



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

**Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios
da política social”**

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional

Serviço Social do Hospital Central da Polícia Militar: retrospectiva histórica e elementos de análise de sua atuação

Clara Barbosa Freitas¹

Resumo

O trabalho visa analisar a atuação do Serviço Social do Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (HCPM) com a finalidade de qualificar a atuação profissional e conhecer as especificidades deste espaço sócio ocupacional. Foi desenvolvido um estudo da trajetória histórica do Serviço Social na PMERJ e a realização da leitura e análise do livro de ocorrências e reuniões do Serviço Social. Assim, foi possível debater a forma de organização do Serviço Social no HCPM, suas principais ações desenvolvidas e os instrumentos utilizados, bem como propor mudanças em seu desenvolvimento.

Palavras-chave:Serviço Social, Saúde, PMERJ.

Abstract

The objective of this article is to analyze the Social Work are another Rio de Janeiro State Police Central Hospital (HCPM) with the purpose of qualifying the professional activities and knowing the specificities of this socio occupational place. A study about the historical path of the Social Work of the Rio de Janeiro State Police (PMERJ) was developed and, additionally, it was analyzed the occurrence book and meetings. So it was possible to discuss the structure of the Social Work in side this institution, the main activities developed and the utilized tools as well to propose changes at the organization development.

Keywords:Words, Social Work, Health, PMERJ.

Introdução

O trabalho aqui desenvolvido tem como pano de fundo o Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (HCPM) e o setor de Serviço Social deste hospital. A especificidade deste espaço socioocupacional, ainda não muito estudado, necessita de aprofundamento, uma vez que vem sendo observado uma elevação progressiva de vagas para o Serviço Social em instituições militares.

¹ Formação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialização em Serviço Social e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O objetivo central se configura em analisar o exercício profissional do Serviço Social no HCPM. Para tanto, escolheu-se realizar uma retrospectiva histórica do Serviço Social na PMERJ através da leitura de documentos históricos bem como realizar uma análise do conteúdo do livro de ocorrências do setor e do livro de registro das reuniões realizadas para se compreender este campo e repensar a atuação do Serviço Social nesta instituição.

Desenvolvimento

A unidade de saúde hoje denominada Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro foi criada pelo Decreto-lei nº. 2.752, de 7 de novembro de 1940. É a principal unidade de saúde da Corporação e atende policiais militares da ativa e inativos, bem como seus dependentes e pensionistas.

O HCPM é considerado um hospital de média/alta complexidade com cerca de 240 leitos. Apresenta, ainda, atendimento de Emergência, leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal, além de Centro Cirúrgico e Ambulatórios. Possui uma média mensal de 15 mil consultas ambulatoriais, 600 internações, 300 cirurgias, cinco mil atendimentos na emergência e 25 atendimentos a baleados².

O Serviço Social na PMERJ

Destaca-se que o Serviço Social, que é uma profissão historicamente determinada e inserida na divisão social e técnica do trabalho, surgiu no contexto da sociedade capitalista em seu estágio monopolista e atua diretamente nas expressões da questão social³, uma vez que, foi demandado do Estado, mecanismos de intervenção econômicos, sociais e políticos para amenizar as consequências do agravamento da questão social.

Na PMERJ, o Serviço Social congrega estas mesmas características sofrendo, ao longo da história, avanços e retrocessos derivados das diferentes conjunturas

² Conforme dados de 2007, disponíveis em www.intranet.rj.gov.br/exibe_pagina.asp?id=2619 Acesso em julho de 2013

³ A questão social é entendida por Yamamoto (1998, p.16-17) como o [...] conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.

vivenciadas, bem como se desenvolve em meio às tensões entre os objetivos da instituição e as necessidades dos usuários.

De acordo com o documento do Serviço Social da PMERJ denominado “Evolução histórica do Serviço Social”, a inserção do Serviço Social na PMERJ ocorreu em 1967, no HCPM. Naquele momento passou a compor a equipe de Serviço Social da PMERJ uma assistente social da Arquidiocese da Guanabara, instituição vinculada à Igreja Católica.

