



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

SERVIÇO SOCIAL E ORGANIZAÇÕES MILITARES:
A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
NAVAL DE BRASÍLIA

MARIANNA ROSA DA SILVA

Brasília – DF, Julho de 2019.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

SERVIÇO SOCIAL E ORGANIZAÇÕES MILITARES:
A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
NAVAL DE BRASÍLIA

Pesquisa apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Michelly Ferreira Monteiro Elias.

MARIANNA ROSA DA SILVA

Brasília – DF, Julho de 2019.

MARIANNA ROSA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E ORGANIZAÇÕES MILITARES:
A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
NAVAL DE BRASÍLIA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Michelly Ferreira Monteiro Elias

Orientadora

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

Profa. Dr^a. Kênia Augusta Figueiredo

Examinador Interno

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

Pilar Cler

Examinador Externo

(Marinha do Brasil)

Brasília – DF, 10 de Julho 2019.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado o dom da vida, por ter me sustentado até aqui, me fortalecendo e me ajudando a erguer minha cabeça e lutar por todos os meus sonhos.

Agradeço ao meu maior referencial dessa vida, minha mãe, Terezinha Maria Rosa, por ter lutado para sustentar minha irmã e eu, pelas batalhas vencidas no dia a dia, por ser minha guia, por sempre acreditar em meu potencial e por sonhar meus sonhos comigo. Sei que cheguei até aqui porque tive a senhora ao meu lado, segurando em minha mão, para eu não desistir ou desanimar. É meu exemplo de mulher, de força e amor. Obrigada, mãe, por ter me dado o seu melhor, por ter me ajudado a ser a mulher que sou hoje e por sempre estar ao meu lado.

A minha madrinha, Sônia Rosa, por ser minha segunda mãe, por fazer o papel de mãe em minha vida, por acreditar em meus sonhos e batalhar junto comigo para conquistá-los. Sempre estive ao meu lado, sendo uma de minhas bases, me fortalecendo quando eu pensava em desistir. Não tenho outra expressão a não ser obrigada.

A minha irmã e amiga, Julianna Rosa, por acreditar na minha capacidade, mesmo sendo do seu jeito, por segurar minha mão mesmo quando estava dando broncas. Contigo aprendi que, apesar de todos os pesares, nunca devemos desistir daquilo que sonhamos. Obrigada também por ter nos dado de presente o nosso anjo, Cauã Rosa, que nos preenche, nos traz luz e nos dá forças para continuar trilhando nossos caminhos e batalhando por nossos sonhos.

A minha segunda madrinha, Nilza Rosa, e por minhas tias, Vânia Rosa e Santa Rosa, por serem meus exemplos, por também acreditarem em mim e sempre me darem aquela força quando mais precisei.

A toda a Família Rosa, aos meus avós, tios, primas e primos, por terem sido meu refúgio e terem me ajudado a chegar até aqui.

Ao meu pai, Gregório Rodrigues, que apesar de toda a ausência sei que acreditou e acredita na minha capacidade de voar longe.

Ao meu companheiro, Matheus Pires, por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava, por ter enxugado minhas lágrimas todas as vezes que

falei que não conseguiria mais, independente do que fosse. Por me apoiar, ser meu ombro amigo e me ajudar a enxergar minha força.

A minha orientadora, Michelly Ferreira Monteiro Elias, por ter aceitado me orientar e me ajudar a construir essa pesquisa. Pelas inúmeras vezes que com apenas uma conversa me ajudou a ter novas ideias e inspirações.

As minhas amigas de graduação, Ana Lídia Machado e Nahla Lasneaux, por serem tão companheiras, mesmo com grades horárias tão distintas. Aos colegas da Turma 1º/2015 de Serviço Social pelas trocas de conhecimentos em todos esses semestres e por todas(os) que conheci na Universidade de Brasília e foram essenciais durante minha caminhada pela graduação.

Agradeço as Assistentes Sociais que tive a oportunidade de conhecer e trabalhar durante meus estágios: Shirley Rocha, Fadeslaine Siqueira, Fabiana Oliveira, Pilar Cler e Michele Moraes. Elas colaboraram com o meu processo de reconhecimento e construção enquanto futura Assistente Social.

Ao Hospital Naval de Brasília, por me permitir conhecer mais sobre as Organizações Militares e sobre a Marinha do Brasil, a todas as pessoas que tive a oportunidade de me relacionar durante meu tempo de estágio, pois foi nessa instituição que me apaixonei mais pelo Serviço Social e conheci, na prática, algumas das lutas diárias que a profissão perpassa.

RESUMO

A presente pesquisa procura compreender e explorar a atuação do(a) Assistente Social no Hospital Naval de Brasília, organização militar da Marinha do Brasil, responsável pela política de saúde em Brasília, em que o objeto da pesquisa foi o de compreender a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, refletindo sobre o Serviço Social e a atuação do(a) assistente social no Sistema de Saúde da Marinha do Brasil. No âmbito militar, a presença do Serviço Social gera novos desafios para os(as) assistentes sociais, devido as particularidades que a esfera militar carrega de seu histórico, como o conservadorismo, a burocratização e a hierarquia, desse modo, o objetivo geral dessa pesquisa é de identificar esses desafios na atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica e a técnica de observação, em que teve como resultado a atuação característica do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília devido esses específicos desafios.

Palavras chaves: Organizações Militares; Marinha do Brasil; espaços sócio ocupacionais; política de saúde; atribuições, competências e desafios do(a) assistente social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	11
1.1 Breves considerações sobre o trabalho profissional do(a) assistente social nos espaços sócio ocupacionais na modernidade.....	11
1.2 A política de saúde no Brasil no cenário atual.....	21
1.3 O trabalho do assistente social na atual política de saúde.....	29
CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÕES MILITARES	39
2.1 Breve caracterização de Organizações Militares no Brasil.....	39
2.2 Histórico e atualidade da Marinha do Brasil.....	44
2.3 A política de saúde na Marinha: Diretoria de Saúde da Marinha, Sistema de Saúde da Marinha e Hospital Naval de Brasília	50
2.4 Assistência Integrada da Marinha	54
CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA	57
3.1 Atribuições e competências do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília	57
3.1.1 GAAPE	60
3.1.2 SIAD	62
3.1.3 PAPI	64
3.1.4 LTSPF	66
3.1.5 Medicamento Especial	66
3.1.6 Planejamento Familiar.....	68
3.2 Demandas esporádicas e demandas pertinentes ao âmbito militar	69
3.3 Desafios do trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso tem como tema o Serviço Social e as Organizações Militares e mais precisamente a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília. Considerando que o tema dessa pesquisa tem como referência o trabalho profissional do(a) assistente social, identificamos que o objeto da pesquisa é o de compreender, de ampla forma, a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, para que então possa ser identificado os desafios do trabalho profissional do(a) assistente social, os quais deixam bastante característicos a atuação profissional, nesse espaço sócio ocupacional.

O tema foi escolhido através do desejo de atuar em alguma área militar e da experiência durante o Estágio Supervisionado 2 em Serviço Social no Hospital Naval de Brasília e a prolongação do estágio por mais um ano e quatro meses. Nesse espaço ocupacional tive novas visões e contatos sobre a atuação do(a) assistente social, por ser uma Organização Militar de Marinha e anteriormente eu ter realizado o Estágio Supervisionado 1 em Serviço Social no Hospital Regional de Ceilândia, HRC, na Pediatria e na Internação de adultos, sendo um hospital público, localizado na maior Região Administrativa do Distrito Federal, com diversas demandas, usuários(as) e redes de apoio. Dessa forma, tive a possibilidade de poder comparar a atuação do(a) assistente social em dois espaços sócio ocupacionais diferentes, o que me fez ter mais vontade de conhecer sobre o trabalho profissional do(a) assistente social e os espaços sócio ocupacionais pouco explorados ou conhecidos, como o Serviço Social em Organizações Militares.

O que me levou a pesquisar esse assunto foi que a discussão do Serviço Social dentro das Forças Armadas é um tema pouco debatido, em que até os(as) estudantes de Serviço Social, que futuramente estarão no mercado de trabalho, não têm o conhecimento que o Serviço Social atua em Organizações Militares e nas Forças Armadas. O conhecimento das áreas atuantes do Serviço Social faz com que futuros profissionais da área se apropriem dos espaços sócio ocupacionais existentes para os(as) assistentes sociais, podendo assim, fortificar a presença nesses espaços e mostrar aos

usuários do serviço a nossa atuação. Há algumas discussões sobre o âmbito militar durante a graduação em Serviço Social, devido ao seu histórico e organização, e estar presente nesses espaços mostra o que é o Serviço Social, qual sua atuação e a demarcação do seu espaço. Do ponto de vista teórico, o tema escolhido contribui para entender como pode se dar a relação entre uma política social, uma organização militar e o Serviço Social.

Desta forma, essa pesquisa tem como objetivo geral identificar os desafios do trabalho do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília. E como objetivos específicos mapear as principais atividades desenvolvidas pelo(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, estudar sobre as atribuições e competências do trabalho profissional dos(as) assistentes sociais em Organizações Militares e refletir sobre a relação entre a Política de Saúde e a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília.

Nos procedimentos metodológicos utilizei a pesquisa bibliográfica e a técnica de observação, pelo fato de eu ter estagiado um ano e dez meses no Hospital Naval de Brasília, o que me propiciou conhecer melhor a atuação e os desafios do trabalho profissional do(a) assistente social nesse espaço sócio ocupacional. A partir disso, tentei identificar as contradições em torno do objeto da pesquisa, realizando uma pesquisa de caráter qualitativo por meio da pesquisa bibliográfica, que incluiu o levantamento e a revisão bibliográfica.

Os principais autores(as) que utilizei na pesquisa foram Marilda lamamoto, em que os textos utilizados falam principalmente sobre o Serviço Social na atualidade, os espaços sócio ocupacionais do(a) assistente social e o que é questão social, o José Paulo Netto, que trabalha sobre a método na teoria social, a Maria Inês de Souza Bravo em seu texto que retrata a política de saúde no Brasil, a Yolanda Guerra, com o tema de o projeto profissional crítico do(a) assistente social, Nelson Werneck Sodré com a História militar do Brasil, documentos do Serviço Social como o Código de Ética dos(as) Assistentes Sociais, a Lei de Regulamentação da profissão, alguns documentos do CFESS e os próprios documentos da Marinha do Brasil, como a DGPM-401 e DGPM-501, que são normas para atuação da Marinha.

Essa pesquisa está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo será abordado o trabalho do(a) assistente social na saúde, descrevendo breves considerações sobre o trabalho profissional do(a) assistente social nos espaços

sócio ocupacionais na modernidade; a política de saúde no Brasil no cenário atual e o trabalho do assistente social na atual política de saúde. No segundo capítulo será tratado as Organizações Militares, aprofundando na breve caracterização de Organizações Militares no Brasil; o histórico e atualidade da Marinha do Brasil; a política de saúde na Marinha, debatendo sobre a Diretoria de Saúde da Marinha, Sistema de Saúde da Marinha e Hospital Naval de Brasília e a Assistência Integrada da Marinha. E no terceiro capítulo será desenvolvido as competências e atribuições dos(as) assistentes sociais no Hospital Naval de Brasília, discorrendo sobre as principais demandas no Hospital Naval de Brasília; demandas esporádicas e demandas pertinentes ao âmbito militar e os desafios do trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília.

CAPÍTULO I - O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo será abordado o trabalho profissional dos(as) assistentes sociais, a Política de Saúde e a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde, com recorte para o cenário atual.

1.1 Breves considerações sobre o trabalho profissional do(a) assistente social nos espaços sócio ocupacionais na modernidade

O trabalho profissional do(a) assistente social na modernidade é fruto dos diversos processos que a profissão passou ao longo dos anos, desde sua instalação no Brasil, em meados da década de 1930. Estes processos acarretaram diversos avanços e mudanças na prática profissional, quanto ao ver e tratar da realidade, dedicando-se à implementação de políticas públicas, devido as transformações ocorridas nos países capitalistas, encontrando nas políticas públicas e sociais um amplo campo de atuação. “O Serviço Social foi regulamentado como uma “profissão liberal” dela decorrente os estatutos legais e éticos que prescrevem uma autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política à condução do exercício profissional.” (IAMAMOTO, 2009a, p.30).

O assistente social como trabalhador só se realiza quando sua força de trabalho é vendida no mercado por intermédio de determinadas condições e relações de trabalho, meios e mediações tais como: um contrato (formal ou informal) que define as bases nas quais se dará o exercício profissional do assistente social (em termo de: jornada de trabalho, funções, atribuições etc.), além de normas, rotinas, enfim, pela legislação trabalhista vigente. (GUERRA, 2007, p.06).

O Serviço Social é regulamentado pela Lei nº 8662 de 7 de Junho de 1993 (BRASIL, 1993), está inserido em diversos espaços sócio ocupacionais e são nesses espaços que o(a) assistente social fortalece o que é o seu trabalho profissional. Essa inserção é acompanhada de novas exigências da qualificação profissional, para que o mesmo compreenda melhor a realidade e a demanda posta sobre ele para que possa atuar de forma mais correta diante da realidade moderna. O(a) assistente social exerce sua profissão em vários campos de atuação, diante disso, está inserido em alguns espaços sócio ocupacionais, como por exemplo: na saúde, previdência social, assistência

social, sociojurídico, educação, terceiro setor, na elaboração e execução de políticas sociais. “Os assistentes sociais estão sendo chamados a atuar na esfera da formulação e avaliação de políticas e do planejamento, gestão e monitoramento, inscritos em equipes multiprofissionais.” (IAMAMOTO, 2009b, p.31).

Essas distintas inserções 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. Isto porque são espaços ocupacionais de natureza, racionalidade e finalidades exclusivas. Forjam, assim, específicas condições e relações sociais por meio das quais se realiza o exercício profissional no mercado de trabalho, que necessitam elucidação. (IAMAMOTO, 2009a, pg. 33).

Os espaços ocupacionais que o Serviço Social está inserido passaram por alterações no decorrer das décadas e acompanharam, do mesmo modo, as mudanças do trabalho profissional do Serviço Social e o método de atuação destes profissionais, que tiveram novas habilidades, competências e atribuições, dando mais qualidade na intervenção profissional. Em vista disso, esses espaços foram definidos de acordo com as demandas que surgiram no decorrer das décadas e após sua renovação, que foram manifestadas devido às particularidades que o país estava vivendo.

As alterações verificadas nos espaços ocupacionais do assistente social têm raízes nesses processos sociais, historicamente datados, expressando tanto a dinâmica da acumulação, sob a prevalência de interesses rentistas, quanto a composição do poder político e a correlação de forças no seu âmbito, capturando os Estados Nacionais, com resultados regressivos no âmbito da conquista e usufruto dos direitos para o universo dos trabalhadores. (IAMAMOTO, 2009b, p.3).

Esses novos espaços trouxeram a possibilidade dos(as) assistentes Sociais trabalharem em equipes multiprofissionais, em diversos setores, trabalhando também, em paralelo, com redes de apoio. A interação dos(as) assistentes sociais com outros profissionais, dentro da dinâmica societária capitalista, corroborou, como dito anteriormente, para novas exigências de habilidades dos profissionais de Serviço Social. Com os espaços sócio ocupacionais se diversificando, academicamente também foi preciso mudanças significativas para estar acompanhando essa ampliação.

É esse solo histórico movente que atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições. Mas ele impõe também específicas exigências de capacitação acadêmica que permitam atribuir transparências às brumas ideológicas que encobrem os processos sociais e alimentem um direcionamento ético-político e técnico ao trabalho do assistente social capaz de impulsionar o fortalecimento da luta contra-hegemônica comprometida com o universo do trabalho. (IAMAMOTO, 2009b, p.31).

Tais modificações expressaram as mudanças na realidade política, econômica e social do país. Por isso, o(a) assistente social trabalha não apenas a demanda posta pelo usuário, entretanto, trabalha também com as demandas identificadas por ele mesmo, podendo realizar a articulação com redes caso essa demanda não possa ser trabalhada na instituição a qual está atuando diretamente. O local que o(a) assistente social trabalha irá adequar seu posicionamento para a realização de suas atividades, mas é sua qualificação que orientará seu atendimento. Dessa maneira “o assistente social, em função de sua qualificação profissional, dispõe de uma relativa autonomia teórica, técnica e ético-política na condução de suas atividades.” (IAMAMOTO, 2015, p.98).

O assistente social lida, no seu trabalho cotidiano, com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações de classes. São desafiados a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares, que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública, potenciando-a em fóruns e espaços coletivos. (IAMAMOTO, 2009a, p. 33).

A partir dessa caracterização geral da profissão, destaca-se historicamente no Brasil a renovação do Serviço Social enquanto um produto de movimentos de lutas pela democratização da sociedade e do Estado (IAMAMOTO, 2009a), que proporcionou um processo de intenção de ruptura com a ideologia conservadora por meio do Movimento de Reconceituação da década de 1970.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social resultou no amadurecimento da profissão, sendo este gradativo, com objetivo de construir

um perfil profissional mais crítico, na intenção de buscar romper com o Serviço Social tradicional, todavia, este movimento não finalizou em determinada data, ainda está em processo, em curso (ORTIZ, 2010), pois, ampliaram-se seus espaços de atuação, ocorreram modificações na formação acadêmica e na prática profissional. As transformações do Serviço Social foram reflexos das transformações que o Brasil percorreu desde o final da década de 1960. Houve mudanças no Estado brasileiro e, da mesma forma, nas demandas aos(as) assistentes sociais.

O Serviço Social começa a romper com o que praticava até o momento e passa a enfrentar polêmicas, heterogeneidade nas propostas interventivas, busca por uma elaboração teórica mais consistente e, principalmente, apresenta sua laicização. (BARBOSA; SILVA; JUNIOR, 2016, p.9).

Nesse cenário, o processo de intenção de ruptura com o conservadorismo foi um dos principais marcos do Serviço Social, pois foi em decorrência desse momento que a profissão passou a enxergar a realidade social sob um novo parâmetro, sendo fortalecido até os dias atuais, tendo como respaldo maior os princípios fundamentais do atual Código de Ética do Assistente Social, de 1993, pelo Projeto Ético-Político da profissão e pela Lei de Regulamentação, que se comprometem com os interesses da classe trabalhadora, em que corroboram com uma relativa autonomia, formulando um conjunto de referências para a atuação.

