000; CORREIA, 2007; SOARES, 2010). A Urgência e Emergência também tem sofrido os rebatimentos desse processo, especialmente com a incorporação dos “novos modelos de gestão” para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no país (TEIXEIRA, 2014).

No município de Juiz de Fora, o panorama não é diferente. As três UPAs em funcionamento são gerenciadas por OSs, a partir de contratos de gestão de parceria público-privada, que tem refletido em rotatividade de profissionais, baixos salários, insegurança frente ao término dos contratos e estabelecimento de metas de produtividade, gerando desmotivação nos trabalhadores e impactos nos atendimentos realizados.

A rede de atendimentos do município apresenta deficiências em absorver as demandas dos usuários pela dificuldade de acesso aos serviços da Atenção Primária; fragmentação das políticas, ausência de vagas para internação hospitalar. Estas situações são reflexo das mudanças operadas no mundo do trabalho e no aparato do Estado e interferem no trabalho dos profissionais de saúde e, em particular, do assistente social, o qual é requisitado a intervir nessas lacunas. Os usuários e familiares têm encontrado nos assistentes sociais das UPAs a possibilidade de orientações para a garantia e efetivação dos direitos, o que implica, muitas vezes, em judicialização da demanda.

Na urgência e emergência, a imediatividade, o fluxo intenso de atendimentos e a rotatividade são condições em que o trabalho se realiza, exigindo do assistente social

atendimentos pontuais, uma vez que dizem respeito a situações urgentes de condições de vida e saúde da população. No entanto, esta não vem sendo a tônica do trabalho do Serviço Social nas UPAs.

As assistentes sociais têm sido sujeitos do seu trabalho, na medida em que possuem relativa autonomia para organizar e conduzir as ações da intervenção profissional. Têm executado as condutas a partir dos preceitos do Código de Ética e da Lei de Regulamentação da Profissão, assumindo compromisso com a qualidade do atendimento e com a garantia dos direitos dos usuários.

De maneira geral, o trabalho se organiza a partir de atendimentos individuais aos usuários e familiares, sendo as ações coletivas e em grupo realizadas de maneira tímida em sala de espera. Embora as demandas sejam consideradas individualmente, estes atendimentos possuem relevância para a população usuária, visto que se direcionam a orientações e encaminhamentos acerca dos direitos, do acesso à rede de atendimento e dos serviços ofertados nas unidades. As assistentes sociais têm promovido nesses encontros com a população usuária ações de educação em saúde, na medida em que procuram fortalecê-la para que seja ativa no processo de promoção, recuperação e reabilitação da saúde. As orientações e encaminhamentos, tidos como objetivos da ação profissional, indicam que as condutas são pautadas na lógica do direito e não do favor e benemerência, tendo como orientação o reforço da cidadania.

Na realização do trabalho algumas estratégias foram elaboradas pelas assistentes sociais e caminham para ultrapassar a pontualidade e imediatividade das ações, como a utilização de dados de atendimentos de usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes para instigar o funcionamento da rede e problematizar ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e a formação de um grupo multiprofissional para discutir demandas apresentadas pelos usuários. Além dessas ações, as participações em reuniões de equipe, reuniões administrativas e reuniões com a rede de atendimento sinalizam a possibilidade de coletivização das demandas, compartilhamento de saberes, reflexões sobre os fluxos de atendimentos, contribuindo para a integralidade na urgência e emergência. Todas essas atividades, estratégias e condutas podem imprimir aos serviços uma direção mais afeta às necessidades dos usuários.

Os principais instrumentos utilizados pelas assistentes sociais são a linguagem, a entrevista e a documentação. As profissionais têm privilegiado a linguagem na intervenção profissional, construindo um processo de interação e diálogo nos atendimentos. A utilização

da entrevista tem servido para a aproximação com a realidade da população usuária, subsidiando as orientações e encaminhamentos num processo que envolve os sujeitos e suas famílias. Os atendimentos e ações profissionais são registrados no prontuário do usuário e nos arquivos do Serviço Social, havendo uma preocupação em compartilhar com a equipe os determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença, além de criar uma memória da profissão na instituição.