Vale resgatar o momento histórico da década de 1960, que coincide com o surgimento do Serviço Social na PMERJ. Neste período havia sido instaurada a Ditadura Militar (1964) e a questão social passou a ser enfrentada através do binômio repressão/assistência (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). A política social foi ampliada objetivando elevar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e obter legitimidade para o regime, além de servir de mecanismo de acumulação de capital (BRAVO, 2010).

A prática dos assistentes sociais neste período foi influenciada pela modernização conservadora⁴, que produziu um amplo mercado de trabalho para os assistentes sociais mudando, inclusive, a base de legitimidade profissional. Assim, iniciou-se um processo de renovação do Serviço Social.

A “perspectiva modernizadora” foi a primeira direção da renovação do Serviço Social e predominou até meados da década de 1970. Tal perspectiva não discutia a política, uma vez que o Brasil encontrava-se em um momento histórico antidemocrático. Desse modo, priorizou-se a discussão sobre método, descolado de elementos sociais, políticos e econômicos.

As modificações realizadas na compreensão do Serviço Social à época apresentaram rebatimentos na prática do assistente social na saúde, que ampliou sua atuação nesta área. Como rebatimento desta conjuntura no Serviço Social da PMERJ, observou-se um aumento do quantitativo de profissionais, especialmente no ano de 1970, onde 19 assistentes sociais ingressaram na PMERJ.

Com o início da crise da ditadura militar em meados dos anos 1970 foram sentidas consequências no processo de renovação do Serviço Social. Emergiu, então, outra perspectiva no processo de renovação do Serviço Social, conhecida como

⁴Este movimento é caracterizado por estudiosos como um processo de modernização que não destruiu os elementos tradicionais, provenientes da antiga sociedade pré-industrial, e no qual os proprietários rurais permaneceram no centro do poder político.

“reatualização do conservadorismo”, que apresenta forte influência da fenomenologia, propondo uma atuação psicossocial. Tal perspectiva influenciou a prática das assistentes sociais da PMERJ e seus traços foram percebidos através da associação da profissão com entidades da Igreja Católica como, por exemplo, a associação à Arquidiocese da Guanabara.

Em 1980 foram observados resquícios da influência da perspectiva de reatualização do conservadorismo. Isto ficou perceptível nos projetos implementados e planejados naquela época como o “Grupo de Primigestas”, cujo objetivo, segundo a documentação consultada, era de “motivar as gestantes a uma participação ativa como mãe, esposa e membro de uma comunidade, através de experiências pessoais e grupais, preparando-as psico-socialmente para o período da gravidez, parto e amamentação [...]” (PMERJ, 1982). A partir de tal objetivo é possível perceber uma vertente psychologizante, além de um trabalho que visava adequar a mulher a seu papel na sociedade.

Entretanto, foi possível observar que, ao longo da década de 1980, o Serviço Social da PMERJ também recebeu influência da “perspectiva de intenção de ruptura”, que apresenta uma leitura marxista da profissão. Assim, participou, em 1984, do planejamento, implantação e execução do Plano Operacional de Saúde da PMERJ que culminou na criação do Subsistema de Saúde da PMERJ. A finalidade deste Plano era oferecer ao policial militar e seus dependentes, uma “assistência à saúde de forma hierarquizada e descentralizada” (PMERJ, 1986).

Apesar dos avanços identificados, da competência profissional das assistentes sociais lotadas na PMERJ e o constante engajamento no planejamento e execução de projetos, verificou-se um declínio no quantitativo de profissionais até o momento atual. Dos 26 assistentes sociais civis que trabalhavam na PMERJ no início dos anos 1990, restaram apenas 9 em 2010.

Em 2010, o Serviço Social da PMERJ viveu um novo capítulo em sua trajetória histórica. Isto ocorreu devido a criação da categoria Serviço Social vinculada ao Quadro de Oficiais da Saúde (QOS), no ano de 2009. Desse modo, atualmente, existem 16 assistentes sociais ocupando as vagas do QOS, sendo dez Capitães e seis 1º Tenentes.

