

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LUISA BOHNENBERGER VARELA

O DIREITO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

FLORIANÓPOLIS

2019

Luisa Bohnenberger Varela

O DIREITO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese.

FLORIANÓPOLIS

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Varela , Luisa Bohnenberger
O DIREITO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE
SAÚDE / Luisa Bohnenberger Varela ; orientadora,
Michelly Laurita Wiese, 2019.
66 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis,
2019.

Inclui referências.

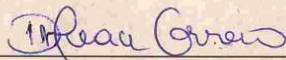
1. Serviço Social. 2. Direito à informação . 3.
Serviço Social . 4. Sistema Único de Saúde . I.
Wiese, Michelly Laurita. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III.
Título.

Lúisa Bohnenberger Varela

O DIREITO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 12 de Dezembro de 2019.

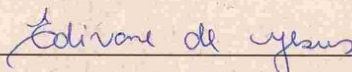


Profa. Dilceane Carraro, Dra.
Coordenadora do Curso

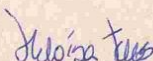
Banca Examinadora:



Profa. Michelly Laurita Wiese, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Edivane de Jesus, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Heloisa Teles, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

"O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários."

Marilda lamamoto

AGRADECIMENTOS

Agradeço às mulheres da minha vida, Adriana Bohnenberger e Selmira Bohnenberger. Adriana, minha mãe, que desempenhou a maternidade solo e trabalhou incansavelmente para que eu entrasse na Universidade. Selmira, mais conhecida como vó Bibi, pelo afeto e ensinamentos. Vocês duas são fonte de inspiração e força!

À minha família, pelo carinho e apoio, principalmente ao Rodrigo, Gabriel e Ricardo Conceição Filho.

À Adry Miranda, May Tioquetti, Aline Hollanda, Bruno Gavião, Luana Costa, Leticia Garcia, Mel Giongo, Tainara Santos, Fabi Araujo, Ju Santiago, Gis de Jesus, Karina Rocca, Day Soler, Icaro Madeira, Kau Castro, Carolina Melo, Débora Zanghelini, Kau Castro, Chris dos Santos, Mari Ramos, Fe Souza, Ju Isotton, Bea Silveira, Giulia Valentina, Lari de Souza, Andrey Santiago, Godim, Sophia Machado, Gabi Dias, Marcinho Siqueira, Bia Gatti, Mau Marques, Brenda de Castro, Bruninha Monteiro, Maju Castro, Julinha Coelho, Martina Formagio, Vi Mendes, Chai Guterres, Lari Silveira Mendes, Bea Cintra, Manu Pieroni Ribeiro, Diego Muller, Bea Antunes e Duda Salla pela caminhada de luta e aprendizados no Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALISS-UFSC).

A todos(as) os(as) trabalhadores(as) da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao corpo docente do Departamento de Serviço Social, à equipe técnico-administrativa do Centro Socioeconômico e aos(as) terceirizados(as).

Agradeço, também, à Executiva Nacional de Serviço Social (ENESSO), ao Núcleo de Humanização, Arte e Saúde (NUHAS-UFSC), ao Programa de Aperfeiçoamento Profissional e Interpessoal (PROAPI-UFSC), ao HU-UFSC e à querida supervisora de campo, Patrícia Fraga, pelas contribuições à minha formação pessoal e profissional.

RESUMO

Para garantir o direito à saúde, a informação se faz necessária em seu sentido pleno, tanto para manter a população informada sobre os direitos que possui e os serviços que tem disponível, como para fornecer dados sobre quadros clínicos e possibilidades de cuidado e prevenção. Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo refletir sobre os marcos normativos da informação e a atuação das(os) assistentes sociais. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com aplicação de questionário para as(os) profissionais de Serviço Social do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, que busca identificar em que medida as(os) trabalhadoras(es) consideram a informação enquanto um instrumento de trabalho, e se compreendem-na como um direito. Com base no estudo realizado, foi possível observar que houve um avanço acerca da temática no campo da saúde a partir da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde, por conta dos diversos marcos históricos e legais que comprovam esta evolução. Em relação aos dados da pesquisa de campo, de forma unânime, observamos que há compreensão da informação como direito e instrumento de trabalho. Por outro lado, constatou-se o desconhecimento em relação ao documento sobre comunicação do Conselho Federal de Serviço Social e, quando os participantes do estudo foram questionados(as) sobre como operam a informação no cotidiano profissional, as respostas foram bastante sucintas, semelhantes entre si e insuficientes para atender ao que foi solicitado no enunciado da questão, dando a entender um padrão comunicacional, sem considerar os aspectos socioeconômicos e culturais. Diante disso, nota-se que o debate em questão correlaciona-se diretamente com o Serviço Social, sendo a comunicação e a informação pontos cruciais e estratégicos, tendo em vista a transformação das relações sociais. Portanto, faz-se necessário a construção de uma hegemonia profissional que compreenda tal questão em sentido macro, e que também se comprometa a tratar a informação como um direito a ser garantido nos atendimentos realizados, e em todos os serviços e políticas.