Apesar das assistentes sociais se esforçarem para a construção e efetivação de estratégias de ação que atendam as necessidades dos usuários e rompam com o caráter imediato da intervenção, o estudo indicou que as profissionais utilizam parte significativa do seu tempo para os atendimentos da Ouvidoria e sistematização de dados para elaboração de planilhas e relatórios. Estas atividades absorvem o profissional, dificultando que se dispense atenção aos interesses dos usuários. Ao “privilegiar” as ações de cunho burocrático e convenientes à instituição, o profissional acaba se afastando do principal sujeito de suas ações: o usuário.

O trabalho do Serviço Social tem se desenvolvido sem planejamento e avaliação, restringindo-se a descrição de tarefas e ações nos POPs e na sistematização apresentada ao Grupo Gestor. A ausência de planejamento e avaliação do conteúdo das ações do trabalho do assistente social é um dado significativo, pois é a chave que abre as portas para pensar e repensar a intervenção. O planejamento e a avaliação, por meio de um projeto de intervenção ou plano de trabalho, vão além do relato da intervenção e elaboração de manuais voltados ao como fazer. Envolve análise crítica, que articule as dimensões da intervenção, permitindo ao assistente social refletir sobre sua ação, identificar fragilidades e extrapolar o que está posto ao profissional.

Nos serviços de urgência e emergência, que possuem por determinação o caráter pontual e rotativo dos atendimentos, o planejamento e a avaliação são ferramentas imprescindíveis, para que o profissional não seja absorvido pela rotina intensa desses serviços, focando o trabalho em ações burocráticas e imediatas. Nas UPAs a falta de planejamento e avaliação foram revelados como pontos frágeis da intervenção profissional.

O caráter contraditório das relações sociais, as condições objetivas do espaço sócio-ocupacional e a relativa autonomia que as assistentes sociais possuem, apresentam-se em um emaranhado de correlações de forças em que o profissional pode buscar firmar e ampliar suas ações nas UPAs, tendo em vista os preceitos do Projeto Ético Político. A rotatividade, a imediatividade e o fluxo intenso de atendimentos são condições em que o trabalho se realiza

na urgência e emergência, cabendo ao profissional procurar estratégias que ultrapassem o caráter emergencial e burocrático das intervenções, sendo indispensável o planejamento e avaliação. Nessa direção, traço, a partir dos relatos das experiências do cotidiano profissional nas UPAs, alguns indicativos e propostas para contribuir com o trabalho que vem sendo desenvolvido:

- necessidade de elaboração de um projeto ou plano de trabalho do Serviço Social, pautado nos preceitos do SUS e no PEP e direcionado às necessidades da população. Esse projeto ou plano deve permitir que o profissional reflita e avalie a intervenção, não perdendo de vista sua contribuição no processo coletivo de trabalho em saúde;

- fortalecimento de ações coletivas, como as salas de espera, numa perspectiva de diálogo com os usuários; e ações coletivas com familiares dos usuários em observação nos setores Amarelo/Laranja e Vermelho - o espaço da visita pode ser utilizado para que as orientações sobre normas e rotinas e sobre o funcionamento da rede de atendimento sejam problematizados em grupo;

- viabilização da participação dos usuários nos espaços de discussão e decisão da unidade, garantindo a gestão democrática;

- utilização dos dados compilados nas planilhas e relatórios, acrescido de outras informações (como nome e idade) para elaboração de um perfil socioeconômico e epidemiológico da população atendida. Esses dados permitiriam pensar estratégias internas de atendimento, bem como da rede de saúde, contribuindo para ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

- elaboração de fóruns de discussão entre as assistentes sociais das UPAs para pensarem coletivamente ações de fortalecimento do Serviço Social na urgência e emergência;

- utilização dos espaços de participação coletiva para problematização das dificuldades do trabalho, socialização dos dados dos atendimentos e levantamentos realizados nas unidades e articulação com as lutas mais amplas da sociedade.

O estudo indicou a importância do trabalho do assistente social na saúde e na urgência e emergência, tendo em vista a finalidade das suas ações na busca pela efetivação e ampliação dos direitos dos usuários. Demonstrou que alternativas vêm sendo construídas para ultrapassar as práticas pontuais e burocráticas nesses espaços e que caminhos ainda podem ser traçados para fortalecer o atendimento numa perspectiva direcionada aos interesses e necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. **A condição de proletariedade**: a precariedade do trabalho no capitalismo global. Londrina: Praxis, 2009.