Inicialmente, sete assistentes sociais do QOS integraram a equipe de Serviço Social do HCPM, entretanto, em março de 2014 todos os assistentes sociais do QOS foram transferidos para a Diretoria de Assistência Social da PMERJ, modificando

completamente a estrutura de trabalho do Serviço Social do HCPM. A partir de então, o Serviço Social passou a contar apenas com três funcionárias civis e um militar do QOS.

Apenas recentemente, em meados de março de 2015, esta organização foi alterada disponibilizando dez assistentes sociais somados às três civis. Apesar do considerável quantitativo⁵, na prática, a realidade mostra-se semelhante àquela observada antes da saída de todo o QOS para a DAS, ou seja, a equipe é composta por dois a três profissionais trabalhando, por dia, no HCPM.

Com a entrada dos assistentes sociais militares na PMERJ as possibilidades de trabalho se expandiram. Isto se deu não somente pela elevação do quantitativo de profissionais, mas também devido a maior liberdade de negociação com a direção do hospital, pela condição de militares. Desse modo, foi possível negociar acerca da possibilidade de implantação de projetos, da necessidade de condições de trabalho adequadas, entre outras questões.

Apesar desta ampliação das possibilidades de trabalho, foram identificados, também, entraves para a inserção neste espaço socioocupacional relacionados à natureza da instituição, que se assenta por normas e uma cultura que vão de encontro ao projeto ético-político profissional. Isso significa que a equipe enfrentou dificuldades relacionados a questões militares envolvendo hierarquia, uma vez que tiveram que atender a ordens estabelecidas pelos oficiais superiores, em detrimento das atividades diretamente ligadas ao Serviço Social, bem como se dedicaram a atividades tipicamente militares como participação em averiguações, comparecimento em solenidades e eventos militares.

Foram identificados, ainda, obstáculos comuns a outros espaços socioocupacionais em que o assistente social se insere. Isto nos faz perceber que, apesar das singularidades derivadas de uma instituição militar, muitos dos desafios são semelhantes a outros locais de inserção do assistente social e a reflexão sobre este espaço socioocupacional torna-se pertinente e similar a diferentes realidades enfrentadas em distintos campos de atuação.

Concordamos com Zacaron (2011) quando destaca que um dos sujeitos que determinam as necessidades sociais que o assistente social deve responder é o empregador, uma vez que o assistente social é um trabalhador assalariado, com

⁵Estes dez profissionais prestam serviços no HCPM uma vez por semana e dividem sua carga horária semanal entre este hospital e outras unidades da PMERJ.

autonomia relativa, que vende sua força de trabalho especializada a diferentes empregadores.

A tensão existente entre o projeto profissional e a condição de assalariado do assistente social se evidencia quando o Serviço Social é “chamado a responder às necessidades do capital, sendo usado como ‘instrumento promotor de adesão’ do trabalhador às necessidades da instituição a qual trabalha” (ZACARON, 2011, p.50). Desse modo, o assistente social situa-se na tensão entre os objetivos institucionais e os objetivos profissionais, voltados a atender as necessidades e os direitos dos trabalhadores, conquistados nas lutas coletivas.

Isto se reflete nos mais diferentes campos socioocupacionais incluindo neste meio a PMERJ e, mais especificamente, o HCPM. O assistente social é desafiado pela própria natureza e características da instituição, que é um espaço de contradição que traz em sua imagem, perante a sociedade, estigmas e preconceitos de um passado marcado pela ditadura militar, opressão e restrição de direitos, principalmente direitos civis (ZACARON, 2011).

Para tentar identificar os nós da atuação e as estratégias para seu enfrentamento, bem como os instrumentos criados para a prática profissional e seus desdobramentos foi realizada a leitura e análise do Livro de Ocorrências do Serviço Social do HCPM, aberto no dia 25 de julho de 2011⁶ e que se encerrou no dia 30 de abril de 2013. Foram 200 páginas analisadas que demonstram o desenvolvimento do setor ao longo deste período.