Palavras-chave: Direito à Informação. Direito Social. Sistema Único de Saúde. Informação. Saúde. Serviço Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIC	Ambulatório de Implante Coclear
CALISS	Centro Acadêmico Livre de Serviço Social
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSS	Conselho de Comunicação Social do Congresso Nacional
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DOU	Diário Oficial da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
EUA	Estados Unidos da América
FNDC	Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HU-UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IC	Implante Coclear
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAI	Lei de Acesso à Informação
MNA	Movimento dos Países Não Alinhados
MS	Ministério da Saúde
NOMIC	Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação
PCD	Pessoas Com Deficiência
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
PNH	Política Nacional de Humanização
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	INFORMAÇÃO X COMUNICAÇÃO	15
2.1	OS MARCOS NORMATIVOS SOBRE A INFORMAÇÃO	21
3	OS MODELOS DE POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL	28
3.1	SAÚDE E INFORMAÇÃO	33
4	A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO EM ÂMBITO HOSPITALAR	40
4.1	SERVIÇO SOCIAL E INFORMAÇÃO: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - Roteiro do questionário.....	64
	APÊNDICE B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC..	65

1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de seguir com a proposta do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que é correlacionar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com o campo de estágio, foi que surgiu o presente trabalho. O tema abordado é o direito à informação na saúde, que está relacionado diretamente às questões de ordem acadêmica, prática, intelectual e pessoal da autora, como será explicitado nesta introdução.

A motivação pessoal por este tema corresponde a compreensões empíricas e políticas. Sendo importante ressaltar que a autora, enquanto usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e portadora de uma doença crônica, reuniu condições que a fizeram vivenciar situações de desinformação e desvalorização, tanto em momentos de atendimento e consultas, quanto na busca por isso. Também se faz necessário citar a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e o Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALISS-UFSC), enquanto espaços políticos que propiciaram aproximação da autora com os debates sobre saúde como direito e como condição de cidadania.

Em relação às razões acadêmicas que motivaram este estudo, estas surgiram após inserção na área da saúde, mais precisamente no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), em razão do estágio curricular obrigatório em Serviço Social. Nesse espaço, foram desenvolvidas atividades em setores de alta complexidade¹, tendo sido a autora alocada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e no Ambulatório de Implante Coclear (AIC).

A partir da atuação no campo de estágio, da observação, da interpretação da realidade, dos momentos de supervisão, estudos de situações e visitas institucionais, foram construídos espaços de discussão (entre estagiária e supervisora) potencializando, assim, o processo de aprendizado. Processo por meio do qual foi identificada uma centralidade na problemática da informação, algo que esteve presente em ambas as unidades de atendimento, UTI e AIC.

Diversas demandas apresentadas no campo de estágio são referentes a dúvidas de usuários(as) em relação à lista de espera para procedimentos, consultas

¹ Conjunto de procedimentos, ações e serviços de alto custo e tecnologia. São exemplos: Transplante, Implante Coclear e Quimioterapia, entre outros.

e/ou cirurgias, quadro clínico, acesso a direitos e a políticas sociais etc. Em sua maioria, foram identificadas demandas com um histórico de negligências, tendo em vista as inúmeras tentativas de busca de informações corretas e respostas para os anseios dos usuários dos serviços.

A escolha do tema deste estudo também foi motivada por ordem intelectual, pois o objeto de pesquisa em questão é pouco explorado e estudado por pesquisadoras (es) com formação em Serviço Social. Em termos práticos, este estudo objetiva contribuir com o processo de avaliação do trabalho profissional dos(as) Assistentes Sociais do referido hospital, conduzindo para um repensar da prática e impulsionando novas ações.

O direito e o acesso à informação se legitimam a partir da informação mediada pelo(a) profissional de saúde, permitindo que o(a) usuário(a) se aproprie desta proposição, com a possibilidade de gerar conhecimento e, conseqüentemente, facilitar os acessos e o processo de cuidado em saúde (LEITE *et al.*, 2014). Nota-se que o acesso à informação constitui-se como um dos aspectos centrais para a prática da cidadania, e como parte instituinte do processo de emancipação humana.