Nesse sentido, a atuação do(a) assistente social é formulada de acordo com os interesses coletivos, em que interesses de classes são bastantes relevantes para poder ter uma perspectiva considerável sobre os impactos e resultados das ações que este fará, pois são interesses contraditórios que englobam a relação entre classes sociais antagônicas. Assim, o Projeto Ético-Político do(a) Assistente Social é fundamentado nos interesses coletivos da classe trabalhadora, abarcando suas demandas e fortalecendo o seu projeto societário. “Ao atuarmos no movimento contraditório das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou a outro projeto societário.” (BARATA; BRAZ, 2009, p.189). Os caminhos e estratégias para a atuação são fundamentos de acordo com o Projeto Ético-

Político da profissão, particularizando a profissão e estando constituído por alguns componentes que o materializam, os quais são:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora;
- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas;
- d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira. (BARATA; BRAZ, 2009, p.191)

Guerra (2007, p. 18 e 23) esclarece que “[...] a presença de um projeto profissional crítico permite aproximar o profissional das mediações que se constituem ontologicamente no modo de ser [...]” e também “Um projeto profissional constitui-se como um guia para a ação, posto que estabelece finalidades ou resultados ideais para o exercício profissional e as formas de concretizá-lo.”. Todavia, mesmo que os(as) assistentes sociais sejam respaldados pelo seu Código de Ética, há uma tensão em seu projeto ético-político e as condições como trabalhador assalariado, uma vez que o profissional está condicionado pelo poder do órgão empregador. Por isso, o “respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado.” (IAMAMOTO, 2009b, p. 15).

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. (IAMAMOTO, 2009b, p. 09).

A Lei de Regulamentação do Serviço Social, Lei nº 8662 de 7 de Junho de 1993, regulamenta a profissão e descreve as competências e atribuições privativas do(a) assistente social, assegurando a atuação dos(as) assistentes sociais, presentes nos artigos 4º e 5º, respectivamente. O artigo 5º especifica a

atuação dos(as) assistentes sociais da atuação de outros profissionais, focando na particularidade da profissão.

O atual Código de Ética dos(as) Assistentes Sociais foi aprovado em 15 de março de 1993 e é resultado dos avanços que o Serviço Social perpassou durante sua trajetória. O Código de Ética de 1993 foi uma revisão do de 1986, em que tal foi o primeiro que rompeu com o Serviço Social tradicional. O Código de Ética de 1993 traz que convém raciocinar “a ética como pressuposto teórico-político que remete para o enfrentamento das contradições postas à Profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional.” (CFESS, 1993, p.03).

Desde seu início, o Serviço Social mostrou ser uma profissão marcada pela relação de contradição estabelecida na dinâmica das lutas de classes.

[...] 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, da 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 (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995, p. 75).

Nesta perspectiva, de acordo com Iamamoto (2009a, p.13), a questão social¹ se coloca como a “base de fundação sócio-histórica da profissão, salientando as respostas do Estado, do empresariado e as ações das classes trabalhadoras no processo de constituição, afirmação e ampliação dos direitos sociais.”. A questão social também expressa “a banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes.” (IAMAMOTO, 2009a, p.22).

É na análise da questão social que o(a) assistente social consegue ter sua atuação mais focada e qualificada, observando todos os determinantes sociais que estão por trás de seus usuários, lutando tanto por interesses

¹ Iamamoto (2000, p.26) apreende questão social como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.”.

individuas quanto por coletivos, principalmente, e enfrentando as condições empregues pelo capitalismo.

Aqui se localiza o desafio central para o assistente social, que é o de fazer a crítica dos fundamentos da cotidianidade tanto daquela em que ele se encontra inserido quanto a do cotidiano dos sujeitos sociais a quem presta serviços, o que significa examinar os fundamentos, analisa-los, reconhece-los, para transcendê-los. (GUERRA, 2007, p.16).

Em conformidade com lamamoto (2009a, p.16) “A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas.” O trabalho do(a) assistente social expressa as relações sociais da sociedade, por intermédio de seu exercício profissional, que deve ir além das rotinas, das normas e regras institucionais, para que possa compreender melhor o movimento da sociedade, quais as demandas que os usuários trazem além das realizadas dentro da instituição que esse(a) assistente social faz parte.

Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. (IAMAMOTO, 2009b, p. 16).

Desta forma, as demandas enfrentadas pelos(as) assistentes sociais na atualidade renovaram sua atuação e nortearam quanto a sua relação com a realidade social, com o espaço sócio ocupacional e com os diversos segmentos da classe trabalhadora que são atendidos pelas políticas sociais com as quais o profissional atua.

Segundo lamamoto (2009b, p.31): “Os (as) assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo à população seus direitos sociais e os meios de ter acesso aos mesmos.” auxilia seus usuários para que possam usufruir de seus direitos, em especial os direitos sociais, os quais foram negados por muitos anos, que muitas vezes não são relatados para tais, ou até mesmo a própria falta de informação e instrução para que possam reconhecer seus direitos garantidos por lei, onde essa falta de informações é reflexo do capitalismo, que tenta ocultar e diminuir os direitos que o mesmo fornece, afetando as condições de vida desses cidadãos(as),

usuários e trabalhadores(as). Com isso, o trabalho do(a) assistente social é “sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho.” (IAMAMOTO, 2009b, p.16).

É nesse chão de intensas contradições tensionadas pela luta de classes que o assistente social é chamado a cravar suas ações sobre as questões trazidas e reconhecidas como sendo “direito do usuário” ao qual deve buscar materializar por meio de suas ações profissionais individualizadas. (LACERDA, 2014, p.25).

Entre as diversas atividades realizadas, o(a) profissional acompanha as lutas pelos direitos da população, na qual a condição de cidadania é resultado dessas intensas lutas, onde se sabe que esta não é dada aos indivíduos, pois as lutas por esses direitos são travadas pelas classes subalternas (IAMAMOTO, 2009a). E todas essas questões estão associadas com a questão social, que se manifesta pela falta de direitos e pela ausência da divulgação dos direitos existentes.

Não há como ignorar que as necessidades não são individuais, posto que são comuns a um conjunto de humanos no interior do mesmo movimento histórico de exploração do trabalho – refrações da “questão social” – e que a resposta a essas necessidades é fruto de direitos conquistados pela luta de classes, refuncionalizada a reprodução do capital pela Estado burguês, que é quem organiza o aparato institucional constitutivo das políticas sociais. (LACERDA, 2014, p.25).

O(a) assistente social trata de diversas demandas e inúmeros indivíduos em seu trabalho cotidiano, dependendo do espaço ocupacional em que está inserido, trabalha com crianças, famílias, mulheres, idosos, trabalhadoras(es) que possuem determinadas demandas sociais, dentre outros. Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), as atividades, de acordo com as atribuições privativas do(a) assistente social, realizadas pela profissão são:

Visitas domiciliares; elaboração de relatórios; pareceres e laudos sociais; perícias; encaminhamento e serviços; atividades comunitárias para aquisição de bens e direitos; informações sobre direitos e serviços; estudos socioeconômicos; supervisão de estágio; elaboração de projetos; plantões sociais; atendimento às emergências; acompanhamento institucional; atendimento individual;

contato com recursos comunitários; treinamento; assessoria; realização de palestras educativas; pesquisa; coordenação e controle de benefícios; triagem socioeconômica; educação de grupos e indivíduos (gestantes, crianças, jovens, idosos). (CFESS, 2012, p.28).

Diante do descrito, as atividades realizadas por assistentes sociais têm como objetivos, classificados pela CFESS (2012, p.28), em

- resgate da cidadania/ relação direitos e deveres;
- melhoria das condições de vida do usuário;
- socialização de informações;
- humanização do atendimento;
- prestar assistência ao usuário e à comunidade;
- capacitação profissional para desenvolvimento do trabalho com melhor qualidade; - atendimento de qualidade;
- garantir as necessidades do usuário; - garantir o quadro de AS na instituição.

Prevalentemente os(as) assistentes sociais estão lotados em instituições públicas, sendo estas nas esferas de natureza estatal, do mesmo modo há empresas privadas e as chamadas de Terceiro Setor, onde os(as) assistentes sociais são caracterizados e afirmam-se socialmente como trabalhador(a) assalariado, no qual a “inserção no mercado de trabalho passa por uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada com organismos empregadores, estatais ou privados.” (IAMAMOTO, 2015, p.95).

[...] assistente social no Brasil é majoritariamente um funcionário público, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras. (IAMAMOTO, 2009b, p.5).

O termo “trabalhador assalariado” utilizado para caracterizar os(as) assistentes sociais acarretou, e ainda acarreta, numerosas discussões entre os profissionais, dado que esse termo se sobressai referente à relativa autonomia da categoria, em que esta direciona “o posicionamento do/a profissional no dilema entre atender as demandas institucionais e as demandas do empregador.” (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.). Essas discussões ocorrem devido ao debate sobre a compra e venda do profissional de Serviço Social, entretanto “essa relação de compra e venda não subordina a profissão

aos interesses exclusivos dos compradores de sua força de trabalho.” (GUIMARÃES; NEIVA, 2015, p.204).

Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. (IAMAMOTO, 2015, p.62)

Entretanto, o trabalho do(a) assistente social depende essencialmente de si próprio, utilizando seus instrumentos, competências e atribuições privativas, isso significa que, mesmo na categoria de assalariado, é a sua autonomia relativa que irá direcionar suas ações em cada atendimento e como irá prover a melhor solução para cada caso, baseando-se nas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, que embasa cada conduta do profissional.

Diante dessa trajetória, permeada por inúmeros avanços e desafios, muitos usuários e até mesmo profissionais de outras áreas que trabalham com o Serviço Social ainda não reconhecem a importância da profissão. Por isso, os (as) assistentes sociais precisam estar sempre lutando em alguns espaços ocupacionais para ter seu lugar respeitado e garantido. E como o cenário contemporâneo pode afetar o trabalho profissional do(a) assistente social? Tal questionamento pode ser justificado pelas diversas tensões políticas que estão acontecendo no Brasil, onde inúmeros direitos da sociedade vêm sendo ameaçados e, com isso, até mesmo o trabalho do(a) assistente social pode estar em risco. Essas tensões fazem com o que Serviço Social trabalhe ainda mais pelos direitos da classe trabalhadora, pois o mesmo também pode ser atingido pelo sucateamento dos direitos sociais, afetando suas condições de trabalho.

No que se refere às condições e relações atuais do exercício profissional, um conjunto de mediações conforma este processo, a saber: a precarização das condições de trabalho, a ameaça ao desemprego, o achatamento salarial, o aprofundamento do processo de pauperização, a mudança nos parâmetros legais e institucionais que orientam as relações de trabalho, o precário contrato de trabalho,

a alienação no/do trabalho entre outras. (GUIMARÃES; NEIVA, 2015, p.205).

Em suma, o(a) assistente social trabalha com o acesso aos direitos da sociedade, principalmente da classe trabalhadora, lutando, fortalecendo e mostrando que esses direitos é um dever do Estado. Nesse sentido, em que pese as determinações colocadas pelo espaço sócio ocupacional que este(a) profissional esteja, os princípios do Código de Ética e as atribuições da Lei de Regulamentação da profissão são os norteadores para sua atuação.

1.2 A política de saúde no Brasil no cenário atual

A política de saúde, antes da Constituição Federal de 1988, era dividida em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária, sendo o surgimento dessa segunda devido à criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em que “[...] pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de ‘antecipar’ as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.” (BRAVO, 2009, p.92), fortalecendo o movimento de privatização do setor. A medicina previdenciária “tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão.” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.17). Já a saúde pública “era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo.” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.17).

Apenas na década de 1930, deu o início no aprofundamento de algumas iniciativas para a expansão da saúde no país, visando à ampliação de seu atendimento, como a reforma de Carlos Chagas. Uma dessas iniciativas foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), também conhecida como Lei Elói Chaves, que antecedeu as IAPs, contendo uma concepção curativa, sendo a saúde associada apenas pela a ausência de doença. “As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las.” (BRAVO, 2009,

p.90). Logo após a criação das CAPs e da IAPs, na década de 1960, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi o resultado da unificação dos IAPs. Na década seguinte foi criado um órgão que prestava assistência médica, que era o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que pertencia ao Sistema Nacional de Assistência e Previdência Nacional (SINPAS). Em meados de 1980, o governo focou na atenção primária, implementando o Programa de Ações Integradas à Saúde (PAIS). (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).

Nos anos 1980, a discussão sobre a saúde começou a ter outros vieses, em que conteve a participação de novos sujeitos sociais sobre as condições de vida da população. A saúde foi envolvida em um processo de modificações e a mesma deixou de ser classificada apenas pelo conhecimento científico biológico, fazendo com que áreas de outros conhecimentos pudessem participar e somar para essa nova concepção. Conforme Bravo (2009, p.95) “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.”.

Nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, foi de fundamental importância para a discussão da questão saúde no Brasil, pois teve ampla participação da população e trouxe o conceito da saúde como universal e sendo dever do Estado, mesmo antes da Constituição Federal de 1988. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” (BRAVO, 2009, p.96).

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2009, p.16)

Antes de termos a Constituição Federal de 1988, ações da área de saúde ajudaram a política de saúde ter novos princípios e importâncias para sua esfera. A Reforma Sanitária na Saúde trouxe diferentes perspectivas das já

conhecidas, reestruturando a organização e como era trabalhada a saúde. A Reforma Sanitária significou também uma reforma política, em que tal “conformaria uma agenda de mudança política para a sociedade, muito além daquilo que envolve o estrito financiamento, a gestão e o pacto político para a formatação de um sistema de saúde.” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.30).

O Projeto da Reforma Sanitária envolve “posições e perspectivas bastante distintas a respeito da organização setorial da saúde, como também das relações desse setor com a sociedade e da própria sociedade como um empreendimento e um dado objetivo.” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.30), no qual este foi resultado da luta de profissionais da área de saúde, juntamente com o movimento popular, em que a democracia se fez presente, sendo esta caracterizada por Ximenes (2000, p.288) como “governo exercido pelo povo. Doutrina ou regime político baseado na constituição dos poderes governamental e legislativo por meio do voto popular.”. O Projeto da Reforma Sanitária contou como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um de seus fundamentos a universalidade do direito, conforme consta no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, definição legal e instituído pela Lei nº 8.080/90. “A Constituição Federal de 1988 incorporou grande parte das reivindicações da Reforma Sanitária e estabeleceu um sistema de proteção social com perspectiva de universalização de direitos sociais.” (SALVADOR; TERRA; ARÊAS, 2015, p.10). A universalização dos direitos sociais estava incluída no novo sistema de saúde. Com isso, o SUS contou com os princípios da

[...] universalidade, a equidade, e a integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; e por outro seus princípios organizacionais que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social. Vale a pena lembrar também a prioridade dada as ações preventivas como forma de promover a saúde e não somente a cura de doenças, como ocorria no passado. Essa representa a principal estratégia para a efetivação da saúde como qualidade de vida e não como o estado de ausência de doença. (BRASIL, 2000, p.30).

Para seu planejamento, o SUS conta com: Planos Plurianuais (PPA), que consiste em determinar as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública, em que é editada a cada quatro anos; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que estabelece as diretrizes e gastos que orientam a Lei

Orçamentária Anual e com a Lei Orçamentária Anual (LOA), que contem a discriminação da receita e da despesa (BRASIL, 2007). Sendo a responsabilidade das ações e serviços de saúde do “Poder Público, sem, no entanto, eximir o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade para com a sua promoção e proteção.” (BRASIL, 2000, p.22).

Na Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã devido à expansão dos direitos sociais, foi inaugurada a concepção de Seguridade Social, em que começou a fazer parte a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, transformando suas organizações e universalizando esses direitos sociais, sendo o Estado o responsável por garanti-los (BRAVO, 2009). A Seguridade Social está associada ao trabalho e aos direitos essenciais da população, em que esta “pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. De todo modo, ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho.” (BOSCHETTI, 2006, p.5).

Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência). (BOSCHETTI, 2006. p.08).

A Seguridade Social foi resultado de lutas sociais em que suas políticas “[...] ampliam-se a partir do segundo pós-guerra, como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais.” (MOTA, 2009, p.41). Antecedentemente da Constituição Federal de 1988, as lutas dos trabalhadores promoveram ganhos para os mesmos, colaborando com a participação popular na luta dos direitos pela saúde.

Até meados de 1960, o movimento operário de inspiração nacionalista foi o responsável por melhorias do acesso com qualidade à saúde; durante esses anos foi possível verificar a estruturação de serviços e a implantação de alguns programas de auxílio e atenção médica para alguns setores populares. (CRUZ; VIEIRA; MASSA; ARAUJO; VASCONCELOS, 2012, p.1089).

A Seguridade Social no Brasil e se caracterizou e classificou em

Saúde, que se caracterizou enquanto política universal, não contributiva, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS); Previdência Social considerada uma política restrita aos trabalhadores contribuintes; e Assistência Social, destinada a quem dela necessitar, objetivando garantir segurança de sobrevivência e autonomia da população. (NOGUEIRA; SARRETA, 2016. p.02).

No que tange a saúde, a nova Constituição trouxe a concepção e instalação do SUS, que universalizou o acesso à saúde. “O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais.” (ROLLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p.140). Pode destacar que a saúde surgiu como uma significativa expressão da questão social, pois com a acelerada ação do industrialismo, os trabalhadores viviam em precárias condições de vida, como saúde, higiene e habitação, sendo reivindicados seus direitos mais básicos, como a saúde, pelo movimento operário, sendo o cenário da época marcado pela desigualdade e pela profunda exploração do trabalho.

A emergência da saúde enquanto questão social no século XX está ligada a expansão do trabalho assalariado e as reivindicações do movimento operário, surgem então uma série de medidas destinadas a saúde do trabalhador. Benefícios contributivos vinculados a condição de empregado. (SALVADOR; TERRA; ARÊAS, 2015, p.03).

Com a Constituição Federal de 1988 foram introduzidos avanços que buscaram corrigir as injustiças sociais ocorridas no decorrer da história do país. Os principais avanços aprovados pela Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não-segurado, rural/ urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p.50).