Para o alcance de informações detalhadas sobre o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social do HCPM foi realizada a leitura do Livro de Reuniões do Serviço Social do HCPM. Neste livro foram registradas 27 reuniões em 36 páginas.

Na contracorrente do que vem ocorrendo atualmente, onde os registros do trabalhos assistentes sociais são realizados burocraticamente, sendo incompreendidos pelos próprios profissionais que o fazem e pouco utilizados como fonte de pesquisa (MATOS, 2013), buscou-se sistematizar a prática desenvolvida pelo Serviço Social no HCPM. Portanto, foi de fundamental importância a qualidade dos registros obtidos nestes livros, os quais possibilitaram a criação de um conteúdo para se repensar essa

⁶A abertura deste livro se deu de forma concomitante à entrada das sete assistentes sociais no hospital que iniciaram sua atuação no HCPM em julho de 2011.

prática, investigando-a, além de conduzir à reflexão necessária à avaliação e ao planejamento do exercício profissional desenvolvido pelo Serviço Social no HCPM.

Partilhando deste entendimento, é possível concordar com Almeida (2009) que entende que a sistematização deve se constituir como atividade cotidiana do trabalho devido aos seus impactos positivos. Dentre estes, destaca-se o impacto mais imediato, qual seja:

[...] a reflexão sobre alguma dimensão da atividade profissional favorecendo um reordenamento desta experiência. [propiciando] uma reflexão sobre certos instrumentos de trabalho, sobre a pertinência dos mesmos aos objetivos propostos e ao aporte teórico-metodológico utilizado, assim como a experimentação de novas técnicas (ALMEIDA, 2009, p.403).

Além da sistematização da prática, é possível desenvolver, através da análise do registro das ações resultantes do exercício profissional, a prática da dimensão investigativa (MATOS, 2013). Destaca-se que a formação profissional do assistente social, a partir da década de 1990, delimita um perfil de profissional que exige “as dimensões investigativa e interventiva como princípio formativo e condição central da formação profissional e da relação teoria e realidade” (ABESS, 1997, p.61). Assim, entende-se que o profissional deve ser capaz de desvelar as dimensões constitutivas da chamada questão social através da pesquisa, a fim de identificar e construir estratégias que venham a orientar e instrumentalizar a ação profissional, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas e/ou consolidadas, mas sua reconstrução crítica (GUERRA, 2009). Portanto, o que se pretende realizar com o trabalho aqui desenvolvido, nada mais é do que o cumprimento de uma exigência profissional.

Nas linhas subsequentes será apresentada, por eixos, a forma de organização do trabalho do Serviço Social no HCPM, bem como será dada ênfase nas principais ações desenvolvidas pelo setor destacando os instrumentos desenvolvidos para a prática profissional.

Conhecimento da dinâmica profissional

A primeira ação desenvolvida pela equipe de Serviço Social do HCPM, após a entrada dos assistentes sociais do QOS, em 2012, foi a observação da dinâmica de funcionamento do hospital, seus setores, o desenvolvimento dos processos de trabalho hospitalar e suas especificidades. O objetivo principal era focar a atenção nas diferentes categorias profissionais que compõem a equipe de saúde do HCPM, atentando para

como se dá a divisão das enfermarias, identificando quais são as mais populosas, bem como o perfil dos usuários. Verificou-se também a necessidade de conhecer as principais demandas da equipe multiprofissional, quais são os problemas mais frequentes e as queixas feitas pelos pacientes e seus familiares/acompanhantes. Somado a isso, percebeu-se a necessidade de entender quais são as maiores dificuldades para articulação e execução do trabalho compreendendo todo o funcionamento da unidade.

Projetos Profissionais

Ao final do processo de conhecimento da dinâmica institucional, foi possível elaborar um projeto de intervenção do Serviço Social no HCPM. Cabe ressaltar que este projeto tentou conciliar tanto os objetivos institucionais, abarcando as demandas que foram apresentadas pelos diversos setores do hospital, bem como os objetivos profissionais.