As desigualdades sociais geram disparidades de conhecimentos e de acesso à informação, acesso este que não corresponde a um movimento estratégico, pois o sistema capitalista depende intrinsecamente da desinformação em massa para sua consolidação e manutenção de suas bases. Mesmo havendo impossibilidade de desenvolvimento pleno desse direito na ordem vigente, devido à sua incompatibilidade com a natureza do capitalismo, é importante que se tenha consciência de que a informação é fundamental no processo de autonomia dos sujeitos e enquanto ferramenta de luta para a classe trabalhadora.

É por meio da comunicação e da socialização de informações que se constitui uma das principais intervenções (por parte dos/as profissionais) no campo da saúde. Por isso, torna-se essencial o debate e as produções com essa temática, a fim de qualificar o processo de humanização da assistência e possibilitar a integralidade da atenção à saúde.

Logo, o presente TCC tem por objetivo geral analisar como os(as) Assistentes Sociais do HU-UFSC utilizam a informação como uma ferramenta de trabalho. Como objetivos específicos, busca-se: a) identificar os marcos normativos legais e constitucionais referente à informação; b) refletir sobre a perspectiva da informação

como direito; e c) verificar em que medida a informação tem sido reconhecida como uma ferramenta de trabalho para o Serviço Social.

Esta é uma pesquisa empírica de natureza qualitativa que apresenta também uma revisão de literatura sobre a temática e os marcos normativos sobre a informação. Foi realizada uma pesquisa de campo com aplicação de um questionário às(os) Assistentes Sociais efetivas(os) do HU-UFSC sobre assuntos relacionados à informação e ao trabalho profissional.

Este trabalho está organizado em cinco seções, sendo a primeira esta introdução, onde se busca contextualizar a pesquisa e apresentar quais discussões serão abordadas. A segunda seção objetiva introduzir a discussão sobre informação e comunicação, apresentando uma breve revisão de literatura com autores(as) da área. Após, refletiremos sobre a perspectiva da informação como direito social, à luz dos estudos e trabalhos de Marshall (1967), e, por fim será realizado um levantamento dos marcos normativos referentes à temática, abordando os principais documentos e leis brasileiras.

A terceira seção recupera a história das políticas de saúde do Brasil, a partir do século XX, articulada com a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Pretende-se recuperar as discussões acerca da informação no interior do sistema de saúde brasileiro, seus avanços e marcos, e debater o direito no cotidiano dos serviços de saúde e no exercício profissional dos(as) trabalhadores(as).

Na quarta seção temos o lócus da pesquisa, apresentando uma breve análise da instituição, da experiência de estágio no âmbito hospitalar e suas contribuições no processo de formação profissional da autora. Em seguida, são analisados os dados da pesquisa de campo, onde foram verificadas todas as respostas obtidas via questionário, sendo submetidas à análise de conteúdo.

Por fim, nas considerações finais é correlacionado o Serviço Social com a temática, sua relação intrínseca e a importância da informação e comunicação para a atuação profissional e transformação das relações sociais.

2 INFORMAÇÃO X COMUNICAÇÃO

Nesta seção será realizada uma introdução acerca da discussão sobre informação e comunicação, por meio de uma breve revisão de literatura. Em seguida será realizada uma reflexão sobre a perspectiva da informação como direito social, à luz dos estudos e trabalhos de Marshall (1967) e, por fim, será feito um levantamento dos marcos normativos referentes à temática e os principais documentos e leis brasileiras referentes à informação.

Na literatura, são diversas as interpretações e definições em relação à informação, com certa confusão linguística e conceitual entre as concepções de comunicação e informação. A seguir, apresentaremos as teorias de alguns(algumas) autores(as), a fim de apresentar a discussão ao(a) leitor(a).