Por mais que o SUS tenha sido um projeto exemplar, que dava bastante esperança para uma melhoria na saúde do país, o SUS real mostrou que o projeto não se concretizou como estava no papel. Em concordância com Bravo (2009, p.107) “A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou.”. O projeto não se efetivou integralmente, entretanto, houve avanços na política de saúde como o acesso por partes da população que anteriormente não tinham seus direitos atendidos (CFESS, 2009).

No Governo Lula da Silva, com a esperança de ter um fortalecimento do SUS constitucional, houve uma redução de cinco bilhões dos recursos destinados para o SUS, devido seu financiamento e as propostas para tal (BRAVO, 2009), sendo o Brasil um país com inferior gasto com a saúde, comparado com outros países da América Latina. E mesmo com tantos pontos negativos a serem questionados, a saúde “foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos.” (CFESS, 2009, p.8).

Com a preocupação com o social, ocorreu uma mudança na concepção de saúde, por não ser mais somente a ausência de doença, como dito anteriormente, o(a) assistente social construiu uma nova posição, com uma atuação mais presente e marcante dentro das equipes multidisciplinares da área da saúde, pois tomaram ciência que saúde engloba diversas questões sociais.

A saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Essa noção reconhece que as formas de vida em sociedade são decorrentes das relações de produção e da inserção das pessoas nesse processo. A saúde assume sua dimensão dialética ao ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social e ao mesmo tempo fruto dele. (SALVADOR; TERRA; ARÉAS, 2015, p.04).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe essa concepção, que saúde não é apenas a ausência de doença e sim diversos fatores sociais que afetam a saúde de cada indivíduo. A nova concepção foi construída por intermédio da participação dos diversos setores que fazem parte da saúde, como um todo. A

legítima participação “de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.” (BRASIL, 1986, n.p.). Neste processo de avanço, a participação social foi de suma importância, pois puderam verificar as mais diversas demandas da sociedade, para poder garantir e defender os direitos conquistados por esta. “Embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.” (ROLLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p.143).

No relatório final da conferência descreve a saúde como direito e relata

5 – Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL, 1986, n.p.).

Verifica-se que na teoria a política de saúde é abrangente e com acesso universal, não obstante, é possível identificar facilmente que os resultados na realidade não são os mesmos da teoria em território brasileiro. É fundamental que o cuidado com a saúde da população brasileira comece desde a atenção primária, o que não ocorre em partes do Brasil, principalmente nas regiões mais pobres. De acordo com o IBGE (2015, n.p.) as modificações nas idealizações de saúde e doença “interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.”. O resultado positivo da saúde se deve a um conjunto de ações que perpassam por todas as esferas de trabalho e atenção da saúde, em que a base é de suma importância para a diminuição de problemas com maiores complexidades, e, além disso, a igualdade na distribuição e planejamento da saúde em âmbito nacional, para que as

desigualdades socioculturais possam ser cada vez menores (SZWARCOWALD; VIACAVA, 2005).

No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação. (BOSCHETTI, 2006, p.12 e 13).

Como proferido acima, a atenção primária é a porta de entrada para a população, é o caminho para ter acesso às diversas áreas abrangentes pela política de saúde. É a atenção primária que os usuários procuram em maior número, carecendo de melhores e mais implantações e estruturas. A Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE, de 2015, que refere-se ao ano de 2013, descreve que

A maior parcela das pessoas (47,9%) indicou a Unidade Básica de Saúde como o estabelecimento que costumava procurar quando precisava de atendimento de saúde. Consultório particular ou clínica privada foi indicado por 20,6% das pessoas. A unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público (11,3%) e o hospital público ou ambulatório (10,1%) apresentaram estimativas semelhantes. Os estabelecimentos de pronto atendimento ou emergência de hospital privado foram apontados por 4,9% das pessoas. (IBGE, 2015, n.p)

A política de saúde na contemporaneidade perpassa por todas as esferas do cotidiano da população, pois poder estar na exploração de um(a) trabalhador(a); na ausência de direitos sociais para uma determinada classe e/ou população; na falta de infraestrutura adequada para atender e acompanhar o(a) usuário; entre outros aspectos. Isso representa os determinantes sociais da saúde, que se caracterizam como os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78). Em decorrência disto, a saúde, como um todo, em relação à infraestrutura, equipamentos, profissionais, políticas voltadas para a mesma, precisa estar e ser preparada para atender as diferentes classes sociais, as populações com culturas distintas, com

instrumentos e conhecimentos para responder a todas as demandas de cada região, localidade e população.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (SCLIAR, 2007, p.30).

A promoção de saúde deixa de ser focalizada apenas para a cura da enfermidade, em que preconiza a atenção integral à saúde, envolvendo todos os campos e níveis de saúde, em que são vinculados com o conjunto de políticas sociais, em que a integralidade da saúde está calcada em intersectorialidade e interdisciplinaridade. Essa integralidade está atrelada a três processos básicos: os processos políticos-organizativos; os processos de planejamento e gestão e aos processos sócio-assistenciais (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). O que demonstra que a inserção dos(as) assistentes sociais nos serviços de saúde se deu devido ao reconhecimento social da profissão e devido às necessidades das condições desenvolvidas na saúde pública (COSTA, 2009).

1.3 O trabalho do assistente social na atual política de saúde

Como já informado anteriormente, o(a) assistente social está inserido em diversos campos de atuação e um desses campos é em processos de trabalho acerca da política de saúde, com atuação de ponta e/ou planejamento e execução de políticas públicas voltadas para a esfera da saúde. A inserção de assistentes sociais na saúde ocorreu devido às mudanças das concepções sobre a saúde nas décadas de 1970 e 1980.

O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, reconhece o assistente social como uma das quatorze profissões da área da saúde de nível superior - junto com o biólogo, biomédico, educador físico, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.141 e 142).

Na década de 1990 havia dois projetos políticos em disputa para a área de saúde, sendo estes o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. O Projeto Privatista demandaria a atuação do(a) assistente social para

[...] a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (CFESS, 2010, p.26).

Já o Projeto de Reforma Sanitária requisitaria a atuação dos profissionais na

[...] democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, p.26).

O Projeto Privatista visa à lucratividade por meio da política de saúde, oferecendo o acesso gratuito apenas para as populações pobres, fazendo com que as populações com rendas maiores paguem pelos serviços prestados pela saúde. Com isso “a ideia é tornar as políticas sociais mínimas, voltadas para as camadas mais empobrecidas da sociedade como forma de tornar o Estado mais “enxuto” e extrair lucros daqueles que podem pagar para ter acesso.” (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.). Este projeto é apoiado e incentivado pela lógica mercadológica, indo contra o principal fundamento do SUS, que é a universalidade do acesso, em detrimento da lucratividade do Estado. O Projeto Privatista

[...] destaca a saúde enquanto mercadoria adquirida através da relação de compra e venda, regidas pelas leis do mercado de oferta e procura, pautado nas políticas de ajuste, fortalecendo a privatização, a terceirização, a descentralização isentando o Estado de suas responsabilidades. (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.).

Já o Projeto da Reforma Sanitária reforça os princípios do SUS, na tentativa de garantir o acesso universal para todos à saúde. Assegura a saúde “como direito de cidadania, descentralizado e de responsabilidade do Estado, mediante políticas sociais públicas, na perspectiva da intersetorialidade no

intuito de atender as necessidades sociais de saúde.” (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.).

Com a classificação e distinção dos dois projetos, assistentes sociais puderam reconhecer que o Projeto de Reforma Sanitária era o mais próximo e similar com o Projeto Ético-Político da profissão, em que estes “dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.” (CFESS, 2010, p.26), tendo como o Código de Ética seu norteador para sua atuação, sendo na saúde ou em qualquer outro espaço sócio ocupacional. Desta forma, houve o reconhecimento de que o Projeto da Reforma Sanitária era o mais próximo do Projeto Ético-Político da profissão em razão de que sua principal proposta é a da “defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.” (CFESS, 2009, p.8). Essa proximidade é devido a

[...] afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980. (NOGUEIRA; SARRETA, 2016. p.07).

Diante disso, a inserção de assistentes sociais na saúde ocorreu quando a profissão já atuava em outros espaços sócio ocupacionais. Na saúde as atribuições dos(as) assistentes sociais “seguem a dinâmica de intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, de acordo com o projeto Ético-Profissional da profissão.” (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.142). Com o reconhecimento de que determinantes sociais envolviam a saúde, o Serviço Social pôde executar suas atividades entre indivíduos e comunidades, participando da formulação de políticas públicas que não focavam apenas na ausência de doença.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas, sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes, realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.141).

O(a) assistente social está inserido nos diversos níveis de complexidade da saúde. A Atenção Primária é considerada como porta de acesso para o SUS, pois é no acompanhamento com os(as) usuários(as) que os profissionais de saúde reconhecem determinadas demandas, sendo constituída por Unidades Básicas de Saúde, em que é formalizada

[...] como um nível de saúde descentralizado, com alta capilaridade, responsável por estabelecer o primeiro contato, sendo a porta de entrada prioritária do SUS, a fim de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde com vistas a desenvolver os cuidados básicos. (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.).

A inserção de assistentes sociais é relevante na Atenção Primária “uma vez que sua atuação contribui para a ampliação do olhar sobre a saúde, tendo como base as determinações sociais da saúde, e contribui para a construção de redes de suporte social” (MARTINI; DAL PRÁ, 2018, p.127 e 128), promovendo a saúde da população local e identificando as principais demandas desses(as) usuários(as), fazendo articulação com a rede quando necessário. Na Atenção Primária, o(a) assistente social tem contato não somente com o(a) usuário(a), todavia, seu contato também é com as famílias e com a comunidade, facilitando a criação de estratégias para sua atuação.

Nas unidades de atenção básica, nos centros clínicos e ambulatórios especializados, o papel do assistente social centra-se nas orientações e esclarecimentos quanto a condutas ou preparação para realização de exames e nos critérios para inscrição nos programas desenvolvidos na unidade e principalmente identifica-se com a articulação de atividades educativas como reuniões, palestras, cursos, seminários e discussões em grupos de espera, grupos terapêuticos, entre outros. (COSTA, 2006, p.328).

Na Atenção Secundária, a atuação do(a) assistente social é um intermédio entre as Atensões Primária e Terciária, sendo seus atendimentos em rede ambulatorial e hospitalar, em que a maioria dos acompanhamentos são ambulatoriais. “Nos centros clínicos e ambulatórios especializados, a ação do assistente social refere-se principalmente aos programas de controle de doenças crônicas: câncer, doenças cardiovasculares, mentais, renais, álcool e drogas, etc.” (COSTA, 2006, p.328).

Na Atenção Terciária, mais conhecida como alta complexidade, os(as) assistentes sociais buscam “garantir o acesso às condições necessárias para a efetivação dos direitos sociais, durante o período de internação e após a alta hospitalar dos sujeitos sociais.” (CABRAL; CAMARGO; DAROSCI; MARQUES; SILVEIRA, 2017, n.p.). Assim como os outros níveis de complexidade, é necessário a articulação com a equipe multidisciplinar, com os(as) usuários e familiares para criar estratégias de sua atuação e identificar possíveis demandas. Devidos às complexas demandas “a atuação do assistente social no hospital é marcada por arranjos intrasetoriais, dentro da rede de serviço de saúde, e principalmente intersetoriais, que são articulações com as demais políticas sociais.” (SOUSA; FRANÇA, 2016, p.04).

Para a atuação de assistentes sociais na saúde é preciso que eles conheçam os princípios fundamentais da política de saúde, como “a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade[...]” (CFESS, 2010, p.39), já que seu exercício é focado nos determinantes sociais que interferem na saúde dos indivíduos e de cada população, e isto é devido ao processo de descentralização das políticas sociais. Contudo, o direito à saúde muitas vezes não abrange toda a população que dela necessita, gerando demandas para os(as) assistentes sociais e negando o maior princípio da saúde contido na Constituição Federal de 1988, que é a universalidade do acesso.

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. (CFESS, 2009, p.34)

As ações do(a) assistente social na saúde baseia-se nas seguintes dimensões: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2010, p.41). As ações mais demandadas para os(as) assistentes sociais são as “sócio assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.” (CFESS, 2010, p.42).

Nas ações Assistenciais, uma das principais demandas do Serviço Social (CFESS, 2010), o(a) assistente social procura estratégias para atender e acompanhar cada usuário(a), sendo fortalecido, caso necessário, contatos com a rede para intervenções que não cabem a ele.

Nas ações em Equipe o(a) assistente social trabalha com profissionais de diversas áreas para contribuir e fortalecer o atendimento e o acesso à saúde do(a) usuário(a), reforçando para a equipe suas competências, atribuições e ações no âmbito da saúde como assistente social.

Nas ações Socioeducativas o(a) profissional de Serviço Social socializa informações de diversos aspectos que estão envolvidos com a saúde, facilitando as informações para os(as) usuários(as).

Nas ações de Mobilização, Participação e Controle Social o(a) assistente social trabalha com a inserção dos(as) usuários(as) em espaços democráticos, para que, juntos(as), por intermédio da articulação com movimentos sociais, possam planejar estratégias para a defesa de seus direitos, tendo como objetivo “contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.” (CFESS, 2010, p.57).

Nas ações de Investigação, Planejamento e Gestão os(as) assistentes sociais trabalham com a equipe para planejarem intervenções para garantir o acesso ao direito à saúde dos(as) usuários(as), produzindo “propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.” (CFESS, 2010, p.60).

Diante disso, podemos afirmar a necessidade de profissionais capacitados, e para isso, é necessário, qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção, ter sempre presente, que pela construção do conhecimento, de novos saberes e práticas, buscamos melhorar a intervenção. (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.151).

Nas ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional presa qualificar profissionais que fazem parte da saúde para que possam desenvolver melhores práticas durante sua atuação e até mesmo em sua formação, em que suas execuções “visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários.” (CFESS, 2010, p.63).

Por não ter mais a concepção de apenas a ausência de doença, foi identificado um campo de atuação apropriado para assistentes sociais, pois diversas expressões da questão social influenciam na saúde da população, principalmente dos(as) trabalhadores(as), que sofrem com a precarização do trabalho e péssimas condições para a realização deste. “A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo” (CFESS, 2010, p.40). A precarização que os(as) trabalhadores(as) são submetidos é reflexo, também, do desmonte que vem acontecendo desde a década de 1970 com a política de saúde, afetando as necessidades sociais da classe trabalhadora. Este desmonte afeta

[...] não apenas os/as usuários/as dos serviços, mas também aos trabalhadores e trabalhadoras que cotidianamente convivem com a escassez de recursos financeiros, reflexo das drásticas reduções de investimentos e parte do sucateamento das políticas sociais. (HOFFMAN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017, n.p.).

O(a) assistente social, em sua atuação na saúde, democratiza as informações sobre o processo de adoecimento para os(as) trabalhadores(as). “A contribuição do Serviço Social na área da saúde proporciona aos usuários acesso aos direitos de forma a concretizar a democracia.” (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.151). A realização deste trabalho é devido ao desconhecimento por parte dos(as) trabalhadores(as) que não conseguem identificar como os determinantes sociais podem afetar sua saúde.

Os assistentes sociais têm um papel na democratização de informações aos trabalhadores sobre as condições de trabalho, as doenças mais comuns e sobre o controle de riscos de cada setor trabalho, esclarecendo o(s) trabalhador(es) sobre os determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença, para além dos diagnósticos de doenças e prescrições. (VASCONCELOS, 2009, p.264).

E o direito ao acesso do(a) usuário(a) a política de saúde envolve diversos processos que fazem parte ao longo de sua vida. Vasconcelos (2009, p.260) descreve, podendo destacar, como direitos na saúde:

[...] direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, à atenção integral à saúde, à prevenção de

doenças, danos, agravos e riscos, ao tratamento e à reabilitação, a um atendimento sem preconceitos e de qualidade, a informações a respeito do seu quadro de saúde e de seus familiares, a informações sobre as rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde, à participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados, de ser ouvido (escuta individual e coletiva) e de ouvir na consulta médica e demais atendimentos na saúde, de ter acesso ao seu prontuário e exames e de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo.

Como observado no sub tópico anterior, a saúde é expressão da questão social, em que esta pode se desenvolver de diversas formas, sendo as demandas dos(as) usuários(as) da saúde as mais variadas. “A questão social na atualidade assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições.” (CFESS, 2010, p.68). Isto significa que os problemas sociais que envolvem a população foram se transformando ao passar das décadas, visto que, o que atinge os indivíduos no cenário atual não é o mesmo que atingia décadas passadas.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. (PEREIRA; GARCIA, 2012, p.146).

No cenário atual, o trabalho profissional de assistentes sociais na política de saúde consiste, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009, p.15) em

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Na política de saúde há um debate sobre o reconhecimento de assistentes sociais em suas atuações. Na saúde, há diversas possibilidades de modos de atuação, com isso, o(a) assistente social pode não se reconhecer como profissional de Serviço Social, recuperando a ideia de que assistente social realiza unicamente um tipo de trabalho, que sua atuação é delimitada para específicas ações, dado que alguns profissionais de Serviço Social focam apenas na atuação direta com os(as) usuários(as), na atuação terminal.

O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc), e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. (CFESS, 2009, p.13).

Essa questão é afetada quando o(a) assistente social se afasta do objeto profissional do Serviço Social, que na saúde “passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.” (CFESS, 2009, p.14). É preciso que os(as) profissionais de Serviço Social se reconheçam e lutem para que não ocorra o estranhamento com a profissão.

O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. (CFESS, 2009, p.14).

É de suma importância o auto reconhecimento do(a) profissional de Serviço Social, independente do espaço ocupacional que este(a) está atuando. Entretanto, além disso, é significativo que os(as) usuários(as) possam também reconhecer a atuação e as ações dos(as) assistentes sociais, tendo

consciência que são profissionais e não apenas pessoas que estão o(a) ajudando. Vasconcelos (2009, p.256) explicita isso quando descreve que o(a) “assistente social, que toma como referência o projeto ético-político, exige-se conhecimento sobre a realidade e não só boa vontade”. Os (as) assistentes sociais conseguem esse reconhecimento de seus(as) usuários(as) por intermédio de sua própria ação, sendo um(a) profissional crítico, que mostra para seu(a) usuário(a) que seu trabalho não é uma ajuda e sim enfrentamentos das expressões da questão social, visto que é “pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não.” (VASCONCELOS, 2009, p.245).