_____. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ALVES, G. L. **Controle social**: expressão do reformismo conservador ou da luta pelo fortalecimento da democracia? 2010. 197f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**. Campinas, vol. 25, n. 87, maio/ago., p. 335-351, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em 02 Ago. 2015.

ARAÚJO, M. T. **Representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ASSIS, M. **Educação em Saúde e qualidade de vida**: para além dos modelos, a busca da comunicação. n. 169. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BANCO MUNDIAL. **Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento e corporação financeira internacional** – Estratégias de parceria com o país para a República Federativa do Brasil – Período de 2008 a 2011. Relatório nº42677 – BR. 2008.

_____. **Acordo de empréstimo** – Formação da Rede de Saúde e Melhoria da Qualidade de Projetos – QualiSUS-Rede. Relatório nº7632 – BR. 2009.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social** – Fundamentos Ontológicos. São Paulo: Cortez, 2008.

BASLER, I. N. **O impacto da reforma gerencial da administração pública no Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. 31 f. Trabalho de conclusão de curso – Escola de Enfermagem, Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perdas dos direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

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

BRASIL. **Terminologia básica em saúde**. Ministério da Saúde – Grupo de Trabalho: Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Brasília, 1985.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

_____. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Portaria 2230 de 5 de novembro de 1996**. Institui a Norma Operacional Básica – NOB 1/96. Brasília, 1996.

_____. **Resolução 218 de 06 de março de 1997**. Reconhece os profissionais de saúde de nível superior. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1997.

_____. **Portaria 479 de 15 de abril de 1999**. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília, 1999a.

_____. **Portaria 824 de 24 de junho de 1999**. Aprova a normatização do atendimento pré-hospitalar. Brasília, 1999b.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2001.

_____. **Urgência e Emergência: Sistemas Estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência**. Brasília, 2001b.

_____. **Portaria 373 de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, 2002a.

_____. **Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002b.

_____. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2003.

_____. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3 ed. Ampliada. Brasília, 2006b.

_____. **Portaria 3.125 de 7 de dezembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Brasília, 2006c.

_____. **Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006d.

_____. **Portaria 1.020 de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009a.

_____. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009b.

_____. **Brasil 2003-2010.** Apresenta síntese do balanço do governo no período de 2003 a 2010. Brasília, 2010.

_____. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

_____. **Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

_____. **Portaria 1.601 de 7 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011c.

_____. **Portaria 2.648 de 7 de novembro de 2011.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011d.

_____. **Portaria 2.820 de 28 de novembro de 2011.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011e.

_____. **Portaria 2.821 de 28 de novembro de 2011.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011f.

_____. **Portaria 396 de 4 de março de 2011.** Institui o Projeto de Formação de Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e suas diretrizes operacionais. Brasília, 2011g.

_____. **Portaria 1.171 de 5 de junho de 2012.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

_____. **Portaria 342 de 4 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2013.

_____. **Portaria 104 de 15 de janeiro de 2014.** Altera a Portaria 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2014a.

_____. **Manual das Ouvidorias do SUS.** Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Brasília, 2014b.

_____. **DATASUS – Tecnologia da Informação a serviço do SUS.** Informações de Saúde: Tipo de Estabelecimento. Brasília, [2016?]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 3 de jun.2016.

BRAVO, M. I. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, et al (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006, p. 1-24.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-47.

BRAVO, M, I, S. MENEZES, J, S, B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008, p. 17-21.

_____. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013, p. 19-47.

_____. Lutas pela Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: desafios à assessoria realizada pelos assistentes sociais. In: DUARTE, M. J. O. et al (Orgs.). **Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais.** Campinas: Papel Social, 2014, p. 67-89.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público,** Brasília, n. 47, 1996.

CASTRO, M. M. C. Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Revista Libertas,** Juiz de Fora, v. 7, n. 1/2, p. 151-174, jan./dez., 2006/2007.

_____. **Trabalho em saúde:** a inserção do assistente social na atenção primária à saúde de Juiz de Fora. 2009. 200f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

_____. **Humanização em saúde:** intencionalidade política e fundamentação teórica. 2015. 223f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

_____. QualiSUS-redes e as proposições do Banco Mundial: problematizações críticas. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 4, p. 153-161, 2016.