Importa destacar que, ao final de cada ano, a equipe de Serviço Social do HCPM desenvolve um Planejamento Estratégico para o ano seguinte com o objetivo de nortear a atuação da equipe e identificar que projetos e ações serão privilegiados e de que maneira o trabalho será desenvolvido. Este instrumento também se torna importante para que se faça uma avaliação do ano que passou a fim de se identificar os pontos em que o serviço avançou, quais devem ser melhor trabalhados e que rumos devem ser modificados para o próximo ano de trabalho.

Sobre este tipo de instrumento, concordamos com Sousa (2008, p. 124) que acredita que “expressar os objetivos que se quer alcançar não significa que eles necessariamente serão alcançados. Nunca podemos perder de vista que qualquer ação humana está condicionada ao momento histórico em que ela é desenvolvida”.

Portanto, apesar da existência de um Projeto de Intervenção e de Planejamentos Estratégicos anuais, tem-se a consciência de que nem sempre todos os objetivos serão atingidos pois uma série de variáveis interfere em seu alcance, como os ditames da direção do hospital, que define certas prioridades em detrimento de outras, alterações sentidas ao longo da realização de certas atividades, definindo mudanças nos rumos adotados, entre outros fatores.

Destaca-se, ainda, que foram realizadas diversas tentativas de atividades com grupos envolvendo os acompanhantes de pacientes internados, sala de espera com os visitantes do CTI, atividades na pediatria etc. Entretanto, o trabalho com grupos não

conseguiu obter êxito por muito tempo e os assistentes sociais envolvidos passaram a se dedicar a outras atividades. Também foi iniciado um trabalho junto aos pacientes em tratamento oncológico. O Serviço Social elaborou um projeto que buscou esclarecer os usuários quanto a seus direitos, enfocando também os direitos específicos destes pacientes pela sua condição de policiais militares, sendo criado também um folder explicativo com estas informações.

O Serviço Social iniciou a discussão de um projeto para capacitar os cuidadores dos pacientes internados com doenças crônicas, outro junto à enfermaria de Cardiologia, com o objetivo de criações preventivas a fim de evitar as reinternações. Iniciou um processo de parceria ao Grupo de Apoio à Pacientes Diabéticos e Hipertensos, além de uma aproximação com o setor de urologia no que se refere a criação de estratégias de trabalho com planejamento familiar, entre outros.

Organização do trabalho, registro profissional e instrumentos do Serviço Social

Diversas foram as tentativas de organização do fluxo de trabalho do Serviço Social no HCPM. Observa-se, até hoje, uma grande dificuldade de organização devido, principalmente, ao reduzido quantitativo de profissionais frente às demandas requeridas e às identificadas.

Foram criadas estratégias como o desenvolvimento da figura do “assistente social de referência” nas enfermarias para que fossem criados vínculos entre os profissionais e usuários. Outra perspectiva utilizada foi o trabalho realizado apenas através de resposta à pareceres e chamados da equipe de saúde, em detrimento da busca ativa, entre outras formas.

No que se refere à forma de registro profissional no HCPM, muitas foram as tentativas de encontrar a maneira mais adequada. Inicialmente havia um único livro onde eram registrados todos os atendimentos realizados através de demanda espontânea, respostas aos pareceres da equipe de saúde, bem como o registro do repasse de informações sobre os acontecimentos no setor e informações úteis a toda a equipe.

Com a entrada do QOS foram criados livros de registro dos atendimentos por enfermaria, além do Livro de Ocorrências do Serviço Social, que foi utilizado para a elaboração do trabalho em tela. Com a leitura e análise deste livro, é possível identificar mudanças com relação ao conteúdo das informações registradas. Inicialmente concentrava todo tipo de informação obtida em reuniões, contato com outras unidades e

instituições, orientações de diferentes naturezas para toda a equipe – como explicitação da forma de preenchimento das estatísticas, orientações sobre documentos, mudanças na rotina de atendimentos – além do desenvolvimento de casos atendidos pelo setor e pendências a serem resolvidas.

Após adquirir experiência, a equipe identificou que o Livro de Ocorrências possuía objetivos específicos e que certas informações não deveriam ser transcritas neste livro, a fim de desburocratizar o setor.