Esse debate apresenta caráter interdisciplinar, pois a temática é objeto de estudo de diferentes áreas, como as ciências naturais, humanas e sociais. Cada área registra um acúmulo teórico sobre a questão e usa o conceito de informação dentro de seu próprio contexto e com relação a fenômenos específicos. Por conta dessa complexidade, não há na literatura um consenso ou uma única definição, logo, são perceptíveis lacunas e inconclusões. Acerca disso, Bogdan explica o seguinte:

Meu ceticismo sobre uma análise definitiva da informação deve-se à infame versatilidade da informação. A noção de informação tem sido usada para caracterizar uma medida de organização física (ou sua diminuição, na entropia), um padrão de comunicação entre fonte e receptor, uma forma de controle e feedback, a probabilidade de uma mensagem ser transmitida por um canal de comunicação, o conteúdo de um estado cognitivo, o significado de uma forma lingüística ou a redução de uma incerteza. -Estes conceitos de informação são definidos em várias teorias como a física, a termodinâmica, a teoria da comunicação, a cibernética, a teoria estatística da informação, a psicologia, a lógica indutiva e assim por diante. Parece não haver uma idéia única de informação para a qual estes vários conceitos convirjam e, portanto, nenhuma teoria é proprietária da informação. (BOGDAN, 1994, p. 53).

O conceito de informação se mostra presente desde a Idade Média, sendo originalmente uma palavra advinda do termo latino *informatio*, que significa “ação de formar, de fazer, fabricação”, mas apresenta modificações ao longo do tempo. A maior mudança foi na transição da Idade Média para a Modernidade, com o filósofo,

físico e matemático francês René Descartes. Sua contribuição consiste no rompimento com a percepção escolástica e na percussão do movimento racional-científico (CAPURRO; HJORLAND, 2007).

Outro momento importante em relação ao conceito e uso do termo 'informação' surgiu no século XX, com a "Teoria da Informação" (1948), de Claude Shannon e Warren Weaver. A definição dos matemáticos estadunidenses é quantitativa e considera a comunicação como um problema matemático, correlacionando entropia² e informação, e desenvolve uma fórmula matemática que propicia o desenvolvimento da indústria de computadores e telecomunicações. (*apud* CAPURRO; HJORLAND, 2007). Não adentraremos a questão, por dissociar-se das discussões das ciências humanas e sociais, bem como da Saúde e do Serviço Social, o que se propõe trabalhar nesta pesquisa.

Cavaleri define informação como "o ato de levar um fato ao conhecimento dos demais" (*apud* WOLFF, 1991, p. 93), logo, trata-se da organização e decodificação de dados que constitui uma mensagem sobre um determinado conhecimento, evento ou fenômeno. Em resumo, a informação pressupõe um processo de análise e disseminação (repassar) a outro indivíduo.

Machlup, em seu livro *O estudo da informação: mensagens interdisciplinares*, concebe a informação como um fenômeno natural e humano, que "envolve indivíduos transmitindo e recebendo mensagens no contexto de suas ações possíveis" (MACHLUP, 1983 *apud* CAPURRO; HJORLAND, 2007, p. 191). Já Capurro (1996) estabelece informação enquanto uma categoria antropológica que se refere ao fenômeno de mensagens humanas, com estruturas verticais e horizontais relacionadas ao discurso filosófico e ao conceito grego de mensagem.

Convém destacar também as interpretações de Braman (1989), pois ele salienta que definir informação é também uma decisão política. Suas elaborações destacam quatro (04) tópicos sobre o tema: "1 - informação como um recurso, 2 - informação como uma mercadoria, 3 - informação como percepção de padrões e 4 - informação como uma força constitutiva na sociedade". Ao longo de seu trabalho, Braman aborda cada tópico, seus benefícios, problemas e a correlação direta com a política.

² A entropia é uma grandeza termodinâmica. "Para a teoria da informação, ramo da matemática que estuda quantificação da informação, a entropia é a forma de medir o grau de incerteza a respeito de fontes de informação." (PAVÃO, 2011, p. 1).

Thayer (1979) apresenta a tese de que a informação é indissociável e inerente à comunicação, sendo ela o elemento final (resultado) da comunicação humana.

Quando ocorre um processamento por nossos sistemas funcionais ou psicológicos, os dados transformam-se em informações. Portanto, a informação não pode ser pensada fora de um contexto social, ou fora de uma organização. Ela é essencialmente relacional e, portanto, organizativa e organizadora. Sua mensagem ou sentido dependem da relação entre emissor e receptor. (WOLFF, 1991, p. 91).

Os seres humanos são seres sociais, com a natural necessidade de se relacionar e viver em sociedade, e é neste contexto que a comunicação assume centralidade, seja “através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos” (MICHAELIS, 2015), sendo a linguagem oral um dos principais meios para a comunicação e intercâmbio de informações.

Freire (1987) corrobora com a afirmação e a define enquanto condição para a existência humana: “Se é dizendo a palavra com que, ‘pronunciando’ o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isto, o diálogo é uma exigência existencial.” (FREIRE, 1987, p. 78).