CISDESTES. **Cisdeste Informa** – Informativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste. Cisdeste – Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Sudeste, Minas Gerais, 2014.

CFESS. **Resolução CFESS nº 493/2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2006.

_____. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde.** Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010.

CFM. **Resolução 1451 de 10 de março de 1995.** Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA – CMS/JF. Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora. **Ata Reunião Extraordinária de 11 de janeiro de 2010.** Juiz de Fora, 2010a. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. **Ata Reunião Ordinária de 25 de março de 2010.** Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010b. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 06 abril 2016.

_____. **Ata Reunião Ordinária de 25 de agosto de 2010.** Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010c. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 06 abril 2016.

_____. **Ata Reunião Ordinária de 22 de setembro de 2010.** Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010d. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 06 abril 2016.

_____. **Ata Reunião Ordinária de 27 de junho de 2012.** Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 06 abril 2016.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **Correlação entre o sistema de classificação de risco de Manchester e o uso de recursos assistenciais nos serviços de urgência em um hospital regional no Estado de Minas Gerais.** 2014. 122f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, 2014.

CORREIA, M. V. A saúde no contexto de crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, n. 13, p. 11-38, 2007.

COSTA, M, D, H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 35-71, 2000.

CRESS-MG. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. In: Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. **Contribuições para o exercício profissional do assistente social**: coletânea de leis. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. Belo Horizonte: CRESS-MG, 2013.

CRESS-ES. **Termo de Orientação**: prática de voluntariado realizado por assistentes sociais com objetivo de adquirir experiência profissional. Comissão de Orientação e Fiscalização – COFI. Espírito Santo: CRESS-ES, 2016.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESTELLITA-LINS, C. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010, p. 67-100.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270f. Tese (doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FERREIRA, Aurélio. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2004.

FERREIRA, Ana. M. **Política de Assistência Social e Programas de Transferência de Renda**: particularidades da realidade de Juiz de Fora. 2007. 129 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

FRANCO, T. B. **Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 213 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, 2003.

G1. Bruno Siqueira anuncia novo Secretário de Saúde de Juiz de Fora. **G1 Zona da Mata**. Juiz de Fora, 31 mar. 2015a. Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2015/10/prefeitura-anuncia-mudanca-na-secretaria-de-saude-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Prefeitura anuncia mudança na Secretaria de Saúde em Juiz de Fora. **G1 Zona da Mata**. Juiz de Fora, 30 out. 2015b. Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2015/10/prefeitura-anuncia-mudanca-na-secretaria-de-saude-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Saúde tem novo titular em menos de uma semana em Juiz de Fora: anunciado no dia 1º, Alex Ribeiro foi exonerado neste sábado (6) Economista Elizabeth Jucá retorna ao cargo pela quarta vez. **G1 Zona da Mata**. Juiz de Fora, 06 fev. 2016a. Disponível em:

<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2016/02/saude-tem-novo-titular-em-menos-de-uma-semana-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 5 abr. 2016.

_____. Senado aprova impeachment, Dilma perde mandato e Temer assume: presidente afastada perdeu o mandato por 61 votos favoráveis e 20 contrários. Senadores rejeitaram pena de inabilitação da petista para funções públicas. **G1 Zona da Mata**. Juiz de Fora, 31 de agosto 2016b. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/processo-de-impeachment-de-dilma/noticia/2016/08/senado-aprova-impeachment-dilma-perde-mandato-e-temer-assume.html>.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GOMES, G. F. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS de seus modelos privados de gestão. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2014, p. 25-31.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008, p. 36-39.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. 1 ed. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, Belo Horizonte, 2010.

GUEDES, H. H. S. **O Desafio da Prevenção em AIDS: um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência em JF/MG**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

GUERRA, I. As dimensões da prática profissional e possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.2, n. 2, p. 9-21, jul-dez/2002.