Portanto, é possível dizer que, apesar dos erros e acertos no que se refere aos registros no livro de ocorrências, atualmente, o Serviço Social do HCPM tem conseguido seguir a sugestão apresentada por Matos (2013) que compreende que tal livro destina-se a “atualização das informações da equipe para a equipe do outro dia, sendo uma prestação do que foi feito, do que não pôde ser desenvolvido e espaço sinalizador das demandas encaminhadas para o dia seguinte” (MATOS, 2013, p. 136-137).

Após mudanças no fluxo de atendimento, que resultaram na extinção dos livros de registro das enfermarias, foi criado o Livro de Registro dos Pacientes Atendidos pelo Setor. Neste livro eram registrados os nomes dos pacientes atendidos no dia e informada à existência ou não de pendências e necessidade de acompanhamento.

Destaca-se ainda que, com a extinção dos livros por enfermaria, que contavam com todos os atendimentos realizados em cada enfermaria, foi convencionado que o ideal seria a abertura de uma ficha social para cada usuário atendido. Assim, a cada novo atendimento, é recuperada a ficha social do paciente, que se encontra arquivada, para que seja registrado o atendimento realizado. Desse modo, foi possível concentrar, em um mesmo instrumento, todos os atendimentos realizados ao paciente.

A existência de instrumento de trabalho destinado à escrita é percebida por Sousa (2008), como de fundamental importância para a sistematização da prática. Para ele,

Todo processo de registro e avaliação de qualquer ação é um conhecimento prático que se produz, e que não se perde, garantindo visibilidade e importância à atividade desenvolvida. E mais: sistematizar a prática e arquivá-la é dar uma história ao Serviço Social, uma história ao(s) usuário(s) atendido(s), uma história da inserção profissional do Assistente Social dentro da instituição – é essencial para qualquer proposta de construção de um conhecimento sobre a realidade social (SOUSA, 2008, 129).

Importa ressaltar o registro das ações do Serviço Social realizado em prontuário único. Atualmente, o prontuário único tem como objetivo não apenas servir de meio de comunicação entre a equipe e registro dos procedimentos realizados, mas também deve se constituir, conforme destaca Matos (2013, p.112), “em fonte para ações de planejamento e pesquisa com vistas ao aprimoramento do serviço de saúde”.

Apesar da compreensão da importância desses registros, o Serviço Social no HCPM acompanha a tendência nacional da baixa qualidade dos registros⁷. Sendo assim, nem sempre as ações do Serviço Social são descritas no prontuário único. Para Matos (2013), a ausência dos registros pode se dar por três motivos: o primeiro é derivado da forma como o trabalho coletivo em saúde está sendo organizado, uma vez que, na maioria das vezes, os prontuários localizam-se distantes do Serviço Social. O segundo motivo está relacionado ao modo como a intervenção do Serviço Social vem sendo construída. Isso quer dizer que a rotina de trabalho adotada pode estar dificultando o registro e, somado a isto, está a incompreensão do fazer profissional do assistente social no trabalho coletivo em saúde, que leva a falta de entendimento de quais informações são pertinentes para serem registradas no prontuário único. Já o terceiro motivo se relaciona com a preocupação gerada pela necessidade do sigilo profissional.

Aproximando esta reflexão à realidade do HCPM, o que se verifica é a ausência de registro nos prontuários principalmente devido à dificuldade de acesso aos mesmos, além da incompreensão do conteúdo a ser registrado nos prontuários.

Apesar destas dificuldades, é preciso considerar que o assistente social é o profissional que possui uma leitura ampliada das condições de vida e trabalho dos usuários e da forma como estas afetam a saúde dos mesmos, aí está a importância e necessidade de socializar estas informações aos outros profissionais de saúde (MATOS, 2013).

No que se refere à ficha social elaborada pelo Serviço Social do HCPM, esta foi criada com a entrada das profissionais do QOS. Foram inúmeras as modificações realizadas neste instrumento, resultando em quatro versões até chegar à atual. Tais modificações foram realizadas em função das mudanças nos fluxos de atendimento, bem como devido às diferentes visões que a equipe apresentou relacionadas ao usuário e suas necessidades no decorrer de sua trajetória no hospital.