O croata Tefko Saracevic (1996) foi um dos primeiros cientistas da informação a cunhar a distinção entre informação e comunicação. Segundo o autor, a informação é o fenômeno, enquanto comunicação é o processo. Ademais, ele salienta a complexidade de cada termo e a relação entre eles:

De qualquer forma, o debate e os estudos acadêmicos sobre as relações envolvidas entre informação como fenômeno e comunicação como processo, são importantes, pois cada conceito atua de forma complexa sobre o outro, formas ainda não completamente elaboradas, compreendidas ou mesmo investigadas. (SARACEVIC, 1996, p. 53).

No Brasil, influenciado por Saracevic, Araujo (2015) diferencia comunicação e informação do seguinte modo:

A informação se afirma, como tal, enquanto resultado da produção do conhecimento e da atividade simbólica do homem no processo de interação com sua comunidade. A comunicação, que tem o social na sua própria etimologia – tornar comum, compartilhar, representa a própria transação de troca de informação. (ARAUJO, 2015, p. 295).

Segundo Fischer (1982), as compreensões no campo social devem ser ampliadas de informação para comunicação. Capurro e Hjørland (2007) afirmam haver um conceito moderno de informação, e como resultado de reivindicações e elaborações de organismos internacionais, passa-se a compreender a necessidade de expansão do termo.

O novo entendimento supera a visão de mensagens e mensageiros(as), e inclui um panorama moderno de conhecimento compartilhado que pressupõe a troca e a superação de apenas um sujeito ativo: “A verdadeira comunicação não admite uma só voz, um só sujeito, a transmissão, a transferência, a distribuição, um discurso único, mas sim a possibilidade de muitas vozes” (GOMES, 2007, p. 29).

Entretanto, nota-se confusão linguística na sociedade, bem como no emprego dos termos no meio acadêmico e científico. Um exemplo disso foi no processo de revisão bibliográfica, no qual foram utilizados doze (12) textos da área da saúde, sendo que destes, apenas dois (02) usam a expressão “direito à comunicação”, nos demais a expressão utilizada é “direito à informação”, atribuindo um significado errôneo.

Portanto, a escolha em titular (o trabalho) e pesquisar o direito à informação refere-se ao foco dado e ao conceito de informação que será usado ao longo de todo o texto, relacionado a conhecimento comunicado.

Outra importante discussão que há na literatura, sem que haja um consenso definido, é sobre a natureza (dimensão) do direito à informação. Com isso, refletiremos sobre a perspectiva da informação como direito, à luz dos estudos e trabalhos de Marshall (1967) e das contribuições de Freitas Nobre (1978), Carvalho (2003), Cepik (2007) e Sarlet (2010).

Os direitos sociais referem-se àqueles que consideram o sujeito para além de sua condição individual e compreendem a necessidade de condições mínimas para a subsistência humana. Denominado também de “direitos fundamentais de segunda dimensão”, são direitos que visam assegurar uma compensação diante das desigualdades naturais e oriundas do sistema capitalista.

Em suma, são direitos que têm como finalidade permitir acesso a serviços e bens que garantam uma qualidade de vida mínima, e dependem da mediação dos entes estatais para a sua efetivação. A Constituição Federal do Brasil (CF) de 1988 estabelece como direito social, por exemplo, o acesso à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados.

Os direitos sociais são resultados das relações e conflitos de grupos sociais em determinado momento da história. É importante salientar que a sua constituição histórica tem como marco a revolução industrial, a consolidação do capitalismo, o desenvolvimento e o avanço da tecnologia, o marxismo (conjunto de concepções e elaborações feitas por Karl Marx e Friedrich Engels) e as experiências socialistas.

O processo de pauperização, desemprego e desigualdade social colocou para o Estado uma situação de calamidade que exigiu intervenção. Foi necessário desenvolver um mínimo de proteção e estabelecer direitos, para que esses sujeitos obtivessem condições mínimas de sobreviver e integrar o sistema.

Segundo Marshall (1967), na Europa Ocidental houve o desenvolvimento gradual dos direitos, sendo o primeiro deles o direito civil, no século XVIII, que diz respeito à liberdade individual, a dispor do próprio corpo, ao direito à vida, à liberdade de expressão, à propriedade e à privacidade, entre outros. O segundo refere-se aos direitos políticos no século XIX, que são: manifestar, organizar partidos, votar e ser votado(a) e outros. Por último, temos os direitos sociais, no século XX.