_____. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, 2007.

_____. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, M. V.; BATTINI, O. (Orgs). **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento Operacional Padrão: utilização na assistência de Enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, nov. – dez., 2008.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 18 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009a.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009b.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

JUIZ DE FORA. **Edital de chamamento público nº008/2012** – processo nº 007319/2012. Dispõe sobre a chamada pública de prestadores de serviço para operacionalização e execução das ações e serviços na Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA-Sul). Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

_____. **Plano de Saúde 2014-2017**. Prefeitura de Juiz de Fora: Secretaria de Saúde. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2013a. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf. Acesso em: 20 de jan. 2016.

_____. **Portaria 1879 de 27 de maio de 2013**. Dispõe sobre a criação de Comissão Técnica para Regular a Contratação de Prestadores Privados para Participação Complementar no Sistema Único de Saúde no âmbito do Município de Juiz de Fora. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2013b.

_____. **Plano Diretor da Atenção Primária** – Projeto de Implantação. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014a.

_____. **Decreto 12021 de 07 de julho de 2014**. Regulamenta a organização e as atribuições da Secretaria de Saúde - SS, instituída pela Lei nº 10.000, de 08 de maio de 2001, que “Dispõe sobre a Organização e Estrutura do Poder Executivo do Município de Juiz de Fora, fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências”. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014b.

_____. **Decreto 12554 de 06 de janeiro de 2016**. Estabelece a “Situação de Emergência” relativamente ao atendimento de saúde de urgência e emergência no Município de Juiz de Fora em virtude da atual situação do atendimento à população de Juiz de Fora e dá outras providências. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016a.

_____. **Edital de chamamento público nº004/2016** – processo nº 1515/2015 vol. 01. Dispõe sobre a seleção de prestadores de serviço para celebração de contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços na Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA-Sul). Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016b.

_____. **Edital chamamento público nº005/2016** – processo nº 1514/2015 vol. 01. Dispõe sobre a seleção de prestadores de serviço para celebração de contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços na Unidade de Pronto Atendimento Oeste (UPA-Oeste). Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016c.

_____. **Decreto 13042 de 08 de agosto de 2017**. Aprova a alteração da terminologia das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) para Unidade Básica de Saúde (UBS) no

âmbito do município de Juiz de Fora, de acordo com o estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2488/2011. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2017.

JÚNIOR, F. B. Políticas de saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2014, p. 20-23.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

KOHN, S. C. Serviço Social na unidade de emergência referenciada: espaço construído e legitimado. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 5, n. 5, p. 35-48, 2006.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências**: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro. 2013. 108f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEAL, P. R. A. **Análise do sistema de referência e contra-referência nos níveis de complexidade de atenção à saúde no município de Juiz de Fora**: desafio de integrar os serviços. 153f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

LÖWY, M. **Ideologias e Ciência Social** – elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 1985.

LUKÁCS, G. **Introdução a uma estética marxista**: sobre a categoria da particularidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978, p.159-179.

MACHADO, K. Novidade no SUS. **RADIS** – Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 83, 2009, p. 12-16.

MACHADO, C. V; SALVADOR; F. G. F; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, p. 519-528, 2011.

MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3., p. 521-532, 2011.

MACHADO, C. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev., 2016.

MARQUES, A. J. S. et al. (Orgs). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: Autêntica Editora Ltda, 2009.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social e m contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set., 2011.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1667-1676, 2013.

MARX, K. Introdução [à crítica da Economia Política]. In: **Coleção “Os Pensadores”**. São Paulo: Editora Nova Cultura, 1996.

MARX, K. **O Capital** – Crítica da Economia Política. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. Tradução: Reginaldo Sant’Anna. v 1. 18 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MATOS, M. C. No rastro dos acontecimentos: a Política de Saúde no Brasil. In: OLIVEIRA, M. J. et al (Org.). **Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho do assistente social**. 1 ed. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014, p. 27-46.

_____. Assistente Social: trabalhador da área da saúde. In: MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, V. A. **Serviço Social** – cotidiano profissional nas Unidades de Pronto Atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro. 2012. 187 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MENEZES, J, S, B. Os governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais: “nada de novo no front”. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2014, p. 07-19.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde**. [2016?] Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MIOTO, R, C, T.; NOGUEIRA, V, M, R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A, E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 01-34.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, nº25, p. 221-243, 2009.

MOTA, A. E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 694-705, out./dez., 2014.