Diante do exposto, pode-se identificar que a inserção de assistentes sociais na saúde vem sendo uma forma de enfrentamento às desigualdades sociais, atuando na perspectiva do acesso de usuários(as) à política de saúde em seus diversos âmbitos.

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÕES MILITARES

Neste capítulo será abordado brevemente como as Organizações Militares são caracterizadas no Brasil, o histórico e a atualidade da Marinha do Brasil, como ela está organizada, a política de saúde na Marinha, o Hospital Naval de Brasília e a Assistência Integrada da Marinha.

2.1 Breve caracterização de Organizações Militares no Brasil

No início da colonização no Brasil, as organizações militares tinham características bastante distantes das atuais, começando por sua formação. A história militar é a “mais antiga forma de História. Na verdade, a História começou como História Militar.” (PEDROSA, 2011, p.01). Elas eram formadas por políticos, por pessoas que vinham dos países colonizadores e pelas classes dominantes instaladas no Brasil. Era uma estreita aliança de buscas por interesses, pois:

Para garantir o alargamento de suas operações financeiras de modo a viabilizar a expansão comercial e a coleta de impostos, o rei/governante precisava dispor de uma força militar, tornando-se necessária uma transformação das práticas de combate. (HALPERN; LEITE, 2014, p.160).

De acordo com Rodrigues (2013), o autor Nelson Werneck Sodré, em 1965, definia três tipos de organização militar terrestres, prevaletidas por um longo período durante a colonização: a semiregular, constituída pelas forças de Serviços de Ordenanças; a regular, que eram institucionalizadas pela legislação da época e a irregular, que se organizavam por moradores, povoadores ou colonizadores. Por consequência da organização militar, houve um desenvolvimento extraordinário de Milícias. “Esses tipos de organização militar acabam por prevalecer durante um longo período da colonização, no qual se mantinha uma estreita aliança de interesses entre as classes dominantes coloniais e metropolitanas.” (RODRIGUES, 2013, n.p.).

Após a fase colonial e com a instalação de um Império no Brasil, diversas iniciativas foram adotadas para a tentativa de implantação de uma organização militar, para uma movimentação da centralização dos poderes. Em

1831, visando forjar o instrumento militar, a classe senhorial criou a Guarda Nacional, que teve um progressivo fortalecimento, fazendo assim, com que as forças armadas regulares passassem a desempenhar um papel secundário (RODRIGUES, 2013).

Pelo Brasil ter sido colonizado por Portugal, a partir de 1503 o Brasil recebeu diversas expedições militares exploradoras, sendo a Bahia o primeiro local a receber essas expedições. Na baía de Todos os Santos, após 28 anos, em 1531, chegaram os primeiros destacamentos militares, efetivando o domínio português (FARIA, 2015). Em 1542 foi marcado o serviço militar obrigatório na Colônia, em que foi estabelecida, pela Câmara de São Vicente, a organização de uma “[...] milícia formada por brancos, mestiços e índios, todos previamente recenseados, que deveriam realizar, obrigatoriamente, o serviço das armas, conforme estabelecia as Ordenações Manuelinas.” (FARIA, 2015, p.15).

A formação da academia militar do Império era fortemente marcada pela presença do ensino técnico. Estudos de Mineralogia, Geografia, Matemática diferenciavam o modo de pensamento militar do pensamento típico dos bacharéis direito que governavam o Brasil do século XIX. [...] Essa formação também servia para dividir a classe, já que não eram todos os oficiais que tinham formação acadêmica. (ALMEIDA, 2013, p. 261).

Em 1549, com a criação do Governo-Geral, estabeleceu-se que o governador-geral deteria autoridade militar por todo o Brasil, e teve como governador Tomé de Souza, em que era essencialmente militar, onde punia as tribos indígenas e combatia qualquer tribo ou estrangeiro que resistia a dominação. “A discriminação contra os nativos despertava sentimentos de aversão da população contra os militares, que se confundia com sua repulsa aos portugueses.” (HALPERN; LEITE, 2014, p.166). Não havia no Brasil um comando centralizado, o que enfraquecia a defesa da Colônia. As ações militares envolviam toda a população, viabilizando a ocupação do território, o povoamento e a produção.

Nesse sentido, é importante situar as Instituições Militares como “um produto histórico ocidental do modo de conduzir a guerra a partir da Idade Média e da sucessão das classes que a protagonizaram.” (MOREIRA, 2011, p.04). Até o século XVII, a força militar era caracterizada pelo não

profissionalismo, pois muitos desses militares eram obrigados a trabalhar para os reis e governadores reais da época, marcada pela exploração dos índios, povoadores e moradores das terras que estavam sendo colonizadas, sendo estes amadores no trabalho militar.

Escavidão era perceptível como incompatível com a defesa nacional. Inviabilizava o alistamento obrigatório. Para além da enorme dificuldade de alistar escravos, a existência do escravismo ainda impedia que parcela significativa da população fosse mobilizada por razão de segurança interna. (ALMEIDA, 2013, p. 264).

No final do século XVII e ao longo do século XVIII, o recrutamento dos militares alterou entre a conscrição e o voluntariado, com possibilidades de pagamento de soldos, onde o recrutamento era realizado pelos agentes do rei, característica que tornou as forças militares uma propriedade da Coroa (MOREIRA, 2011).

D. João cria no Brasil uma academia militar (1811) embrião do que hoje é a Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN) e também instituições navais – Arsenal de Guerra da Marinha, hospital militar, entre outras. No Primeiro Reinado foi o apoio militar que permitiu ao Imperador fechar a Assembleia em dezembro de 1823 sem qualquer base de apoio na elite brasileira. Os oficiais eram em sua maioria portugueses, e por isso mesmo, precisam ser contidos pelos liberais após a abdicação. (ALMEIDA, 2013, p. 258).

Diante disso, o século XIX foi marcado pela emergência do profissionalismo militar, o que acompanhou a formação do Estado nacional. Nesse século “os militares eram, no máximo, ministros da Guerra, mas mesmo esse cargo era bem mais frequentemente ocupado por civis” (ALMEIDA, 2013, p. 258). Durante o século XX, houve mudanças na estrutura organizacional das Forças Armadas, a devido suas novas experiências, este fato se deu pela

[...] participação brasileira na Segunda Guerra Mundial, ao lado das forças norte-americanas, foi um divisor de águas na história das Forças Armadas brasileiras. Foi uma experiência que, de várias maneiras, jamais seria esquecida pelos seus integrantes. Em primeiro lugar, a experiência de combate para seus membros foi de fundamental importância para mudar a mentalidade militar brasileira, tanto em termos de doutrina militar (mudança da postura militar defensiva para ofensiva) quanto em termos de direcionamento político, com os oficiais da Força Expedicionária Brasileira (FEB) liderando, a partir de então, a tentativa de acrescentar a agenda da

defesa hemisférica interamericana à sua consolidada tradição de envolvimento político. (FERRAZ, 1998, p.122).

O acesso ao corpo de oficiais passou a ter critérios de merecimento e desempenho. “Muitos deles também foram escravos, homens livres e libertos de cor, buscando o ingresso voluntário na vida militar para superar uma vida de restrições ou para fugir da escravidão.” (HALPERN; LEITE, 2014, p.167). Somente após o desenvolvimento industrial foi possível massificar o recrutamento das instituições militares, em que estas são classificadas por Pedrosa (2011, p.07) como “essencialmente realistas e conservadoras”.

Para Huntington (1996), os fatores responsáveis pelo surgimento do profissionalismo militar podem ser buscados na especialização tecnológica, no nacionalismo competitivo, no conflito entre democracia e aristocracia, na presença da autoridade legítima e estável e no serviço militar obrigatório. (MOREIRA, 2011, p.06).

Após o profissionalismo militar, como uma organização burocrática, a hierarquia mostrava um sistema de mando e subordinação, fazendo com que cargos continuassem existindo, sendo ocupados e realizados por outras pessoas posteriormente. A partir desse período a carreira militar passou a ser uma opção de área de trabalho de diferentes segmentos da classe trabalhadora da época.

[...] a Academia Militar torna-se uma alternativa para os segundos filhos, os filhos das famílias sem recursos, e até, dos bastardos e órfãos. [...] Era, portanto, uma alternativa de ascensão social para os filhos de uma camada média baixa, remediada. Serão os oficiais nas gerações finais do Império tão diferentes em origens dos oficiais dos anos iniciais. (ALMEIDA, 2013, p.259).

No cenário atual, o profissional militar deve passar por cursos, cabendo, na conclusão destes, sua promoção, mostrando que seu esforço e seu desempenho qualificam-no. O(a) militar que ingressa em uma organização militar carrega simbolicamente identificadores da instituição, pois a carreira militar é vista muito mais do que como uma ocupação. “A profissão militar é mais que uma ocupação; é todo um estilo de vida. O oficial faz parte de uma comunidade cujas exigências sobre sua existência diária transcendem seus deveres oficiais”. (JANOWITZ, 1967, p.175).

Ao ingressar em uma instituição militar, o indivíduo é treinado para a construção de uma nova pessoa, a militar, pois deixa de ser um civil. Segundo Moreira (2011, p.13) “quartéis e academias militares são incluídos por Goffman como exemplos de instituições totais” em que instituições totais consistem em um local de residência ou trabalho que os indivíduos são separados da sociedade temporariamente, sendo administrados e levando uma vida fechada (GOFFMAN, 1961).

Nas modernas sociedades democráticas, portanto, os cidadãos buscam compreender suas instituições militares, para as quais contribuem por meio de impostos e nas quais são chamados a servir em situação de guerra. Entendem também que o conhecimento dessas instituições armadas é relevante para evitar que se transformem em ameaça à própria democracia. (PEDROSA, 2011, p.03).

Por isso, o(a) militar precisa ter disciplina seja qual for atividade a ser realizada dentro de uma organização militar, sendo esta um tipo de poder para seu exercício. E esse perfil dominante dos militares se associa também ao perfil conservador de sua maioria.

O apego às tradições e o culto de valores militares, como a honra pessoal, o cumprimento do dever a todo custo, a lealdade aos comandantes, pares e subordinados, o respeito às leis e à dignidade da pessoa humana, e o amor à pátria são garantias contra a degeneração das instituições militares em bandos armados. (PEDROSA, 2011, p.07).

Outra característica que é importante destacar é que nas organizações militares há historicamente o domínio predominante de homens, o que se sustenta pela construção social dos corpos masculinos e femininos, sendo a dominação masculina justificada e observada pela divisão sexual do trabalho (MOREIRA, 2011).

Devido a isso, mesmo no século XXI, mulheres ainda são excluídas de ações e funções ligadas ao combate. Em relação com a divisão sexual do trabalho, Moreira (2011, p.18) relata que “A visão dominante androcêntrica no meio militar legitima uma situação em que funções desempenhadas por mulheres se restrinjam à área administrativa, de apoio, e não à parte operativa, de combate”.

Apesar disso, as organizações militares passaram durante os séculos por diversas modificações em sua estrutura, entretanto, possui características como essas desde o seu início até os dias atuais, a exemplo da hierarquia e da disciplina.

2.2 Histórico e atualidade da Marinha do Brasil

A Marinha do Brasil (MB) é a mais antiga das três Forças Armadas do Brasil e é caracterizada como Organização Militar. Em concordância com Ferraz (1998, p.116) é necessário “dizer, preliminarmente, que todas as Forças Armadas em todos os países participam, de alguma forma ou outra, dos assuntos políticos dos Estados nacionais aos quais pertencem.”.

Nessa perspectiva, a Marinha foi construída e formulada nos princípios da construção militar no período da colonização do Brasil existente desde 1549, em que era voltada para os interesses da classe dominante colonial e do Império, a fim de auxiliar o Estado.

Com efeito, a Marinha do Brasil (assim como outras instituições), emergiu como uma ferramenta do Estado que deveria intervir na vida das populações que precisavam ser organizadas obedecendo a uma lógica das novas relações sociais no universo do capitalismo, com a ciência a sua ideia dominante, um ingrediente central para a constituição e manutenção da ordem capitalista. (HALPERN; LEITE, 2014, p.168).

O processo histórico da Marinha no Brasil foi marcado por diversas lutas e combates. Alguns dos marcos desse processo foram: em 1567 ocorreu um combate em que os indígenas estiveram do lado dos portugueses reforçando as embarcações para expulsar os invasores, sendo a primeira defesa organizada com fins de proteger o território brasileiro; em 1615, Jerônimo de Albuquerque se tornou o primeiro comandante naval brasileiro; em 1736 foi criada a Secretaria D’Estado dos Negócios da Marinha, sendo reorganizada e nomeada para a pasta do então Ministério da Marinha e Domínios Ultramarinos, em 1808; em 1822 fez-se ao mar a primeira esquadra brasileira (BRASIL, s/d). Sobre a caracterização da formação dos militares, no início da Marinha, a “primeira geração de oficiais navais eram naturalmente mercenários

ingleses, mas, a partir daí serão continuamente selecionados para oficiais da marinha brasileira indivíduos de posses e famílias abastadas.” (ALMEIDA, 2013, p. 259).

O trabalho da Marinha não era apenas cuidar do mar e assuntos correlacionados a ele, entretanto se constituiu como um trabalho administrativo, em que seu início foi marcado por batalhas marítimas que frisavam essa ideia acerca do cuidado ao mar. Associado a isso “[...] a MB foi sendo construída, assim como seus integrantes, atuando como membros articulados a serviço do Estado, embora prevaleça uma visão no senso comum de que esta instituição seria praticamente eterna e livre de contradições.” (HALPERN; LEITE, 2014, p.160).

A partir desse histórico, a atuação da Marinha passou por inúmeras rupturas, devido ao seu avanço constitucional e sua ampliação nas áreas de atuação. No cenário contemporâneo, a Marinha do Brasil atua na finalidade de contribuir “para a defesa da Pátria, garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem.” (EMA-322, 2017, p.1-1).

Compreendendo-se que a MB como organização administrativa e operativa era distinta daquele poder naval que dominava os mares, seus integrantes também passaram por mudanças, acompanhando as transformações que se operaram no seio institucional e no contexto político e econômico brasileiro. (HALPERN; LEITE, 2014, p.175).

O ingresso de mulheres na Marinha só se deu em 1980 “por intermédio da Lei no 6807/1980, regulamentada pelo Decreto no 85238/1980” (EMA-322, 2017, p. 12-1). Esse atraso foi devido à longa história de preconceito e machismo que as mulheres sofriam por serem consideradas como sexo frágil e pela construção social que era imposta sobre elas. A MB foi “a primeira Força que admitiu mulheres militares em seus quadros, na década de 80.” (EMA-322, 2017, p. 12-3).

O ingresso de mulheres na Marinha aconteceu em 1980, quando a legislação permitiu a admissão do sexo feminino na Força. No início, elas integravam um corpo auxiliar e sua participação era limitada a alguns cargos e serviço em terra. Entre 1995 e 1996, com a publicação de novas leis que regulamentaram a carreira militar, o acesso das oficiais mulheres foi estendido aos corpos de saúde e engenharia. Em 1997, houve uma expressiva ampliação da

participação das mulheres nas atividades da Força Naval após a reestruturação dos quadros de oficiais e praças. (Brasil, 2016).

No cenário atual, a MB segue regras e normas para o funcionamento de sua estrutura, como também, para o posicionamento dos(as) militares da instituição. Desde sua formulação no Brasil, a Marinha perpassou por diversas mudanças, o que propiciou o desenvolvimento e o crescimento da corporação. “A destinação constitucional da Marinha do Brasil (MB) é a de contribuir para a defesa da Pátria, garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem.” (EMA-322, 2017, p. 1-1), e no cumprimento de sua missão “contribui com a estratégia da dissuasão desde o tempo de paz, pelo permanente aprestamento do Poder Naval, de modo a desencorajar qualquer agressão militar por Estado ou por forças não convencionais ou criminosas.” (EMA-322, 2017, p. 1-2). A MB contém o Poder Marítimo, que consiste na agregação de meios que dispõem da utilização das águas jurisdicionais do território brasileiro, tanto para ações diversas quanto para o desenvolvimento econômico e social (EMA-322, 2017). Constituem o Poder Marítimo:

[...] o Poder Naval; a Marinha Mercante, serviços e organizações relacionadas com os transportes aquaviários; a infraestrutura hidroviária, como os portos, terminais eclusas; as indústrias naval, bélica de aprestamento naval e de pesca; organizações de ensino e de pesquisa; e o pessoal que desempenha as atividades no mar e nas águas interiores. (EMA-322, 2017, p. 2-1).

A vigente estrutura organizacional da MB está formulada em: Comandante da Marinha (CM), que é responsável por toda Marinha em domínio nacional; subordinado a ele, há o Órgão de Direção Geral, que é o Estado-Maior da Armada (EMA) e o Órgão de Assessoramento Superior, que é o ALMIRANTADO. (BRASIL, s/d).

Subordinado ao EMA, há os órgãos colegiados: Conselho de Ciência e Tecnologia da Marinha (CONCITEM), Conselho do Plano Diretor (COPLAN), Conselho de Planejamento de Pessoal (COPLAPE), Conselho de Tecnologia da Informação da Marinha (COTIM), Conselho de Compensação da MB (CCMB), como também os Órgãos de Apoio Escola de Guerra Naval (EGN) e

Representação Permanente do Brasil Junto à Organização Marítima Internacional (RPBIMO). (BRASIL, s/d).

Também inferior ao CM há entidades e órgãos vinculados, que são: a Amazônia Azul Tecnologias de Defesa S.A. (AMAZUL), Empresa Gerencial de Projetos Navais (EMGEPRON), Tribunal Marítimo (TM), assim como os órgãos colegiados, que são: Conselho de Almirantes (CAL), Comissão de Estudos de Uniformes da Marinha (CEUM), Conselho Financeiro e Administrativo da Marinha (COFAMAR), Conselho de Tecnologia da Informação da Marinha (COTIM), Comissão de Promoção de Oficiais (CPO), como também os órgãos de assistência direta e imediata ao Comandante da Marinha, que são: Centro de Comunicação Social da Marinha (CCSM), Centro de Controle Interno da Marinha (CCIMAR), Centro de Inteligência da Marinha (CIM), Gabinete do Comandante da Marinha (GCM), Procuradoria Especial da Marinha (PEM), Secretaria da Comissão Interministerial para os Recursos do Mar (SECIRM). Seguindo a hierarquia institucional da MB, há os Órgãos de Direção Setorial, que são: Comando-Geral do Corpo de Fuzileiros Navais (CGCFN), Diretoria-Geral do Material da Marinha (DGMM), Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), Diretoria Geral de Navegação (DGN), Diretoria-Geral de Desenvolvimento Nuclear e Tecnológico da Marinha (DGDNTM), Secretaria-Geral da Marinha (SGM) e seus sucessivos subordinados como também o Comando de Operações Navais (ComOpNav). (BRASIL, s/d).