Logo, os direitos civis tratam da liberdade dos indivíduos em relação ao Estado; os direitos políticos abrangem a atuação dos indivíduos no Estado e na vida política, e os sociais consistem nas obrigações do Estado com o sujeito, por meio de acessos, ações e serviços, a fim de atender suas necessidades básicas, sendo também conhecido como “direito de prestação” (CANOTILHO, 2003, p. 395).

Percebe-se que o desenvolvimento dos direitos sociais no século XX, e sua relação com o marxismo e as experiências socialistas, não são um acaso, pois essa influência resulta na organização de movimentos sociais, formados por trabalhadores(as) que reivindicavam, no primeiro momento, trabalho e “renda real” (MARSHALL, 1967; CEPIK, 2007).

Thomas Humphrey Marshall foi um sociólogo britânico que defendeu a tese que a garantia dos três direitos (civis, políticos e sociais) resultaria no

desenvolvimento da cidadania e proporcionaria uma vida de “ser civilizado”. O mesmo também problematizou a forma com que os direitos sociais foram desenvolvidos no primeiro momento:

Os direitos sociais compreendiam um mínimo e não faziam parte do conceito de cidadania. A finalidade comum das tentativas voluntárias e legais eram diminuir o ônus da pobreza sem alterar o padrão de desigualdade do qual a pobreza era, obviamente, a consequência mais desagradável. (MARSHALL, 1967, p. 88).

O sociólogo completa:

[...] Essas aspirações se tornaram realidade, ao menos em parte, pela incorporação dos direitos sociais ao status de cidadania e pela consequente criação de um direito universal a uma renda real [...] O objetivo dos direitos sociais constitui ainda a redução das diferenças de classe, mas adquiriu um novo sentido. Não é mais a mera tentativa de eliminar o ônus evidente que representa a pobreza nos níveis mais baixos da sociedade. Assumiu o aspecto de ação modificando o padrão total de desigualdade social. (MARSHALL, 1967, p. 89).

Considerando o exposto acima, é importante inserir o direito à informação no debate e refletir a qual dimensão ele pertence. É importante salientar que o direito de informação possui três desdobramentos (o direito de informar, o direito de se informar e o direito de ser informado). No presente TCC, trata-se apenas do direito à informação e seus desdobramentos, como: a) o direito de se informar; e b) o direito de ser informado.

O direito de ser informado consiste em receber informação de relevância, integral, verdadeira e de fácil compreensão. Já o direito de se informar corresponde à possibilidade e ao acesso de procura, sem dificuldades ou empecilhos.

Freitas Nobre (1978) entende que “este direito não é um direito pessoal, nem simplesmente um direito profissional, mas um direito coletivo”. Em relação a isso, Carvalho (2003 *apud* LÔBO, 2015, p. 169) diverge, pois afirma que “a classificação deste direito como uma liberdade civil individual, todavia com expressão coletiva”

Em Sarlet (2010) e Cepik (2007) nota-se uma definição mais ampla, pois ambos os autores consideram que o direito à informação não se restringe a uma dimensão, assumindo, de forma complexa, mais de uma ao mesmo tempo:

[...] o direito à informação envolve todas as demais espécies ou categorias de direitos fundamentais, ou seja, os direitos e deveres individuais (Capítulo I da Constituição Federal), os direitos sociais (Capítulo II da Constituição Federal), a nacionalidade (Capítulo III da Constituição Federal). (SARLET, 2010, p. 28).

A hipótese de trabalho que venho sustentando é a de que o direito à informação é um direito civil, político e social a um só tempo [...] Assim, por meio desses dois atalhos argumentativo introduz-se uma pequena “reforma” na tipologia de Marshall, flexibilizando-a para tentar entender a natureza do chamado direito à informação. (CEPIK, 2007, p. 8).

Neste sentido, destaca-se a importância dos direitos sociais para o exercício da cidadania e demais direitos (civis e políticos), e a relevância do direito à informação independe de sua natureza, já que o ele é “porta de acesso a outros direitos, o direito à informação também suscita as condições para o processo de igualização dos indivíduos”, garantindo, assim, prerrogativas relacionadas com as condições mínimas de bem-estar social e econômico (ARAUJO, 2015, p. 297).