MOURÃO, A. M. A.; SOUZA, A. S. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à saúde**, Juiz de Fora, a. 4, n. 9, p.33-38, dez./ maio, 2002.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2001.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A, E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 1-22.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/CRESS, 2009, p.1-37.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, V, M, R.; MIOTO, R, C, T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A, E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 218-241.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, H. M. G. Retrato das manifestações de rua no processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff: a construção da opinião pública pela mídia privada brasileira. **Revista Pauta Geral – Estudos em Jornalismo**, Ponta Grossa, v. 3, n. 2, p.83-96, jul./dez., 2016.

ORTIZ, F. G. Desafios contemporâneos para o Serviço Social: algumas considerações. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p. 1-31, jan-dez/2006, jan-dez/2007.

PAULA, L. G. P. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v 1 , n 1, p. 75-91, 2002.

PEREIRA, M, C, S. A precarização da política de saúde: uma expressão da questão social. **Interface**, Natal, v. 6, n. 1, jan./jun., 2009.

PEREIRA, E. S. S. L.; SILVA, A. C. C. Impactos das mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, p. 209-224, 2013.

PERES, A. C. et al. A medida da fila. **RADIS – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.159, 2015, p. 12-29.

PIRES, D. A reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jul., 2000.

_____. **A reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo, 2008.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set.. 2011.

RAMOS, A. Instrumentos e técnicas de trabalho do assistente social: notas para uma reflexão crítica. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013, p. 65-83.

REIS, R. S. **O trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança**. 2008. 131 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

REZENDE, C. S. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças ao projeto neoliberal. In: BRAVO, M, I, S. et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008, p. 25-35.

ROMANI, M. H. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, CFM, p. 41-53, 2009.

SANTOS, C. M. As Dimensões da Prática Profissional do Serviço Social, **Revista Libertas, Juiz de Fora**, v. 2, n. 2 e v.3, n.1 e 2, p. 22-42, 2002.

SANTOS, C. M.; NORONHA, K. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social – uma perspectiva crítica. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org.). **Serviço Social**: temas, textos e contextos. 5 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

SIRELLI, P. M. **Terceirização na esfera pública estatal**: estratégia (im)posta à Universidade Federal de Juiz de Fora. 2008. 124 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

_____. Terceirização na esfera pública estatal: estratégia (im)posta à Universidade Federal de Juiz de Fora. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 131-157, 2009.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

_____. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos** – desafios atuais. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013, p.91-114.

SOUZA, M. A. S. L. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334-344, 2010.

SOUZA, A. R. **A contrarreforma do setor saúde: uma análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora**. 2012. 164 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

SOUZA, I. D. **Integralidade da assistência**: a narrativa de usuários egressos de Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde. 2012. 300f. Dissertação (mestrado) – Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

SOUZA, N. C. R. “**Novos**” **modelos de gestão da saúde em Pernambuco e rebatimentos na prática dos assistentes sociais nas Unidades de Pronto Atendimento**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

STEPHAN SOUZA, A. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 3, p. 35-45, 2010.

TEIXEIRA, M. J. As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Upas) 24H. O fetiche do novo modelo de gestão e o impacto do Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, M. J. et al (Org.). **Política de Saúde hoje**: interfaces & desafios no trabalho do assistente social. 1 ed. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014, p. 47-66.

TRIBUNA DE MINAS. Região nordeste fica desassistida sem serviço: atendimento ambulatorial fechado desde 2014 prejudica moradores de Juiz de Fora e cidades vizinhas. **Tribuna de Minas**. Juiz de Fora, 07 de junho de 2016. Disponível em: <http://tribuna.techlise.com.br/regiao-nordeste-fica-desassistida-sem-servico/>. Acesso em: 25 jun. 2017.

VASCONCELOS, A, M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A, E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 242-272.