O ComOpNav está a frente dos: Comando-Em-Chefe da Esquadra (ComemCh), Comando do 1º Distrito Naval (Com1ºDN), Comando do 2º Distrito Naval (Com2ºDN), Comando do 3º Distrito Naval (Com3ºDN), Comando do 4º Distrito Naval (Com4ºDN), Comando do 5º Distrito Naval (Com5ºDN), Comando do 6º Distrito Naval (Com6ºDN), Comando do 7º Distrito Naval (Com7ºDN), Comando do 8º Distrito Naval (Com8ºDN), Comando do 9º Distrito Naval (Com9ºDN), Comando da Força de Fuzileiros da Esquadra (ComFFE), Centro Integrado de Segurança Marítima (CISMAR) e do Centro de Guerra Eletrônica da Marinha (CGEM). (BRASIL, s/d).

O Comando que atende a área de Brasília é a o Comando do 7º Distrito Naval (Com7ºDN), que tem como subordinadas as organizações militares: Grupamento de Fuzileiros Navais de Brasília (GptFNB), Hospital Naval de

Brasília (HNBra), Estação Rádio da Marinha em Brasília (ERMB), Centro de Instrução e Adestramento de Brasília (CIAB), Capitania Fluvial do Araguaia-Tocantins (CFAT) e a Capitania Fluvial de Brasília (CFB). (BRASIL, s/d). O Decreto nº 2.153 de 20 de Fevereiro de 1997 estabelece como área de atuação do Com7ºDN o Distrito Federal, os Estados do Goiás e do Tocantins.

As três forças armadas têm responsabilidades em questão da defesa do território nacional, em que essa defesa é compreendida como “as ações conduzidas contra a agressão armada perpetrada por outro Estado contra o País.” (EMA-322, 2017, p.1-2). A defesa da MB orienta-se para a “condução de variadas operações e ações de guerra naval, de modo a respaldar as ações políticas, pela antevisão de possível atuação em situação ou área de interesse estratégico para a defesa nacional.” (EMA-322, 2017, p.1-2), que é relacionado com o território marítimo brasileiro, área oceânica, também conhecido como Amazônia Azul, em que esta tem cerca de 4,5 milhões de km² (EMA-322, 2017).

A Amazônia Azul deve ser observada sob a ótica de quatro vertentes: a econômica, sobre a exploração e aproveitamento sustentável dos recursos vivos e não-vivos; a ambiental, que remete ao uso racional do mar e à preservação do meio ambiente; a científica, que trata sobre o conhecimento; e a da soberania, na esfera da segurança e defesa. (EMA-322, 2017, p. 1-1).

As ações da MB são orientadas pela Política Marítima Nacional (PMN), que foi aprovada pelo Decreto nº 1.265/1994, que orienta essas ações quanto ao “desenvolvimento das atividades marítimas do País, de forma integrada e harmônica, visando a utilização efetiva, racional e plena do mar e das hidrovias interiores brasileiras, de acordo com os interesses nacionais.” (EMA-322, 2017, p. 2-1).

Além dessa estrutura, é importante ressaltar que os militares têm um próprio Estatuto, que é a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, denominada Estatuto dos Militares. O Art. 1º dessa Lei esclarece de forma simples e direta que este Estatuto “regula a situação, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos membros das Forças Armadas.” (BRASIL, 1980).

Em relação à forma que o segmento popular acessa determinadas políticas sociais, destacamos que a Seguridade Social dos militares e de seus

dependentes é distinta do sistema de Seguridade Social previsto na Constituição Federal de 1988 para toda a população do território nacional.

O Art. 142 da Constituição Federal é a que caracteriza o Sistema de Proteção Social dos Militares, em que devido às peculiaridades da carreira militar, o Sistema de Proteção Social dos Militares é específico. Esse sistema é constituído “por um conjunto integrado de instrumentos legais e ações afirmativas, permanentes e interativas de pagamento de pessoal, saúde e assistência integrada ao pessoal” (EMA-322, 2017, p 13-1).

Tendo em vista as especificidades e os sacrifícios da carreira militar, existe um regime constitucional que cumpre essa função para os militares, amparado pelo art. 142 da Constituição Federal, denominado Sistema de Proteção Social dos Militares. (EMA-322, 2017, p. 13-1).

Entre as peculiaridades da carreira militar, evidenciam-se: risco de morte; sujeição a preceitos rígidos de disciplina e hierarquia; dedicação à caserna; disponibilidade permanente; mobilidade geográfica; vigor físico; proibição de participar de atividades políticas; proibição de sindicalizar-se e de participação em greves ou em qualquer movimento reivindicatório; restrições a direitos sociais e vínculo com a profissão. (EMA-322, 2017).

Diante disso, a carreira militar é designada como:

[...] atividade continuada e inteiramente devotada às finalidades precípua das Forças Armadas, denominada atividade militar. É privativa do pessoal da ativa, inicia-se com o ingresso nas forças Armadas e obedece às diversas sequências de graus hierárquicos. (EMN-005, 2018, p. 2-2).

Outra característica específica é que o militar não se aposenta, ele fica na reserva e é chamado de militar inativo, uma vez que permanece “sujeito ao mesmo regulamento disciplinar do militar ativo, o que o diferencia de qualquer profissão” (EMA-322, 2017, p 13-3). O Art. 2º do Decreto de nº 4.780, de 15 de Julho de 2003, caracteriza a Reserva da Marinha, sendo esta:

[...] o conjunto dos militares da Reserva Remunerada (RRm) e da reserva na ativa, e de cidadãos que cumpriram, na Marinha, os requisitos legais do Serviço Militar (SM) ou do Serviço Alternativo (SA), e os que deles foram dispensados, estando ainda sujeitos a

convocações ou mobilizações, de acordo com a legislação vigente. (BRASIL, 2003).

Sobre a caracterização atual descrita acima da Marinha do Brasil, é possível verificar que o trabalho da Marinha do Brasil não está somente preocupado e focado com a Amazônia Azul e sim com diversos âmbitos e objetivos. Devido o histórico da Marinha, foi possível a evolução da instituição e dos militares dessa força, utilizando diversos instrumentos para atender militares da ativa, inativos, seus dependentes e pensionistas.

O histórico da organização da Marinha do Brasil me faz refletir como essa Força evoluiu no decorrer dos anos. São diversos segmentos trabalhando em conjunto, seja no planejamento aos interesses do Estado, ou na preocupação ao cuidado de seus(as) militares. As organizações militares da Marinha mostram como está cresceu e alcançou diversos âmbitos institucionais.

Na evolução da organização da Marinha do Brasil a mesma criou seu próprio Sistema de Saúde para atender os(as) militares da Força. Em resultado disso, há o crescimento e expansão da atuação da Marinha em diversos estados no território brasileiro. No item a seguir, será trabalhada a política de saúde da Marinha do Brasil.

2.3 A política de saúde na Marinha: Diretoria de Saúde da Marinha, Sistema de Saúde da Marinha e Hospital Naval de Brasília

Nesse item será abordada a política de saúde na Marinha, caracterizando o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e o Hospital Naval de Brasília, que segue as diretrizes propostas pelo SSM e DSM.

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) é subordinada à Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), setor de apoio da Marinha, e foi criada através do Decreto nº 16.237, em 1923, dando continuidade e substituindo a Inspetoria de Saúde Naval e tendo sua sede no Rio de Janeiro (BRASIL, 2018). Tem como propósito contribuir com a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), sendo seu Órgão Técnico, cabendo a ela “planejar e supervisionar as

atividades técnicas e gerenciais do Sistema de Saúde da Marinha” e “supervisionar os Subsistemas Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa.” (BRASIL, 2018, p. 6).

Como Órgão Técnico do SSM, a DSM é responsável pelo “planejamento, organização, coordenação e controle das atividades de saúde no âmbito da Marinha do Brasil.” (BRASIL, 2018, p. 7). Essas atividades têm como finalidade cumprir a Política de Saúde e Diretrizes, que é emitida pela Alta Administração Naval (BRASIL, 2018).

O SSM “é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil” (DGPM-401, 2012, p. 2-1) e é composto por três subsistemas: Assistencial, Médico-Pericial e Medicina Operativa.

O Subsistema Assistencial promove Atendimento Médico Hospitalar (AMH) para todos seus usuários em território nacional, em que sua rede é constituída por Organizações Militares Hospitalares (OMH) e também por Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM). O AMH é o

[...] conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo os serviços dos profissionais de saúde, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários. (DGPM-401, 2012, p. 1-1).

O Subsistema Médico-Pericial abarca “ações necessárias para verificação e controle do estado de higidez do pessoal em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso na MB.” (BRASIL, 2018, p. 7), tendo o Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM) como norteador para suas ações.

O Subsistema Medicina Operativa tem como coordenador de suas atividades o Centro de Medicina Operativa da Marinha (CMOpM) e opera “em situações de crise e calamidade pública, quando assim determinado por autoridade competente, e em ações cívico-sociais (ACISO).” (BRASIL, 2018, p. 8).

Os órgãos de Direção Setorial, Direção Especializada, Coordenação de Subsistemas e Técnicos de Execução compõem a Estrutura Funcional do

SSM. O Órgão de Direção Setorial é a Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM). O Órgão de Direção Especializada é a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM). Os Órgãos de Coordenação de Subsistemas são o Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM) e o Centro de Medicina Operativa da Marinha (CMOpM). E os Órgãos Técnicos de Execução são os vários órgãos que tem efetivo exercício das atividades de saúde (DGPM-401, 2012).

O modelo Assistencial da Marinha é definido pela Política Assistencial da Marinha e é dividido em três eixos de ações, ambos independentes e que interagem entre si. O primeiro eixo consiste na prevenção de doenças e promoção da saúde, em que desenvolvem Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais, com a finalidade de interceptar ou anular a evolução de uma doença. O segundo eixo representa a atenção básica, que trabalha com o primeiro nível da saúde, com a baixa complexidade, com serviços básicos de saúde, principalmente com ambulatórios. Os Hospitais Navais Distritais, Policlínicas e Ambulatórios Navais são os responsáveis por esse eixo. E o terceiro eixo, que equivale à atenção especializada, que abarca a média e a alta complexidade no nível de saúde. Os responsáveis pelo terceiro eixo também são os Hospitais Navais Distritais e as Policlínicas Navais, assim como a Odontoclínica Central da Marinha, a Unidade Integrada de Saúde Mental e o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD). (BRASIL, 2018).

Os hospitais da Marinha são os responsáveis pela execução da AMH nos Distritos Navais onde estão localizados. Onde não houver um hospital naval, haverá uma OMFEM para administrar a assistência de saúde em sua área de abrangência e realizar o encaminhamento do usuário aos locais de atendimento médico-odontológico próprios da Marinha do Brasil (MB) ou à rede credenciada. (BRASIL, 2009, n.p.).

Para o financiamento desses serviços, a Marinha contém um próprio fundo de saúde, que é o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), administrado pela DSM, que atende militares ativos e inativos, dependentes e pensionistas, que são os usuários do SSM, onde o custeio é pela participação da contribuição mensal obrigatória dos beneficiários. O FUSMA não é um plano de saúde, nem tão pouco caracterizado como, sendo que a contribuição é direta, descontada diretamente do contracheque. Desta forma, o FUSMA obedece ao

“regime particular de arrecadação, programação, aplicação, movimentação, contabilização e apuração de resultados, destinado a complementar o custeio da Assistência Médico-Hospitalar prestada pela Marinha.” (DGPM-401, 2012, p. 1-3).

Os (as) usuários(as) do SSM têm acesso aos variados Programas de Saúde da Marinha (PSM), em que têm diversas finalidades e objetivos. Os programas são:

- a) Programa de Imunizações;
- b) Programa Controle da Hipertensão Arterial;
- c) Programa de Controle do Diabetes Mellitus;
- d) Programa de DST/AIDS;
- e) Programa de Dermatologia - Controle da Hanseníase e Prevenção de Câncer de Pele;
- f) Programa de Pneumologia Sanitária;
- g) Programa de Saúde do Idoso;
- h) Programa de Saúde Mental;
- i) Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente;
- j) Programa de Saúde da Mulher;
- k) Programa de Saúde do Homem;
- l) Programa de Saúde Bucal;
- m) Programa de Atenção às Doenças Profissionais;
- n) Programa de Reabilitação,
- o) Programa de Atenção Farmacêutica; e
- p) Projetos e Oficinas. (BRASIL, 2018, p. 22).

Sendo apresentados os programas de saúde na Marinha do Brasil em contexto geral, será tratado posteriormente os serviços e programas de saúde pertencentes ao Com7DN, especificamente no Hospital Naval de Brasília (NHBra).

Na área do 7º Distrito Naval, é localizado o Hospital Naval de Brasília (HNBra), caracterizado como uma Organização Militar Hospitalar (OMH), que presta serviço de saúde para as localidades do Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais (apenas as cidades de Brasilândia de Minas, Cabeceira Grande, Dom Bosco, Formoso e Natalândia) e Tocantins.²

O HNBra dispõe dos seguintes serviços de saúde: Serviço de Pronto Atendimento (SPA); Sala de Vacinação; Sala de Vacinação; Serviço de Radiologia; Unidade de Internação; Projeto Saúde ao seu Alcance; Juntas de

² “As áreas de jurisdição vigentes dos Distritos Navais e Comando Naval de Brasília foram estabelecidas pelo Decreto nº 92.607, de 30 de abril de 1980, sendo modificado pelo Decreto nº 2153 de 20/02/97” (BRASIL, s/d).

Saúde (Regular e Superior); Núcleo de Avaliação e Controle (NAC); Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME) e Setor de Emissão de Guias. Os serviços especiais são: Centro de Apoio ao Usuário (CAU), que é composto por quatro serviços específicos, o Serviço de Ouvidoria, o Serviço de Assistência Social-Hospitalar (SAS-H), a Seção de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e Seção de Medicamentos Especiais e de Alto Custo; e o Setor de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe). Há também os serviços odontológicos, com diversas ações. Detêm dos serviços de apoio, que são compostos por: Serviço de Análises Clínicas; Serviço de Nutrição e Dietética; Serviço de Medicina Física e Reabilitação; Serviço de Psicologia e Serviço de Fonoaudiologia. A missão do HNBra é a de

Prestar, na área do Comando do 7º Distrito Naval (Com7ºDN), assistência médica e odontológica, hospitalar e para-hospitalar ao pessoal militar, a seus dependentes legais e a todos os beneficiários do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), de baixa e média complexidade, e coordenar o atendimento de alta complexidade junto ao Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), ao Hospital das Forças Armadas (HFA) e às Organizações Civis de Saúde (OCS). (BRASIL, s/d, p. 03).

2.4 Assistência Integrada da Marinha

Como o objeto dessa pesquisa é o de compreender, de ampla forma, a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília (HNBra), a caracterização de como é estruturada a Assistência Integrada da Marinha é de grande importância para a compreensão do Serviço Social dentro dessa Força. A seguir será apresentado o arranjo da Assistência Integrada da Marinha.

A Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM) é responsável pelos assuntos relacionados à Assistência Integrada da Marinha, que abrange as áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito de toda a Marinha, sendo seu propósito “contribuir para a qualidade de vida dos militares e servidores civis da Marinha do Brasil (MB), ativos e inativos, bem como de seus dependentes e pensionistas.” (BRASIL, s/d).

Subordinada à DGPM, a DASM trabalha de forma interdisciplinar, que congrega em suas ações os profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito, atuando de forma preventiva e

descentralizada. Possui hoje 39 Órgãos de Execução do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha, divididos em: uma OM dedicada à Assistência Social, 22 Núcleos do SAIPM, 9 Organizações Militares com Facilidades de Serviço Social e 7 Serviços de Assistência Social Hospitalar distribuídos pelo Brasil. (BRASIL, s/d).

A DGPM-501, que trata das Normas Sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil, tem como propósito “Estabelecer normas e procedimentos para o Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha (SAIPM)” (DGPM-501, 2014, p. 1-1), em que a DASM é responsável pela supervisão técnica. Assistência Integrada observa os seguintes princípios: integração, descentralização, capacitação, prevenção e humanização (DGPM-501, 2014).

São responsáveis pela execução do SAIPM os seguintes órgãos, também chamados de Órgãos de Execução do SAIPM (OES): o Serviço de Assistência Social da Marinha (SASM), os Núcleos de Assistência Social-Hospitalar (SAS-H), os Núcleos do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha (N-SAIPM) e as OM com Facilidade de Serviço Social (OMFSS) (DGPM-501, 2014).

O SASM é uma

[...] OM que se constitui em um OES, destinado a prestar assistência integrada aos militares e servidores civis inativos, seus dependentes, aos pensionistas da Marinha residentes na área do Rio, e aos militares e servidores civis da Marinha ativos e aos seus dependentes, na área do Rio, quando não atendidos por outro OES. (DGPM-501, 2014, p. 1-3).

O SAS-H é o “Setor do Hospital Naval Marcílio Dias e Hospitais Navais que constitui um OES destinado a prestar assistência integrada ao pessoal lotado na OM e aos seus dependentes, e de Serviço Social aos pacientes internados e seus familiares.” (DGPM-501, 2014, p. 1-4). O N-SAIPM é “Destinado a prestar assistência integrada, ao pessoal lotado em sua OM e OM assistidas e aos seus dependentes.” (DGPM-501, 2014, p. 1-4). O OMFSS é o “Setor da OM que constitui um OES destinado a prestar assistência de Serviço Social ao pessoal lotado em sua OM, OM assistidas, e aos seus dependentes.” (DGPM-501, 2014, p. 1-4).

É de notória importância a presença e atuação do Serviço Social nesses espaços sócio ocupacionais, visto que, é um ambiente militar e este têm diversas demandas, acarretadas pelo serviço militar, a serem trabalhadas pelo

Serviço Social. Estar presente em diversos órgãos da Marinha do Brasil, principalmente na saúde, aumenta o campo de atuação do(a) assistente social, em que esses serviços prestados pela MB asseguram determinados direitos dos(as) militares.