2.1 OS MARCOS NORMATIVOS SOBRE A INFORMAÇÃO

Neste subcapítulo será realizado um levantamento dos marcos normativos referentes à informação, abordando o principal documento internacional e as leis brasileiras. A partir de 1970, os debates internacionais sobre informação e comunicação se tornam prementes, a partir do Movimento dos Países Não Alinhados (MNA)³, que manifestaram descontentamento com o fluxo dominante de notícias procedentes das nações centrais, com a censura e com o monopólio dos meios de comunicação, entre outras questões. É neste período que o MNA lança o projeto de reorganização dos fluxos de informação, denominado *Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação* (NOMIC) (TRAMONTE, 2002).

Em 1977, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), devido à sua responsabilidade, determinou que tal discussão ocorresse em seu interior e, com isso, nomeou uma comissão para fazer um estudo dos problemas da comunicação na sociedade, abordando a comunicação de massa e a imprensa internacional.

³ Movimento formado durante a Guerra Fria, por discordância com as políticas adotadas pelas superpotências da época (EUA e URSS) (BRENER, 1987).

Em relação à formação da comissão, ela foi presidida por Sean MacBride, jornalista irlandês e vencedor do prêmio Nobel da Paz, e contou com a participação de mais 15 representantes, a saber: Gabriel García Márquez (Colômbia), Alie Abel (EUA), Hubert Beuve-Méry (França), Elebe Ma Ekonzo (Zaire), Serguei Losev (União Soviética), Mochtar Lubis (Indonésia), Mustapha Masmoudi (Tunísia), Michio Nagai (Japão), Fred Isaac Akporuaro Omu (Nigéria), Bogdan Osolnik (Iugoslávia), Gamal El Oteifi (Egito), Johannes Pieter Pronk (Holanda), Juan Somavía (Chile), Boobli George Verghese (Índia) e Betty Zimmerman (Canadá) (UNESCO, 1987, p. 5).

O relatório, intitulado *Muitas vozes, um só mundo: comunicação e informação em nosso tempo* foi divulgado em 1980, na Conferência Geral da UNESCO. Ele também ficou conhecido como “Relatório MacBride” e é, até hoje, o principal documento internacional sobre o tema, sendo bastante amplo e abrangente.

O documento apresenta duzentos e sessenta e cinco (265) páginas e seu conteúdo se refere à comunicação como uma necessidade social e instrumento político, e sua relação com a economia, cultura e educação. Somado a isso, traz a discussão sobre acesso à informação, mídia, direitos e deveres dos(as) jornalistas, e dilema tecnológico. Entre os problemas identificados, o documento ressalta um panorama da hierarquização dos fluxos de comunicação entre os países centrais e periféricos, a concentração da mídia, a comercialização de informações e o acesso desigual à informação e à comunicação. Os autores produziram um capítulo intitulado *Comunicação futura: considerações e recomendações*, onde há cerca de 80 recomendações divididas nos principais títulos, a saber:

Política de Comunicação para a independência e o autodesenvolvimento, Reforço das licenças para as tecnologias apropriadas, Novas tarefas sociais para os meios de comunicação, Integração da comunicação ao desenvolvimento, O recurso da ética e as normas para a integridade profissional, A democratização da comunicação: Componente essencial do direito humano, O reforço da identidade cultural para a dignidade humana, O acesso à informação técnica: Recursos essenciais para o desenvolvimento, Promoção da cooperação internacional para os mecanismos adequados e Membros associados do desenvolvimento: Todos os atores implicados. (UNESCO, 1987, p. 210-248).

Em suma, o relatório aponta para a necessidade de conceber a comunicação como um direito fundamental dos(as) cidadãos(ãs) e de grupos sociais. Sobre a informação, o relatório afirma ser indispensável diminuir os desequilíbrios, as

desigualdades e as distorções no momento da difusão da informação. Ademais, destaca a importância em promover uma comunicação democrática no âmbito global, respeitando os direitos individuais e identidades culturais, e salienta a urgência no desenvolvimento de políticas de comunicação.

Em relação à repercussão de sua publicação, o documento foi rechaçado fortemente pelos Estados Unidos e pelo Reino Unido. Os líderes Ronald Reagan (EUA) e Margareth Thatcher (Reino Unido) saíram da UNESCO (1984 e 1985, respectivamente), sob o argumento de politização exagerada e teses antidemocráticas, prejudiciais tanto à livre expressão quanto ao livre-comércio.

[...] ao ser bombardeado pela diplomacia norte-americana, com o apoio de vários governos e instituições do mundo capitalista, ele não mereceu a defesa intransigente do bloco comunista, já em processo de desagregação. Essa tarefa foi assumida por intelectuais de renome internacional, bem como por figuras representativas do movimento terceiro-mundista e por instituições de prestígio mundial como a Igreja Católica. (MELO, 2008, p. 44).