_____. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, C; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 531-562.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“O trabalho do Assistente Social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Juiz de Fora: especificidades de um espaço sócio-ocupacional”**. Nesta pesquisa pretendemos analisar e refletir sobre o trabalho do assistente social nas UPAs de Juiz de Fora, procurando desvendar as suas especificidades e determinações. O motivo que nos leva a este estudo é a constatação da escassa produção teórica sobre o trabalho do assistente social na urgência e emergência. Além disso, as UPAs se constituíram enquanto serviços privilegiados nos governos Lula e Dilma na condução da Política de Atenção às Urgências, configurando-se como campo de absorção e contratação de assistentes sociais, exigindo análise e reflexão sobre esse espaço de atuação na saúde. A pesquisa contribuirá para o conhecimento e problematização do trabalho do assistente social na urgência e emergência, a partir da experiência nas UPAs do município de Juiz de Fora, além de adensar as reflexões acerca da intervenção profissional na área da saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: a) realização, por meio de gravação, de entrevista semi estruturada baseada em roteiro previamente elaborado; b) transcrição literal das entrevistas; c) análise e interpretação dos dados; d) elaboração de relatório. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, visto que este estudo não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais do entrevistado. Cabe ressaltar que caso o instrumento de coleta de dados não seja elaborado e aplicado com cuidado, pode gerar desconforto, constrangimento, cansaço e estresse ao entrevistado. Além disso, o sujeito entrevistado pode se sentir inseguro no que se refere à quebra do sigilo e anonimato, especialmente pela pesquisa envolver um universo pequeno de entrevistas e instituições, dada a recente inauguração das UPAs no município de Juiz de Fora. Tendo em vista esses possíveis riscos, serão adotadas como medidas de precaução/prevenção o fornecimento de esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e a adesão à participação voluntária ao estudo. Além disso, o roteiro da entrevista não será identificado por nome, para que se preserve a confidencialidade dos dados, e será assegurada privacidade para responder as questões do roteiro e interrupção da entrevista a qualquer tempo. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução

Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**O trabalho do Assistente Social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Juiz de Fora: especificidades de um espaço sócio-ocupacional**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, de de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Endereço: Campus Universitário da UFJF/ Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Thays Valle do Carmo Aragão

Endereço: Campus Universitário / Faculdade de Serviço Social

CEP: 36036-900/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3569

E-mail: thayscarmo@gmail.com

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Unidade de Saúde: _____ **Data:** ____/____/____ **Entrevista n°:** _____

1. Identificação do profissional

- Formação Profissional: a) Ano: _____ b) Instituição: _____
- Admissão na unidade: a) Tempo de Serviço: _____
b) Carga horária de trabalho: _____
c) Vínculo empregatício: _____
- Possui outros vínculos de emprego: () Sim () Não Local: _____
- Capacitação e atualização profissional: Quando: _____ Onde: _____
- Participa dos Órgãos da Categoria? Quais e como? _____

- Participa de algum organismo de participação coletiva? Quais e como? _____

2. O trabalho do assistente social nas UPAs

2.1 – Condições e relações de trabalho

- Como é a sala de atendimento?
- Onde são feitos os registros dos atendimentos realizados?
- Quais são os profissionais que compõem a equipe de trabalho?
- Como é a sua relação com a equipe?
- Você possui uma chefia a que deve se reportar?
- E as relações intersetoriais e de mobilização da rede de atendimento, como se efetivam?
- Existem reuniões de articulação da rede de urgência e emergência? O Serviço Social participa dessas discussões?