Pelo HNBra, junto com o Hospital das Forças Armadas (HFA) de Brasília, serem os únicos provedores do serviço de saúde da Marinha em Brasília é de suma relevância as atividades prestadas por estes, posto que, os(as) militares necessitam do atendimento e de seus serviços, devido as questões sociais que abrange a saúde como um todo.

Tendo discutindo as organizações militares de forma geral, a atualidade da Marinha do Brasil e a política de saúde na Marinha, no capítulo seguinte será abordado as competências e atribuições dos(as) assistentes sociais no Hospital Naval de Brasília.

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA

Neste capítulo será abordado o trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, suas competências, atribuições e as principais demandas trabalhadas.

3.1 Atribuições e competências do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília

Todas as áreas que atuam na política de saúde da Marinha do Brasil seguem os conceitos da DGPM-401 (Diretoria Geral do Pessoal da Marinha), que descreve as Normas Para Assistência Médico-Hospitalar na Marinha. A DGPM-401 segue o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), o qual já foi trabalhado no capítulo anterior.

A atuação profissional do(a) assistente social na política de saúde na Marinha do Brasil segue a DGPM-401 e a DGPM-501, que trata das Normas Sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil. Fazem parte da Assistência Integrada da MB o Serviço Social, a Psicologia e o Direito. O Serviço Social na MB tem como finalidade “identificar situações sociais que estejam interferindo, direta ou indiretamente, no desempenho profissional e na convivência familiar e social dos seus usuários” (DGPM-501, 2014, p.3-1).

O(a) assistente social na política de saúde na MB atua em todos os contextos sociais que afetam, direta ou indiretamente, a vida cotidiana e a saúde dos(as) usuários(as). Essa atuação é de acordo com a caracterização da saúde e seus determinantes sociais, expostos no primeiro capítulo desse trabalho.

O trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília tem suas atribuições e competências de acordo com a DGPM-501, que trata da Norma sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil, contando como fundamento principal para sua atuação o vigente Código de Ética do(a) Assistente Social.

Na Marinha do Brasil não existe um documento específico que trata do projeto profissional do Serviço Social, todavia, a DGPM-501 abrange a atuação

do Serviço Social definindo o trabalho profissional do(a) assistente social na MB, tendo como propósito “Estabelecer normas e procedimentos para a prestação de atendimento de Serviço Social ao pessoal da Marinha.” (DGPM-501, 2014, p.3-1). De acordo com a DGPM-501 (2014, p.3-1) os principais propósitos do Serviço Social na MB são os de “intervir nas relações sociais por meio de ações de cunho socioeducativo e de prestação de serviços; e capacitar o usuário para lidar com as suas necessidades.”.

A DGPM-501 (2014, p.3-2) traz as atribuições privativas que competem ao(a) assistente social, as quais são:

- a) prestar atendimento de Serviço Social aos usuários estabelecidos no artigo 1.2³;
- b) elaborar, implementar e avaliar projetos sociais decorrentes dos Programas do Serviço Social (PSS);
- c) prestar orientação social e encaminhar providências para o atendimento das demandas da Família Naval;
- d) planejar, organizar e administrar a aplicação dos recursos para a execução dos PSS;
- e) prestar assessoria técnica sobre matéria de Serviço Social;
- f) participar de atividades em equipes interdisciplinares;
- g) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações sociais;
- h) efetuar estudos utilizando instrumentos e técnicas próprias do Serviço Social, para buscar, com a participação dos demais componentes do OES, soluções e/ou estratégias de encaminhamento para a demanda de usuários ou da instituição;
- i) elaborar documentação técnica do Serviço Social;
- j) orientar o processo de participação dos usuários nos PSS, de forma a promover o emprego adequado dos recursos institucionais;
- k) realizar estudo socioeconômico com os usuários, para avaliar a necessidade de acesso aos PSS;
- l) manter atualizado o cadastro de instituições voltadas à assistência social, disponíveis na comunidade, a fim de facilitar o encaminhamento e a solução de situações sociais;
- m) participar de reuniões e encontros relativos a assuntos do Serviço Social, da Assistência Integrada e para aperfeiçoamento profissional;
- n) contribuir para a divulgação das atividades do SAIPM; e
- o) elaborar Parecer Social relativo aos processos de solicitação de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF), para militares; de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (LMDPF), para servidores civis; de Movimentação ou Remoção por Motivo Social; e Medicamentos Especiais (ME).

Os Programas do Serviço Social (PSS) foram elaborados para “viabilizar a execução do Serviço Social na Marinha do Brasil (MB)” (DGPM-501, 2014,

³ Pessoal militar e civil, ativo e inativo, aos seus dependentes e aos pensionistas da Marinha.

p.3-3). Os PSS em vigência são: Programa de Apoio Socioeconômico, Programa de Movimentação ou Remoção por Motivo Social e Programa de Apoio ao Paciente Internado (PAPI). No HNBra apenas o Programa de Apoio Socioeconômico não é realizado.

Os principais instrumentos técnicos utilizados pelo Serviço Social no HNBra são, de acordo com a DGPM-501 (2014):

Entrevista Social, em que consiste “na coleta de dados objetivos sobre a situação social trazida pelo usuário. [...] As entrevistas permitirão a orientação social e o estabelecimento conjunto de estratégias de intervenção.” (DGPM-501, 2014, p.3-3). Esse instrumento, além do Estudo Social, permite a aproximação com a demanda de cada caso.

O Estudo Social que tem como finalidade “conhecer, em profundidade, determinada situação ou expressão da questão social, objeto de intervenção profissional, especialmente nos seus aspectos socioeconômico e cultural.” (DGPM-501, 2014, p.3-3).

O Relatório Social que descreve a situação que o(a) assistente social entreviui, abordando aspectos como a “identificação dos sujeitos envolvidos, solicitação do usuário, finalidade a que se destina, breve histórico, desenvolvimento, procedimentos utilizados e análise técnica da situação.” (DGPM-501, 2014, p.3-4).

A Visita, domiciliar ou institucional, tende a ser uma aproximação com a demanda e a realidade vivida pelo(a) usuário(a), a fim de “observar elementos que venham a contribuir para o acompanhamento qualificado.” (DGPM-501, 2014, p.3-4).

E o Parecer Social, que é um dos principais instrumentos técnicos do Serviço Social, que se baseia na manifestação profissional da questão apresentada, é “fundamentado em estudo criterioso, que terá caráter indicativo e conclusivo do juízo de valor do profissional.” (DGPM-501, 2014, p.3-4).

A seguir, serão apresentados os programas que o Serviço Social faz parte e os PSS que são executados no HNBra.

3.1.1 GAAPE

O Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais (GAAPE) é um grupo multidisciplinar, sendo sua equipe completa composta por Pediatra, Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Psicopedagogo e assistente social, e, quando não completa, é preciso ter no mínimo um Médico, um Fonoaudiólogo, um Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, um Psicólogo e um assistente social. As equipes são “nomeadas por Portarias dos COMIMSUP das respectivas OM” (DGPM-401, 2012, p.16-2). O GAAPE atua juntamente com o Programa de Atendimento Especial (PAE), em que este visa atender demandas existentes relacionadas com deficiência, em conjunto com a Família Naval, fornecendo “assistência e apoio aos dependentes de militares e servidores civis com deficiências e a seus familiares.” (DGPM-501, 2014, p.9-1). A avaliação inicial é “feita pelos profissionais membros do GAAPE, a partir de encaminhamento/indicação médica ou solicitação do responsável” (DGPM-401, 2012, p.16-4).

Esses pacientes são usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). A Marinha do Brasil “visa oferecer ações complementares às oferecidas pelo Estado, compatíveis com a disponibilidade de seus recursos humanos e financeiros.” (DGPM-401, 2012, p.16-1). Para a reabilitação do(a) usuário(a) o SSM oferece “processos terapêuticos de acordo com a disponibilidade de seus recursos humanos, tendo a interdisciplinaridade como base deste programa assistencial.” (DGPM-401, 2012, p.16-2).

Os(as) usuários(as) deste projeto são pessoas portadoras de “deficiência que apresenta distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, isto é, prejuízos neuromotores, mentais ou sensoriais causados por transtornos congênitos, perinatais ou adquiridos na infância.” (DGPM-401, 2012, p.16-1). O atendimento realizado é a partir dos cinco (5) anos de idade, sem idade limite para a entrada, permanência ou saída do projeto, contudo, “O paciente especial que, reavaliado pelo GAAPE, for julgado como tendo atingido o máximo de sua potencialidade, considerando as peculiaridades de sua deficiência, terá sua fase de habilitação concluída.” (DGPM-401, 2012, p.16-3). A idade de cinco (5) anos para o acesso ao projeto é devido a precisão do

diagnóstico correto da criança, entretanto, é possível a não utilização desta especificação para alguns casos.

Compete aos GAAPE avaliar e acompanhar os pacientes especiais nas fases de reabilitação, habilitação e residência, estabelecendo as terapias necessárias, o regime e a frequência de cada uma delas, bem como sugerir a instituição mais apropriada para desenvolvê-los, dentre as credenciadas. (DGPM-401, 2012, p.16-3).

Atualmente o Serviço Social encontra-se como coordenador do GAAPE, assumindo as demandas administrativas do projeto, como a articulação com o Núcleo de Assistência Social (NAS) do Comando do 7º Distrito Naval (Com7DN), o controle da agenda e marcação, o controle da disponibilidade dos(as) outros(as) profissionais nos dias de avaliação e reavaliação, devido aos encargos sobre o trabalho militar, e outros.

É realizado, pelo menos anualmente, visitas técnicas para avaliar as clínicas conveniadas à Marinha para o projeto do GAAPE. Os credenciamentos das clínicas conveniadas, também chamadas de OSE, são celebrados pelo SASM ou N-SAIPM, onde “deverão ser precedidos de avaliação técnica dos GAAPE (PNNSG e locais). O GAAPE da área realizará visitas para emitir parecer técnico, quando solicitado pelo SASM ou N-SAIPM local.” (DGPM-401, 2012, p.16-3).

As avaliações e reavaliações dos(as) usuários(as) são feitas anualmente, sendo um dia na semana, às terças-feiras, reservado apenas para as atividades pertinentes do GAAPE. Para as avaliações deverão

[...] conter o diagnóstico clínico e/ou funcional, as modalidades terapêuticas necessárias a cada paciente especial, a frequência e o respectivo regime para a prestação dos serviços. Essa folha será remetida por ofício sigiloso (confidencial) pelo GAAPE ao SASM na área do Rio de Janeiro, ou N-SAIPM local, quando aplicável. (DGPM-401, 2012, p.16-4).

Para as reavaliações, o acompanhamento do GAAPE

[...] deverá conter o resultado observado no período com as terapias a que o paciente tiver sido submetido e os seus progressos, as modalidades terapêuticas necessárias, a frequência e o respectivo regime para a prestação dos serviços e possíveis correções de métodos. Essa folha será remetida por ofício confidencial pelos

GAAPE ao SASM, na área do Rio de Janeiro, ou para o N-SAIPM local. (DGPM-401, 2012, p.16-4).

No GAAPE e nos outros projetos que o Serviço Social faz parte no Hospital Naval de Brasília (HNBra), o(a) assistente social atua nas demandas sociais dos usuários, mesmo sendo em âmbito da saúde, pois a saúde não é somente a ausência de doença, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), diversos fatores sociais interferem na saúde da população.

No GAAPE o Serviço Social auxilia a família na adesão ao tratamento, verifica se há alguma situação social que interfere no tratamento do(a) usuário(a), atuando na busca de melhores alternativas que visam o tratamento qualificado, fornecendo apoio familiar e para o(a) usuário(a), garantindo o acesso à informação dos serviços prestados pela Marinha, bem como, pela rede de apoio local.

3.1.2 SIAD

O Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD) é um serviço composto por uma equipe multidisciplinar, em que presta assistência domiciliar, onde o atendimento é destinado “aos pacientes que, por limitação funcional ou problema de saúde, não podem manter acompanhamento nos ambulatórios da MB.” (DGPM-401, 2012, p.17-2). Para ser acompanhado(a) pelo SIAD, o(a) usuário(a), representante legal ou responsável deverá entrar com uma solicitação, em que posteriormente a equipe do SIAD fará uma visita domiciliar para estar avaliando o(a) usuário(a), verificando se o caso é elegível ou não para a assistência domiciliar.

A Assistência Domiciliar prestada é definida como o acompanhamento, por meio de visitas eletivas periódicas e, em caráter extraordinário, atendimento emergencial ou pronto atendimento por um ou mais integrantes da equipe de saúde multiprofissional do SIAD ou de uma das Empresas credenciadas que prestam atendimento domiciliar, visando à manutenção da estabilidade do quadro clínico dos pacientes. (DGPM-401, 2012, p.17-2).

O SIAD tem como objetivo geral cumprir, em relação aos idosos, a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.842 de 04 de Janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741 de 01 de Outubro de 2003).

Os(as) usuários(as) do SIAD são “idosos a partir de 60 anos e demais pacientes possuidores de algum tipo de limitação funcional ou problema de saúde” (DGPM-401, 2012, p.17-2), contribuintes do FUSMA, Fundo de Saúde da Marinha, seja titulares ou dependentes, e são atendidos pela equipe do SIAD e por empresas, conveniadas à Marinha, que são especializadas em atendimento domiciliar. O SIAD também acompanha os(as) usuários(as) sem vínculo familiar, em que, nesses casos, compete ao SIAD “encaminhar e acompanhar pacientes sem vínculos familiares e com algum grau de dependência, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)” (DGPM-401, 2012, p.17-2).

As ILPI são instituições extra-MB, credenciadas pelo Serviço de Assistência Social da Marinha (SASM), destinadas aos usuários do SSM com idade igual ou superior a 60 anos, com extrema vulnerabilidade na manutenção dos vínculos familiares e impossibilitados de prover suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social ou que façam opção voluntária por esta modalidade de atendimento. (DGPM-401, 2012, p.17-3).

O acompanhamento dos(as) usuários(as) é realizado uma vez por semana, às quintas-feiras, sendo as visitas “agendadas de acordo com o grau de complexidade do cuidado e o plano de atenção domiciliar definido pela equipe de saúde multiprofissional.” (DGPM-401, 2012, p.17-2). A equipe do SIAD do HNBra é composta por Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Dentista, Enfermeiro e Médico.

O Serviço Social atua neste projeto em âmbito familiar, verificando se existe demandas sociais, sancionando dúvidas, informando sobre direitos dos(as) usuários(as), dando informações de serviços da Marinha do Brasil, como também, de redes de apoio local.

3.1.3 PAPI

O Programa de Apoio ao Paciente Internado (PAPI) tem como propósito promover ações sociais “nos Hospitais Navais, de forma preventiva e socioeducativa em saúde, no âmbito da Assistência Integrada, em proveito dos pacientes (internados ou em regime ambulatorial), bem como dos seus acompanhantes e familiares.” (DGPM-501, 2014, p.13-1), desenvolvendo a democratização de informações, ações com as equipes de saúde, ações para a construção de estratégias coletivas, e outros.

Nos Hospitais Navais, o Serviço Social “deverá avaliar a necessidade de acompanhamento social do paciente, a ser realizados pelo OES que assiste sua OM, quando militar da ativa ou dependentes, ou OM de apoio distrital ao inativo e pensionista.” (DGPM-501, 2014, p,13-4). O(a) assistente social desenvolve as ações socioassistenciais a partir das demandas apresentadas pelo(a) usuário(a), podendo, essas ações, serem articuladas com a equipe de saúde, para ações interdisciplinares. As principais dessas ações são:

- a) tornar as informações democratizadas ao paciente, familiar e seu acompanhante;
- b) enfatizar os determinantes sociais da saúde do paciente, familiar e acompanhante por meio de abordagem individual e/ou grupal;
- c) conhecer a rede de serviço socioassistencial extra-MB, visando viabilizar direitos sociais;
- d) trabalhar com a família do paciente, buscando fortalecer vínculos, na perspectiva de inseri-la no processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- e) organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho do assistente social por meio da criação de protocolos e rotinas de ação; e
- f) buscar a garantia do direito do paciente ao acesso aos serviços.

(DGPM-501, 2014, p.13-2).

Assim como as ações socioassistenciais, são realizadas as ações na equipe de saúde, e o(a) assistente social divulga suas atribuições para a equipe e tem como parâmetros:

- a) elaborar, junto com a equipe, propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais, por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos etc;
- b) elaborar, junto com a equipe de saúde, o atendimento à família e/ou responsável em caso de óbito, cabendo ao assistente social

- esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente;
- c) participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas da saúde, como por exemplo: planejamento familiar, obesidade mórbida e cirurgia bariátrica, grupo de apoio às pacientes mastectomizadas etc;
 - d) planejar, executar e avaliar, com a equipe de saúde, ações que assegurem a saúde enquanto direito;
 - e) avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o paciente e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
 - f) participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o Projeto de Reforma Sanitária; e
 - g) participar do processo de notificação, junto com a equipe interdisciplinar, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência e/ou negligência à mulher, jovem, criança, adolescente, em decorrência de orientação sexual (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), idoso e etc, às autoridades competentes. (DGPM-501, 2014, p.13-3).

O terceiro tipo de ação desenvolvida pelo(a) assistente social são as ações socioeducativas, as quais socializam informações para os(as) usuários e familiares, onde se destacam as ações:

- a) sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do Hospital, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- b) realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- c) socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- d) elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos pacientes aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; e
- e) realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse. (DGPM-501, 2014, p.13-3).

Contudo, mesmo com toda a elaboração teórica do PAPI, devido o grande número das demandas, o pequeno quantitativo de assistentes sociais no HNBra e as ações pertinentes ao serviço militar, a realização do projeto não é feita com a conveniente frequência, uma vez que é necessário determinado tempo para a organização, planejamento e execução deste.

3.1.4 LTSPF

A Licença de Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) é uma licença de afastamento total concedida para os(as) militares da ativa que encontram-se como único(a) cuidador(a) capacidade no momento para os cuidados com a saúde de algum familiar. O grau de parentesco deve ser comprovado através de “seus assentamentos ou de documento hábil, que a pessoa é seu ascendente, colateral, consangüíneo ou afim, até o segundo grau civil, ou cônjuge do qual não esteja separado” (DGPM-310, 2010, p.4-13). Durante a licença a remuneração do(a) militar não é interferida. Em termos formais, a LTSPF é

[...] a autorização concedida ao militar, pelo SDP, para afastamento total do serviço, em caráter temporário, para prestar assistência a pessoa da sua família em precárias condições de saúde, de acordo com Laudo Médico da Junta de Saúde competente da área onde reside o familiar do militar. (DGPM-310, 2010, p.1-5).