⁷De acordo com Matos (2013), uma série de pesquisas: Vasconcelos, Gribel, Moraes, 2008; Mesquita e Deslandes, 2010 etc apontam para esta característica nas unidades de saúde brasileiras.

Segundo Costa (2007), a elaboração deste instrumento de trabalho se enquadra como uma forma de objetivação do trabalho do assistente social que diz respeito ao levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos indivíduos. Somado a isso, a autora ressalta que a principal utilidade deste instrumento está na facilitação do fluxo de comunicação entre a unidade de saúde e a família a fim de promover a resolução de problemas decorrentes durante a prestação do serviço de saúde com maior agilidade.

As diferentes versões da ficha social utilizada pelo Serviço Social representam o amadurecimento da equipe com relação ao objetivo deste instrumento. Partindo-se do princípio de que cabe ao assistente social “identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam no processo saúde-doença, mobilizando para isso recursos para o enfrentamento desta realidade” (MATOS, 2013, p.126), a ficha social foi sofrendo alterações para se adequar ao desenvolvimento das entrevistas e, assim, alcançar seus objetivos.

Com o amadurecimento profissional, tornou-se claro que não é relevante o preenchimento de uma longa ficha social se as informações obtidas não serão trabalhadas pela equipe e não resultarão em retorno para a população usuária. Portanto, como afirma Matos (2013, p.127) “o que não podemos é no momento da entrevista reproduzir uma abordagem nos moldes do ‘inquérito social’” Desse modo, a ficha social utilizada atualmente reduziu-se em tamanho, mas aumentou em qualidade e direcionamento das perguntas a fim de qualificar a entrevista social.

Entretanto, as fichas sociais atualmente não são anexadas no prontuário único. A falta desta prática deve ser revista pela equipe pois, conforme sugere Matos (2013) a ficha social deve ser preenchida em duas cópias, sendo uma arquivada no setor de Serviço Social e outra no prontuário do paciente para conhecimento de toda a equipe de saúde.

Outros instrumentos foram criados pelo Serviço Social com o objetivo de socializar informações de interesse dos usuários do HCPM e seus familiares. Desse modo, foram criados folders com informações sobre a rotina hospitalar, visitação, acompanhamento dos pacientes, acesso aos recursos da Diretoria de Assistência Social

(DAS), direitos dos paciente oncológicos, vítimas de acidente automobilístico, Cartilha sobre os Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde da PMERJ entre outros⁸.

No que se refere ao levantamento estatístico dos atendimentos realizados pelo Serviço Social foi criado um instrumento para contabilização dos atendimentos destacando não somente as atividades realizadas, mas as demandas apresentadas pelos usuários e os encaminhamentos dados pelo profissional.

Para encerrar a discussão deste eixo é preciso que se reflita que os registros do trabalho profissional não podem se tornar uma “peça a mais na burocracia dos estabelecimentos onde atua o assistente social” (ALMEIDA, 2009, p.403).

Considerações Finais

Com base nos eixos destacados no item anterior, será realizada, a seguir, uma concisa avaliação destes, atentando, principalmente para os nós da atuação identificados, bem como algumas considerações finais acerca do trabalho desenvolvido.

No que se refere ao eixo que trata do “conhecimento da dinâmica profissional”, identificam-se avanços no desenvolvimento do trabalho, uma vez que foi possível realizar uma observação qualificada da rotina hospitalar e um perfil dos usuários atendidos, culminando na elaboração de um projeto com ações destinadas a diversos setores do hospital.