2.2 – Demandas e organização do trabalho

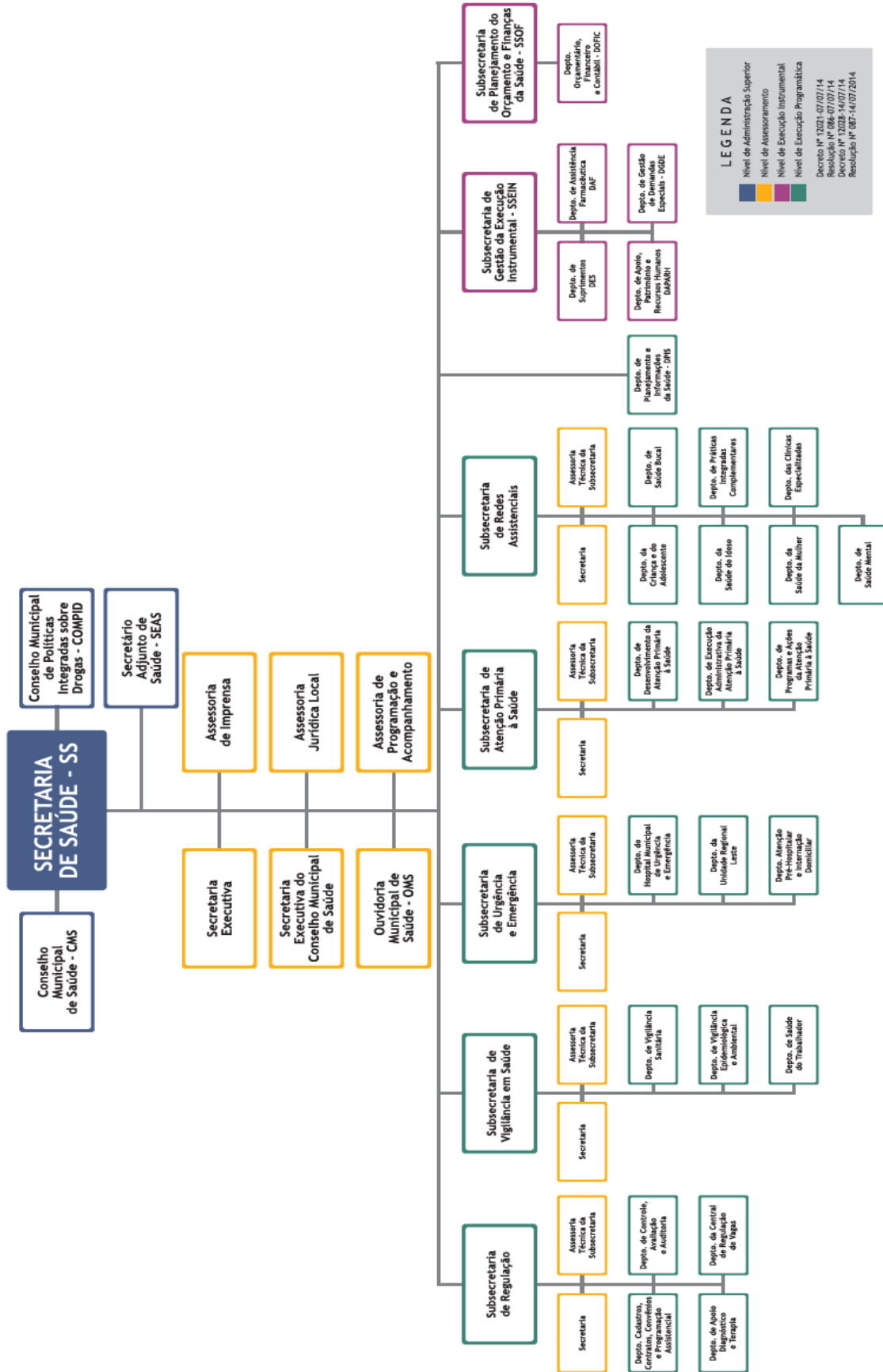
- Quais são as demandas apresentadas pelos usuários?
- Quais são as demandas colocadas pela instituição para o seu trabalho?
- Existe tensão entre essas demandas?
- Quais são os objetivos do seu trabalho na UPA?
- Quais são suas principais frentes de trabalho, competências e atribuições?
- Qual a rotina de trabalho? Quem organizou? Você concorda? Vê necessidade de mudanças?
- Quais são os instrumentos e estratégias utilizados na realização do seu trabalho?

- Existe planejamento das ações? Se sim, como é realizado?
- Existem formas de avaliação ou monitoramento dos resultados do seu trabalho? Se sim, como são realizados?
- De maneira geral, quais são os desafios para a realização do seu trabalho?
- Quais as possibilidades vislumbradas?

2.3 – Articulação teórico-prática e aspectos ético-políticos

- O que você tem a comentar sobre a Política de Urgência e Emergência municipal?
- Como você caracteriza os serviços prestados pela UPA onde trabalha? Por quê?
- Os serviços ofertados estão organizados tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários? Em caso negativo, você propõe alguma mudança?
- Como você avalia a sua autonomia profissional enquanto assistente social da UPA?

ANEXO



LEGENDA

- Nível de Assessoramento
- Nível de Execução Instrumental
- Nível de Execução Programática

Decreto Nº 12021-07/0714
 Resolução Nº 086-07/0714
 Decreto Nº 12028-14/0714
 Resolução Nº 087-14/072014