A atuação do Serviço Social no HNBra sobre a LTSPF é através de entrevista social com o(a) militar para verificar a realidade social que o(a) mesmo se encontra e sua possível rede de suporte familiar para os cuidados dessa pessoa. Essa entrevista é para fins de “realização de levantamento das condições sociais de sua vida familiar, para avaliação da necessidade do militar afastar-se do serviço” (DGPM-310, 2010, p.4-13). Após a entrevista é confeccionado o parecer social, sendo este favorável ou não para a obtenção da licença, e posteriormente encaminhado para a Junta Regular de Saúde (JRS) que será o órgão responsável para averiguar as condições de saúde da pessoa da família e a determinação do prazo da licença. O parecer social do Serviço Social é de suma importância para a concessão da licença para o(a) militar.

3.1.5 Medicamento Especial

O Programa de Medicamento Especial é o fornecimento de medicamentos de alto custo, assim como dietas nutricionais, prescritos como

tratamento especial, para usuários do FUSMA, sejam militares da ativa, dependentes, inativos e pensionistas. O fornecimento dos medicamentos por este programa “está vinculado aos critérios de comprometimento da renda líquida mensal, classificação da doença, indicação e custo do tratamento.” (DGPM-401, 2012, p.19-3). É caracterizado como medicamentos especiais os

[...] utilizados no tratamento de doenças de média e alta complexidade, hereditárias ou adquiridas, crônicas ou raras e que fazem parte de um conjunto de especialidades farmacêuticas não abrangidas pelo elenco de medicamentos essenciais básicos disponibilizados pelo SisDiMe⁴. (DGPM-401, 2012, p.19-1).

A participação do Serviço Social no Programa de Medicamento Especial é o da realização do estudo socioeconômico para a avaliação da porcentagem do valor do medicamento sobre a renda líquida mensal. A demanda chega ao Serviço Social através de papeleta física que anteriormente transitou por outros setores, após chegar ao Serviço Social, os documentos para a realização do estudo socioeconômico permanecem no Serviço Social e são arquivados em arquivo próprio. Para ser elegível “O valor do medicamento especial solicitado deverá exceder 5% (cinco por cento) da renda líquida familiar mensal.” (DGPM-401, 2012, p.19-1). Após o estudo socioeconômico, é confeccionado o Parecer Social que

[...] é o documento de avaliação do Serviço Social, da OMH ou do Serviço de apoio, obrigatório para os pacientes em fase inicial de tratamento ou que tenham a prescrição modificada, consistindo em parte integrante do processo de solicitação, cujo objetivo é a comprovação do comprometimento da renda líquida mensal familiar (DGPM-401, 2012, p.19-1).

O Serviço Social realiza suas atribuições sobre o Programa de Medicamento Especial independentemente da hierarquia das patentes. Quando o estudo socioeconômico é menor do que 5% (cinco por cento) da renda líquida familiar mensal, também é confeccionado um parecer social descrevendo a não elegibilidade devido as regras do programa, em paralelo, é efetuado contato com o(a) usuário(a) informando a situação.

⁴ Sistema de Distribuição de Medicamentos da Marinha do Brasil.

3.1.6 Planejamento Familiar

O Planejamento Familiar é um programa com ações voltadas para o planejamento familiar de homens e mulheres com vínculo com a Marinha do Brasil, em que esse programa segue a Lei nº. 9.263 de 12 de Janeiro 1996. No Sistema de Saúde da Marinha (SSM), o Programa de Planejamento Familiar é entendido como

[...] o conjunto de ações destinadas a garantir a informação, a educação e a assistência médica especializada à mulher e ao homem, isoladamente ou enquanto um casal, no que concerne a utilização de métodos contraceptivos, de forma a exercer o direito de decidir, consoante com sua condição de saúde psicofísica e situação sócio-econômica, o número de filhos e o espaçamento entre eles. (DGPM-401, 2012, p.31-1).

Este programa é de responsabilidade da Comissão Interna de Acompanhamento do Programa de Planejamento Familiar (CIAPPF) que deve ser composta por “um Médico da área de Tocoginecologia e um da área de Urologia, um Enfermeiro e, sempre que possível, um Assistente Social e um Psicólogo.” (DGPM-401, 2012, p.31-1). Os(as) usuários(as) que têm direito ao Programa de Planejamento Familiar são os(as) usuários(as) do SSM.

Após a realização das entrevistas com o serviço social e psicologia e das reuniões ministradas pela equipe de saúde, com as devidas informações e esclarecimentos sobre os métodos de contracepção existentes, a mulher, o homem ou o casal optarão pelo método de contracepção a ser utilizado. (DGPM-401, 2012, p.31-1).

A atuação do Serviço Social no Programa de Planejamento Familiar no HNBra é realizada através de entrevistas individuais ou em dupla, dependendo do estado conjugal do(a) solicitante. As questões sociais que interferem na estrutura familiar são trabalhadas, verificando possíveis alternativas como rede de apoio para algumas famílias, dependendo da demanda de cada caso. São dadas orientações no contexto de planejamento familiar ao(a) usuário(a) ou o casal e como funciona o programa nesta OM e consequências e resultados das referidas decisões.

3.2 Demandas esporádicas e demandas pertinentes ao âmbito militar

As demandas mais frequentes da atuação do Serviço Social no Hospital Naval de Brasília foram descritas anteriormente, contudo, também há as demandas esporádicas, algumas com mais contato com os(as) usuários(as) e familiares do que outras.

Existem várias características específicas da carreira militar, uma delas são as Missões Especiais, afastamento superior há sessenta (60) dias, que o(a) militar é designado para atuar temporariamente em alguma missão. O papel do(a) assistente social nesse caso é a intervenção para o necessário apoio social que o(a) militar, servidor civil e família precisarão. Esse apoio é para o Programa de Atendimento Integrado em Missões Especiais, em que o Serviço Social, a Psicologia e o Direito fazem parte. Tem como propósito “Minimizar as interferências de situações sociais, psicológicas e jurídicas adversas, decorrentes da necessidade de afastamento de militares e servidores civis” (DGPM-501, 2014, p.10-1).

Este Programa tem como base o preconizado na Política de Assistência Social das Forças Armadas, a qual orienta ações para atender demandas sócioassistenciais, preventivas e promocionais do pessoal, contribuindo para o aprestamento e pronto emprego do contingente militar. (DGPM-501, 2014, p.10-1).

O Programa de Movimentação ou Remoção por Motivo Social, que é tipificado como Programa do Serviço Social (PSS), onde a implementação deste programa é exclusiva competência para profissional de Serviço Social. Caberá ao(a) assistente social “a elaboração do respectivo Parecer Social a partir do estudo sociofamiliar das solicitações de permanência, movimentação ou remoção por motivo social, com o conhecimento do Comandante/Diretor do militar ou servidor civil” (DGPM-501, 2014, p.12-2). O(a) assistente social fará estudo social, análise social e entrevista social para subsidiar seu parecer social.

Os atendimentos sociais, no programa, deverão envolver o usuário e sua família, quando for o caso, buscando, sempre, estimulá-los no conhecimento e enfrentamento dos problemas sociais que vivenciam, em especial, por entendermos que nem todas as questões sociais vivenciadas, pelo usuário, são cabíveis de intervenção pelo

programa, haja vista que este não esgota a diversidade das questões sociais existentes na contemporaneidade, devendo ser buscadas outras soluções que não a permanência, movimentação ou remoção por motivo social. (DGPM-501, 2014, p.12-2).

A assessoria e apoio em situação de óbito é uma ação do Serviço Social que apoia familiares de militares e servidores civis. Segundo a DGMP-501 (2014) o apoio dado à família é em caso de militares e servidores civis do serviço ativo, entretanto, no HNBra o apoio é para familiares de militares e servidores civis da ativa e inativos, dependentes e pensionistas.

Há também demandas para orientação social, que abrangem orientações de diversos tipos, serviços e programas prestados pelo Serviço Social, serviços e especialidades existentes no HNBra e na MB, serviços extra MB, serviços do Governo do Distrito Federal (GDF) para apoiar e complementar programas que o Serviço Social faz parte no HNBra, e outros.

Diante do exposto sobre as demandas esporádicas, serão apresentadas as demandas pertinentes ao âmbito militar. O trabalho profissional, independente da especialidade, na área militar tem suas características específicas, diferenciando suas atuações em outros espaços sócio ocupacionais. O Estatuto do Militar, Lei nº 6.880, de 9 de Dezembro de 1980, em seu artigo 20, segundo parágrafo, diz que “As obrigações inerentes ao cargo militar devem ser compatíveis com o correspondente grau hierárquico e definidas em legislação ou regulamentação específicas.” (BRASIL, 1980, n.p.).

O(a) profissional que atua em alguma organização militar precisa estar disposto(a) para realizar as atividades propostas e impostas pela sua OM. Tudo o que é realizado na Marinha é necessário ser documentado. Em diversos setores há diretorias que estão acima deles, no Serviço Social, a diretoria responsável é a DASM (Diretoria de Assistência Social da Marinha), que solicita anualmente planos e relatórios de atividades, os quais são: Planos Anuais de Atividades (PAA) e Relatórios de Atividades (RA), o que justifica os atendimentos, demandas e o trabalho do(a) assistente social. Os Planos e Relatórios fundamentam a presença e permanência, no momento presente, de duas assistentes sociais no HNBra, pois o quantitativo das demandas é superior para a atuação de apenas uma assistente social. Os planos e

relatórios são construídos cotidianamente, o que acarreta a utilização do tempo disponível para atendimentos aos(as) usuários(as).

O âmbito militar está em constante aperfeiçoamento e evolução, com isso, há diversos cursos e capacitações para os(as) militares. O período de curso e capacitação depende do tema a ser abordado por esses. Na Marinha do Brasil há diversas cerimônias, em que militares são escalados para a participação destas. Toda OM há militares que estão de serviço, estes saem de seus respectivos setores e ficam trabalhando para o controle e administração de sua OM. Essas demandas e obrigações dependem da patente e hierarquia dos(as) militares. O artigo 32 do Estatuto dos Militares descreve que

Todo cidadão, após ingressar em uma das Forças Armadas mediante incorporação, matrícula ou nomeação, prestará compromisso de honra, no qual afirmará a sua aceitação consciente das obrigações e dos deveres militares e manifestará a sua firme disposição de bem cumpri-los. (BRASIL, 1980, n.p).

Essas demandas do âmbito militar, em determinadas situações, dificultam a realização do trabalho profissional do(a) assistente social em questão do Serviço Social, visto que, há demandas que requerem dedicação de parte do tempo dos(a) militares. Esse fato pode ser observado na supervisão de campo de estagiárias(os) de Serviço Social no HNBra, dado que as próprias demandas do Serviço Social são muitas e as demandas do âmbito militar encurtecem o período disponível para a supervisão de campo.

Em suma, atuar em âmbito militar é dedicar-se às diversas atividades, as quais não são somente competências e atribuições de determinada profissão, e sim, seguir em paralelo, os direitos e deveres da carreira militar. É um trabalho conjunto, em que as características específicas da profissão andam juntas com as peculiaridades da atividade militar.

Ter um documento dentro da MB que propõe e esclarece o trabalho profissional do Serviço Social, mostrando as atribuições privativas e o que compete ao(a) assistente social demarca o nosso espaço na instituição, fortalecendo o campo de atuação e o trabalho do(a) assistente social.

3.3 Desafios do trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília

Visto que, foi apresentado anteriormente as demandas, atuações e atribuições do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília (HNBra), nesse item serão abordadas as reflexões sobre os limites e possibilidades da profissão do(a) assistente social no HNBra.

O trabalho profissional, de forma geral, na Marinha do Brasil segue normas da própria instituição, como, por exemplo, no caso do Serviço Social, a DGPM-401 e DGPM-501, entretanto, a atuação do(a) assistente social deve ser orientada pelo seu projeto político e pelos documentos que regulamentam o exercício profissional, como o Código de Ética do(a) assistente social e a Lei de Regulamentação da Profissão. O norteador da atuação do(a) assistente social é preciso ser o conhecimento teórico-político do(a) profissional, para atender e intervir, da melhor forma, as demandas dos(as) usuários(as).

Sabemos que o Serviço Social, historicamente, atua nas múltiplas refrações da questão social, conformadas na ordem social contemporânea e seus procedimentos técnicos são instrumentais vinculados a uma intencionalidade, que extrapola a requisição institucional, cuja demanda nos é colocada sem lapidação teórica e ético-política. Só a competência do(a) profissional, pelo conhecimento teórico-político é capaz de decifrar seu significado. (CFESS, 2012a, p.30).

Por ser uma instituição militar há o excesso de burocratizações para o acesso à determinados serviços prestados pela Marinha e/ou pelo HNBra, dificultando a admissão desses. Essa burocratização se manifesta por intermédio de solicitações, preenchimentos de papeleta ou marcações para o acesso à programas, atendimentos ou pedidos em geral, o que aumenta o tempo de espera do(a) usuário(a) para a admissão dos serviços prestados.

A burocratização afeta o trabalho do(a) assistente social porque, muitas vezes, o tempo para o acesso do(a) usuário(a) aos serviços prestados pelo Serviço Social é maior do que o necessário, acarretando em complicações nas demandas apresentadas. O(a) assistente social tenta desburocratizar o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços prestados pelo Serviço Social, garantindo o

acesso às informações e aos serviços, acarretando na aproximação com o(a) usuário(a) e com sua demanda.

Para um compromisso com o usuário é necessário romper as rotinas e a burocracia estereis, potencializar as coletas de informações nos atendimentos, pensar a reorganização do plano de trabalho, tendo em vista as reais condições de vida dos usuários. (CFESS, 2012a, p.57).

Como exemplo da burocratização na Marinha, pode-se referir a Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF), que para a obtenção dessa licença é necessário seguir todo um trâmite interno. A DGPM-310 (2010, p.4-13) descreve esse trâmite:

- a) a LTSPF poderá ser concedida por requerimento ao SDP, via cadeia de comando, mediante as seguintes regras gerais:
- menção se o interessado já foi beneficiado anteriormente por afastamentos semelhantes e, em caso afirmativo, o motivo, o número de dias e a época;
 - comprovação, por meio de seus assentamentos ou de documento hábil, que a pessoa é seu ascendente, colateral, consanguíneo ou afim, até o segundo grau civil, ou cônjuge do qual não esteja separado [Parecer 198/54, da CJM (Bol MM 03/55)];
 - realização de levantamento das condições sociais de sua vida familiar, para avaliação da necessidade do militar afastar-se do serviço:
 - I) pela OM em que serve, com o auxílio do Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha (N-SAIPM) ou OM com Facilidade de Serviço Social (OMFSS), se necessário, caso o familiar resida na mesma localidade; ou
 - II) por uma OM designada pelo Comandante do DN, conforme a área onde se encontra o familiar, caso resida em área geográfica distinta;
 - após o resultado do Parecer Social de que trata a sublinha anterior, encaminhamento do original do Relatório Social para a Junta de Saúde, que submeterá o familiar à Inspeção de Saúde competente, de acordo com a DGPM-406 (Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na MB); e
 - obtenção de Laudo Médico da Junta de Saúde, favorável à concessão da Licença; [...]

Como descrito no primeiro capítulo desse trabalho, dentro da Marinha do Brasil há a hierarquia de seus(as) militares, o que, de certo modo, causa alguns embates na atuação do(a) assistente social na entidade. Esse fato não está no controle do(a) profissional de Serviço Social, devido à relação de poder da instituição, sendo preciso a diária demarcação do que é o Serviço Social na Marinha do Brasil, principalmente em sua atuação na política de saúde, dentro do HNBra.

Os desafios presentes no campo da atuação exigem do(a) profissional o domínio de informações, para identificação dos instrumentos a serem acionados e requer habilidades técnico-operacionais, que permitam um profícuo diálogo com os diferentes segmentos sociais. O conhecimento da realidade possibilita o seu deciframento para "iluminar" a condução do trabalho a ser realizado. (CFESS, 2012a, p.31).

Essas condições de trabalho dentro da Marinha fazem com que o(a) assistente social utilize, com mais foco e precisão, seus instrumentos técnicos e atribuições privativas para poder responder com exatidão as diversas demandas dos(as) usuários(as).

[...] as condições e relações de trabalho em que se inscreve o assistente social articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados, pois a história é o resultado de inúmeras vontades projetadas em diferentes direções que têm múltiplas influências sobre a vida social. (CFESS, 2012a, p.46).

Por ser uma instituição que tem como base a hierarquia, grande parte das demandas para o Serviço Social no HNBra são advindas de militares de patentes mais baixas, caracterizados como Praças, que são Marinheiros (MN), Soldados (SD), Cabos (CB), Sargentos (SG) e Sub-Oficiais (SO), pois são estes os mais afetados pelas expressões da questão social. A questão social indica, portanto, as “desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais” (CFESS, 2012a, p.48). A análise do(a) assistente social sobre a questão social permite “ampliar as possibilidades de atuação e atribuir dignidade ao trabalho do assistente social, porque ele não trabalha com fragmentos da vida social, mas com indivíduos sociais que condensam a vida social.” (CFESS, 2012a, p.53).

Independentemente da patente e da hierarquia instalada na instituição, no HNBra há a tendência de efetivação dos direitos pelo Serviço Social de todos(as) usuários(as). Essa ação do(a) assistente social segue um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional dos(as) assistentes sociais, onde diz que o exercício do Serviço Social deve fazer-se “sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social,

gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.” (CFESS, 2012b, p.24). Com os programas pertencentes ou os que o Serviço Social faz parte no HNBra, efetiva os direitos dos(as) usuários(as), visto que eles são de diversos segmentos e atendem à diversas demandas individuais e coletivas.

É importante desenvolver a capacidade de ver, nas demandas individuais, as dimensões universais e particulares que elas contêm. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário. (CFESS, 2012a, p.53).