Sobre o eixo dos “projetos profissionais”, importa destacar que muitas das ações propostas pelo Serviço Social não se efetivaram por muito tempo na prática, como os grupos socioeducativos, já outras ações foram pensadas e não conseguiram sequer ser colocadas em práticas, como as propostas de trabalho nos ambulatórios. Fazendo uma análise geral dos motivos que contribuíram para este quadro, se faz presente a questão do reduzido quantitativo profissional. Isso significa que o número insuficiente de profissionais não consegue abarcar todas as frentes de trabalho planejadas, havendo a necessidade de priorizar certas ações em detrimento de outras. Um outro motivo está relacionado às aptidões das profissionais envolvidas, que nem sempre se sentem motivadas a realizar atividades em grupos. Além disso, existem as barreiras estruturais para a realização destas ações como a ausência de espaço físico adequado e o trabalho árduo de mobilização de outros profissionais de saúde a realizarem o trabalho em conjunto.

⁸Os folders criados pelo Serviço Social do HCPM estão disponíveis nos Anexos IV, V, VI

Sobre o eixo de “organização do trabalho, registro profissional e instrumentos do Serviço Social” é possível afirmar que, a equipe de Serviço Social do HCPM possui grande preocupação com a avaliação de seus processos de trabalho. Isto pode ser percebido através das constantes alterações realizadas na rotina de trabalho, que envolvem mudanças nos fluxos de atendimento, o desenvolvimento de materiais socioeducativos diferenciados, a preocupação com a qualificação e formação profissional, entre outras.

Além do mais, apesar das dificuldades vivenciadas ao longo do tempo, no atual momento, a equipe de Serviço Social conseguiu encontrar uma forma de organização e de registro satisfatória. Entretanto, torna-se necessário lembrar que, em face da própria natureza destes eixos, estes são mutáveis e, por essa razão, estarão em constante movimento apresentando modificações, melhorias, mudanças de rumo etc.

Foi possível verificar, assim como nos demonstra Matos (2013), a partir do estudo de Vasconcelos (2001, p.27), que a rotina estabelecida pelo Serviço Social nesta unidade de saúde se equipara ao tipo de trabalho desenvolvido na maioria das unidades de saúde. Logo, se desenvolve a partir do contato com o usuário a fim de levantar suas demandas providenciando os devidos encaminhamentos. Além disso, também se observa uma prevalência de atendimentos individuais sendo, muitas vezes, imprevisível saber se o profissional terá um segundo contato com o usuário.

Apesar de muitas questões apresentadas serem comuns a outras unidades de saúde, o exercício profissional ora analisado apresenta características peculiares, visto que se insere em um contexto de militarismo. Logo, as possibilidades de questionamento se mostram reduzidas e os profissionais possuem outras funções a exercer, típicas da vida militar. Além do mais, verifica-se também uma dificuldade maior de introdução de novas ideias para as práticas e mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

Por fim, destaca-se que este trabalho se conforma apenas como um pontapé inicial na reflexão sobre o Serviço Social nessa instituição. Deve apenas servir de estímulo para o repensar da prática e provocar reflexão para que sejam realizadas mudanças reais não perdendo de vista os objetivos profissionais do assistente social.

Referências

ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Formação profissional: trajetórias e desafios. **Cadernos ABESS** nº 7. São Paulo: Cortez, 1997. 168p.

ALMEIDA, N. L. T. de A. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, M. D. H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS, ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

MATOS, M. de C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013

PMERJ. *Seminário “A Polícia que Queremos! Compartilhando a Visão e Construindo o Futuro”*, 2006. Disponível em: <http://www.comunidadessegura.org/files/active/0/artigo_a_policia_que_queremos_hay_dee_luciane_elizabete.pdf>. Acesso em: 07 jul. de 2013.

PMERJ. *Documento “Evolução histórica do Serviço Social”*, Rio de Janeiro, 1986 (Mimeo).

PMERJ Projeto Serviço Social – gravidez parto e amamentação, Rio de Janeiro, 1982 (Mimeo).

PMERJ Relatório de Atividades do Setor de Serviço Social Realizadas no Ano de 2012, Rio de Janeiro, 2012. (Mimeo).

SOUSA, C. T. de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: *Revisa Emancipação*, Ponta Grossa. 8 (1), 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: set. de 2013.

ZACARON, S. S. **O Serviço Social no comando da Aeronáutica: decifrando este espaço socioocupacional do assistente social**. Dissertação Mestrado – UERJ, 201.