Pelo Serviço Social atuar em programas no HNBra juntamente com outras áreas, se torna uma constante luta que os(as) profissionais de Serviço Social perpassam para delimitarem suas atuações e atribuições, como, por exemplo, nas atuações com equipes interprofissionais, que as atribuições privativas do(a) assistente social podem ser confundidas ou má interpretadas pelos(as) outros(as) profissionais que fazem parte da equipe. Segundo o Código de Ética do(a) assistente social, é direito do(a) assistente social a “garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código” (CFESS, 2012b, p.26), o que respalda o(a) assistente social em suas atividades em equipe. Esse fato pode ser reflexo do não reconhecimento dentro da instituição do que é o Serviço Social e o histórico que a profissão tem de ser conversadora, assistencialista e outras características do início do Serviço Social, pois este deixou de ser um “instrumento de distribuição de caridade privada das classes dominantes, para se transformar, prioritariamente, em uma das engrenagens de execução da política social do Estado e de setores empresariais.” (IAMAMOTO, 2007, p.31).

No debate sobre as funções privativas do Assistente Social, o trabalho em equipes interprofissionais merece um especial destaque. Hoje é comum encontrar o assistente social, partilhando atividades com outros profissionais - o pedagogo, sociólogo, o psicólogo, o médico, o arquiteto, o advogado, o economista. — na coordenação de ações comunitárias, nos programas de saúde mental, nas empresas, em ONG's etc. É necessário desmistificar a ideia de que a

equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (CFESS, 2012a, p.64).

A delimitação da atuação e das ações privativas do Serviço Social no HNBra pode ser reflexo do conservadorismo na instituição como um todo, pois a Marinha do Brasil se firma muito em seu início e histórico, mantendo suas tradições. O conservadorismo está presente na instituição e a falta de informação sobre a prestação de serviços de alguns setores pertencentes às OM, como o Serviço Social, atrasa e até mesmo dificulta a atuação dos(as) assistentes sociais nesses espaços sócio ocupacionais.

A fonte de inspiração do pensamento conservador provém de um modo de vida do passado, que é resgatado e proposto como uma maneira de interpretar o presente e como conteúdo de um programa viável para a sociedade capitalista. (IAMAMOTO, 2007, p.22).

Esse conservadorismo pode ser reflexo de como os(as) militares e as instituições militares veem a sociedade e a vida social como um todo. “Esse cenário, de nítido teor conservador, atinge as formas culturais, a subjetividade, a sociabilidade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias.” (CFESS, 2012a, p.52). E como resposta para esse fato, o(a) assistente social deve tomar o rumo

[...] ético-político do projeto profissional, estimulando uma cultura democrática, o apreço à coisa pública, - atentando à dimensão cultural do trabalho cotidiano do assistente social -, contrapondo-se à difusão dos valores liberais que geram desesperança e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos das diferentes classes sociais, embora não eliminem sua existência objetiva. (CFESS, 2012a, p.53).

Nesse contexto, é fundamental

[...] avançar na consolidação e implementação do projeto profissional, inscrevendo os seus princípios no cotidiano de trabalho do assistente social, apesar do contexto adverso, que, entretanto, impulsiona e mantém vivas as forças sociais portadoras da esperança e da capacidade de luta na arena social e profissional. (CFESS, 2012a, p.69).

Em síntese, percebe-se que o Serviço Social no HNBra enfrenta diversos tipos de confrontos similares as de outras instituições que não são militares, em que o desafio central para o(a) assistente social é o de

[...] fazer a crítica dos fundamentos da cotidianidade tanto daquela em que ele se encontra inserido quanto a do cotidiano dos sujeitos sociais a quem presta serviços, o que significa examinar os fundamentos, analisá-los, reconhecê-los, para transcendê-los. (GUERRA, 2007, p.16).

A luta é diária e necessária para mostrar o trabalho profissional do Serviço Social e sua indispensabilidade na entidade, para atender as demandas que são postas pelos(as) usuários(as) e efetivar o acesso aos seus direitos, independente de qual seja.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo geral identificar os desafios do trabalho do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília e como objetivos específicos mapear as principais atividades desenvolvidas pelo(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília; estudar sobre as atribuições e competências do trabalho profissional dos(as) assistentes sociais em Organizações Militares e refletir sobre a relação entre a política de saúde e a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília. Desta forma, buscamos compreender o trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, pois este é um assunto pouco trabalhado por autores(as) do Serviço Social.

O que é exposto no trabalho refletiu sobre os desafios do trabalho do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília, abordando o trabalho profissional do(a) assistente social nos espaços sócio ocupacionais de forma geral para a compreensão da sua atuação na saúde, já que a pesquisa se deu em um hospital.

Como a pesquisa foi realizada em uma Organização Militar foi apresentada a caracterização das Organizações Militares, aprofundando no histórico e atualidade da Marinha do Brasil, visto que o Hospital Naval de Brasília pertence à Marinha do Brasil, foi preciso retomar o histórico desta Força Armada para a apreensão do conteúdo apresentado e como se expressa a política de saúde na Marinha do Brasil, descrevendo a Diretoria de Saúde da Marinha, Sistema de Saúde da Marinha para posteriormente falar propriamente sobre o Hospital Naval de Brasília, logo, retratando o Serviço Social na instituição, em que este faz parte da Assistência Integrada da Marinha.

Sendo identificado o trabalho do(a) assistente social na saúde e a caracterização das Organizações Militares, foi tipificado as competências e atribuições dos(as) assistentes sociais no Hospital Naval de Brasília, relatando as principais demandas, as demandas do âmbito militar e os desafios do trabalho profissional do(a) assistente social nesse espaço sócio ocupacional.

Constatei nessa pesquisa que o Serviço Social em Organizações Militares ainda é um tema pouco explorado e conhecido entre assistentes sociais e graduandos(as) de Serviço Social. Por ser uma Organização Militar,

há características específicas desse espaço sócio ocupacional, por ter demandas advindas do âmbito militar, por não se atentar somente com as demandas dos(as) usuários, todavia, também com as demandas institucionais.

Nesse sentido, foi possível identificar que os principais desafios do trabalho profissional do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília é a conciliação do projeto profissional do Serviço Social e as regras e normas da Marinha do Brasil e da própria instituição, em questão de seguimentos e normas militares. Pois, a atuação do(a) assistente social no Hospital Naval de Brasília não é integral para as demandas dos(as) usuários(as) do sistema, mas demandas que compõem o contexto militar do HNBra.

Em quase todo espaço sócio ocupacional o(a) assistente social diariamente delimita quais são suas competências e atribuições privativas, no Hospital Naval de Brasília não é diferente, devido o histórico da Marinha do Brasil, de todo conservadorismo ainda presente em suas bases, o que necessita de uma articulação da atuação mais elaborada por parte dos(as) Assistentes Sociais na instituição.

Percebo que o enfrentamento ao conservadorismo, por parte do Serviço Social, é por intermédio da própria atuação dos(as) assistentes sociais no HNBra, pois, será o trabalho profissional que delimitará e mostrará para a instituição e para os(as) usuários(as) o que realmente compete ao Serviço Social e as atribuições privativas do(a) assistente social. É necessário que os(as) assistentes sociais que trabalham nessas instituições tenham capacitação profissional bem desenvolvida, a fim de não permitir que o sistema conservador de seu espaço ocupacional atinja sua prática profissional.

Contudo, estar presente, atuando em uma Organização Militar, pode ser considerada uma conquista para o Serviço Social, visto que a atualidade tende para a diminuição de direitos para a sociedade e, mesmo com toda burocratização para o acesso de direitos no Hospital Naval de Brasília, o(a) assistente social trabalha na efetivação desses para atender as demandas dos(as) usuários(as).

O(a) assistente social que atua na Marinha do Brasil não é apenas um(a) profissional, ele(a) é um(a) militar, com isso, segue a sequência de hierarquias e patentes dentro da Marinha. A questão da patente pode afetar a atuação do(a) Assistente Social na instituição, entretanto, o(a) assistente social deve

usar os princípios fundamentais do Código de Ética do(a) assistente social para embasar sua atuação, para que o fato da Marinha seguir hierarquias não venha interferir no trabalho profissional do(a) assistente social. Esse fato pode justificar a importância da formação de qualidade e a capacitação profissional bem desenvolvida para conseguir enfrentar questões adversas em seus espaços sócios ocupacionais.

Atuando nas expressões da questão social, o Serviço Social está presente em vários cenários, o que permite a expansão e o reconhecimento da profissão. É essa expansão e reconhecimento que as atuais assistentes sociais do Hospital Naval de Brasília lutam diariamente. Foi conquistada recentemente, segundo semestre do ano de 2018, a presença da segunda assistente social no setor, visto que foi uma luta árdua da primeira assistente social do hospital para conseguir mais um(a) profissional de Serviço Social para o Hospital Naval de Brasília, o que acarretou em atendimentos e respostas de demandas mais rápidas.

As questões particulares da atuação no Hospital Naval de Brasília me fizeram escolher o tema, a fim de, apresentar o Serviço Social em Organizações Militares, na política de saúde da Marinha do Brasil, para o reconhecimento desse espaço sócio ocupacional tão pouco explorado e conhecido por grande parte de assistentes sociais e graduandos(as) de Serviço Social, pois muitos(as) não conseguem compreender a atuação do(a) assistente social em práticas militares, até mesmo porque durante a graduação não é trabalhado o Serviço Social em Organizações Militares, o que acarreta no desconhecimento da presença de assistentes sociais em espaços militares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, João Daniel Lima de. **Manual do Candidato**. História do Brasil. Brasília: FUNAG, 2013.

BARATA, Joaquina Teixeira; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In: CFESS/ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. 1ed. Brasília: , 2009, v. 1, p. 185-201.

BARBOSA, Anália; SILVA, Diego Tabosa; JUNIOR, Luiz Carlos de Souza. **O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o 'fim' do 'início'**. In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016, Belo Horizonte.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Marinha do Brasil. **História Naval**. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/content/historia-naval>>. Acesso em: 02 de Novembro de 2018.

_____. **História de mulheres nas Forças é repleta de lutas e conquistas**. 2016. Disponível em: <<https://www.defesa.gov.br/noticias/18669-historia-de-mulheres-nas-forcas-e-repleta-de-lutas-e-conquistas>> Acesso em: 02 de Novembro de 2018.

_____. **Histórico**. Diretoria de Assistência Social da Marinha do Brasil. s.d. Marinha do Brasil. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/dasm/?q=historico>>. Acesso em 26 mar. 2019.

_____. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério Saúde, 2000.

_____. **Missão**. Diretoria de Assistência Social da Marinha do Brasil. s.d. Marinha do Brasil. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/dasm/missao>>. Acesso em 26 mar. 2019.

_____. **Carta de Serviços ao Usuário**. Hospital Naval de Brasília (HNBra). s.d. Marinha do Brasil. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/hnbra/sites/www.marinha.mil.br/hnbra/files/CartaUsuario%20alt03JUL18.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2019.

_____. **Decreto nº 4.780 de 15 de Julho de 2003**. Aprova o Regulamento da Reserva da Marinha e dá outras providências. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4780.htm>. Acesso em 07 de abr. 2019.

_____. **Lei nº 6.880, de 9 de Dezembro de 1980.** Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6880.htm>. Acesso em 28 mar. 2019.

_____. **Histórico.** Marinha do Brasil. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/com7dn/?q=historico>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil:** conquistas e limites à sua efetivação. 2006. Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf> . Acesso em: 12 fev. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil.** Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

_____. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social:** Saúde. In: CEAD - UNB. (Org.). Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UNB, 2000, v. módulo, p. 259-280. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis (UERJ. Impresso), v. 17, p. 77-93, 2007.

CABRAL, Sheylla Beatriz; CAMARGO, Marisa; DAROSCI, Manuela; MARQUES, Aline Aparecida; SILVEIRA, Scheila Rodrigues. **O Serviço Social na Alta Complexidade em Saúde:** reflexões sobre a ação profissional . In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2017, Florianópolis. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 2012b.

_____. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2012a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2019.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, A. E. et al.(orgs). Serviço

Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.304-351.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; VIEIRA, Samara Cíntia Rodrigues; MASSA, Nayara Moreira; ARAUJO, Thaise Anataly Maria de; VASCONCELOS, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de. **Desafios para a participação popular em saúde**: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB.. Saúde e Sociedade (USP. Impresso), v. 21, p. 1087-1100, 2012.

DIRETORIA GERAL DO PESSOAL DA MARINHA. **Normas sobre a assistência integrada na Marinha do Brasil**. DGPM-501. 6a Revisão. Marinha do Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Normas para assistência Médico-Hospitalar**. DGPM-401. 3a Revisão. Marinha do Brasil. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Normas para designação, nomeação e afastamentos temporários do serviço para o pessoal militar da Marinha do Brasil**. DGPM-310. 4ª revisão. Rio de Janeiro. 2010.

_____. **Manual do Usuário do Sistema de Saúde da Marinha**. 2009. Marinha do Brasil. Disponível em <https://www.marinha.mil.br/eamce/sites/www.marinha.mil.br/eamce/files/ManualUSSM_0.pdf>. Acesso em 27 mar. 2019.

DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA. DSM. **Carta de Serviços ao Cidadão. Marinha do Brasil**. 2018. Marinha do Brasil. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br/dsm/files/Carta%20de%20Servi%C3%A7os%20ao%20Cidad%C3%A3o%20-%20DSM%20mod%202%20maio%202018%20.pdf>>. Acesso em 28 mar. 2019.

ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DO ESPÍRITO SANTO, EMN-005. **LEGISLAÇÃO MILITAR**. Marinha do Brasil, 2018. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/eames/sites/www.marinha.mil.br/eames/files/LEG MIL.pdf>>. Acesso em 26 de abr. 2019.

ESTADO-MAIOR DA ARMADA, EMA-322. **O POSICIONAMENTO DA MARINHA DO BRASIL NOS PRINCIPAIS ASSUNTOS DE INTERESSE NAVAL**. Marinha do Brasil, 2017. Disponível em <<https://www.marinha.mil.br/sites/default/files/ema-322.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

FARIA, Durland Puppim. **Introdução à História Militar Brasileira**. Disponível em: <http://www.cporpa.eb.mil.br/images/2016/int/hist_mil/UDII/Apostila_Historia_Militar_Brasileira_Cap_1_2_e_3.pdf> Acesso em: 16 de Outubro de 2018.

FERRAZ, Francisco César Alves. **Relações entre civis e militares no Brasil**: um esboço histórico. História & Ensino (UEL), Londrina-PR, v. 4, p. 115-137, 1998.

GOFFMAN, Erving. **Prisões, manicômios e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GUERRA, Yolanda. **O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional**. Revista Serviço Social & Sociedade. n. 91. Ano XXVIII. Edição Especial. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

GUIMARÃES, Simone de Jesus; NEIVA, Anna Katarine Ferreira Lima. **O Projeto Ético-Político do Serviço Social e Suas Implicações na Contemporaneidade**. Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho), v. 12, p. 200-221, 2015.

HALPERN, Elizabeth Espindola; LEITE, Ligia Maria Costa. **Marinha do Brasil: uma trajetória do enfardamento**. Antíteses, v. 7, n. 13, p. 158-183, jan/jun, 2014.

HOFFMANN, Edla; OLIVEIRA, Sheyla Priscila Souza de; REIDEL, Tatiana. **O Trabalho do(a) Assistente Social na Atenção Básica: dilemas e perspectivas no município de Natal/RN**. In: I Colóquio Internacional IV Colóquio Nacional sobre o Trabalho do/a Assistente Social, 2017, Maceió. Anais do I Colóquio Internacional IV Colóquio Nacional sobre o Trabalho do/a Assistente Social, 2017. v. 1.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea**. SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. (a)

_____. **Os espaços sócio ocupacionais do assistente social**. SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. (b)

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo, Cortez, 2015.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social** – 9, ed, - São Paulo: Cortez, 2007.

_____.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 1995.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

JANOWITZ, Morris. **O soldado profissional: um estudo social e político**. Rio de Janeiro: edições GRD, 1967.

LACERDA, Lélica Elis P. de. **Exercício profissional do assistente social: da imediaticidade às possibilidades históricas**. Serviço Social & Sociedade, v. 01, p. 22-44, 2014.

MARTINI, Débora ; DAL PRÁ, KELI REGINA . **A inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde**. ARGUMENTUM (VITÓRIA), v. 10, p. 118-132, 2018.

MOREIRA, Nádía Xavier. **Instituições Militares: Uma Análise Sociológica**. n. 23. Dissertação (Pós-graduação). Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes**. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método na teoria social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPPS, 2009.

NOGUEIRA, Danielle Oliveira; [SARRETA, Fernanda de Oliveira](#). **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais**. In: 4o. Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016, Belo Horizonte/MG. 80 anos de Serviço Social - tendências e desafios. Belo Horizonte/MG: CRESS 6a. Região, 2016. v. 1. p. 1-12.

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

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEDROSA, Fernando Velôzo Gomes. **A História Militar Tradicional e a “Nova História Militar”**. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2011, São Paulo, SP. Anais do XXVI simpósio nacional da ANPUH - Associação Nacional de História. São Paulo, SP: ANPUH-SP, 2011.

PEREIRA, Priscila Lopes; GARCIA, Vera Lúcia. **Serviço Social e Saúde – Processos de Trabalho e Gestão**. Serviço Social & Realidade, v.21, p. 125-154, 2012.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RODRIGUES, Alexandre Manuel Esteves. **Nelson Werneck Sodré e a História Militar Do Brasil**. São Paulo. Intellèctus, 2013.

ROLLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou de; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em Debate, v. 37, p. 139-147, 2013.

SALVADOR, Marina Alvares Cortês; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. **Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais**. Maranhão: VII Jornada Internacional Políticas Públicas, 2015.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis, v.17, n.1, 2007. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2007.

SODRÉ, Nelson Werneck. **História militar do Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SOUSA, Fernanda Marques de; FRANÇA, Merilin Carneiro. **Viabilização de direitos versus ofensiva neoliberal**: dificuldades e possibilidades da prática do assistente social na alta complexidade. In: Rede Unida, 2016, Mato Grosso do Sul. 12º Congresso Internacional da Rede Unida, 2016.

SZWARCWALD, Célia Landmann; VIACAVA, Francisco. **Pesquisa mundial de saúde no Brasil**, 2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S4-S5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/01.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

XIMENES, Sérgio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 Ed. Reform. São Paulo: Ediouro, 2000.