A União das Repúblicas Socialistas e Soviéticas (URSS) não fez a defesa completa do documento, devido a ressalvas ao conteúdo, mas assinou a declaração ao final da comissão. Seu representante justificou a decisão devido ao caráter “demasiadamente ocidentalizado” do documento, o “empobrecimento das culturas nacionais nos países em desenvolvimento” e por apontar “fórmulas já superadas e batidas como o conceito de livre fluxo da informação” (MELO, 2008, p. 43). Mesmo com a aprovação do relatório, a UNESCO cedeu às pressões feitas pela oposição (formada pelos grandes conglomerados privados da mídia), que lançou campanha aberta contra a elaboração, e acabou engavetando o documento.

No Brasil, o direito à informação está normatizado na Constituição Federal, tendo sido previsto e reconhecido apenas em 1988:

Art. 5 inciso XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

Art. 5 inciso XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

Art. 5 inciso LXXII- garante o conhecimento de informações, relativas à pessoa, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

Art. 37 § 3º II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo;

Art. 216 § 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem;

Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição. (BRASIL, 1988).

Percebe-se um teor progressista no conteúdo dos artigos citados, resultado do processo de redemocratização brasileira e da vasta participação popular. Certa centralidade é atribuída ao tema, pois são localizados quatro (04) artigos com referências, diretas ou indiretas sobre a informação.

Em resumo, os artigos dispõem sobre: gestão documental e consulta aos acervos pela sociedade; acesso a registros administrativos e ações do governo; liberdade no fluxo de informações; e direito dos cidadãos (ãs) em receber informações de seu interesse individual e coletivo. Esse movimento é resultado do processo de constituição dos Estados Democráticos, visto que antes a Igreja e os Governos assumiam uma posição de autocontrole e censura das informações:

Com o advento dos Estados Democráticos, o direito de acesso à informação também assumiu um lugar de destaque, sendo considerado um dos problemas da democracia contemporânea, pois parte da necessidade do estímulo à participação social enquanto exercício de uma cidadania. (CAVALCANTE *et al.*, 2014, p. 1005).

Segundo Cavalcante *et al.* (2014), apesar do reconhecimento legal na carta magna brasileira, pouco se avançou no campo prático, em relação à incorporação na “práxis histórico-social”. Isto é, o não desenvolvimento de políticas públicas específicas sobre informação e comunicação, e a ausência de serviços que atendam às demandas informacionais, além escassez de recursos humanos e financeiros.

Frente a isso, o governo brasileiro criou a Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei n. 12.527/2011, na tentativa de regular o direito constitucional ao acesso às informações públicas. A regulamentação responsabiliza o Estado na disponibilização das informações e impõe normas sobre agilidade, transparência e linguagem

acessível durante todo o processo de busca e fornecimento de informações (BRASIL, 2011).

A referida lei entrou em vigor em 2012 e conta com três decretos complementares: Decreto n. 7.724/2012 (BRASIL, 2012a), que trata sobre a transparência ativa e passiva; Decreto n. 7.845/2012 (BRASIL, 2012b), que define sobre a classificação de informações; e o Decreto n. 8.777/2016 (2016b), que dispõe sobre a Política de Dados Abertos, todos no âmbito Federal.

As motivações para a normatização específica tiveram em vista possíveis melhorias, como a prevenção da corrupção, a melhoria da gestão pública, a facilitação dos processos decisórios, o fortalecimento da democracia e a participação popular nas ações governamentais. O trabalho teve início por influências internacionais e por solicitação da Controladoria-Geral da União, em 2006 (MENDEL, 2009).

Em relação ao histórico legislativo, registra-se um texto inicial da LAI em 2003, que foi apresentado pelo deputado e criador da proposta, Reginaldo Lopes (PT). Porém, apenas nove anos depois a lei foi publicada no Diário Oficial da União (DOU), revogando a Lei n. 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispondo sobre a disponibilização de informações para pessoa física ou jurídica, referente a órgãos e entidades públicas, bem como de entidades privadas sem fins lucrativos que recebem destinação de recursos estatais.

O atual vice-presidente, Hamilton Mourão (PRTB), assinou, em janeiro de 2019, um decreto que alterava a LAI. O documento amplifica o rol de autoridades que podem classificar uma informação como ultrassecreta e, permite que servidores(as) comissionados(as) decidam pela imposição do sigilo. Atribuir o *status* de ultrassecreta a uma informação significa outorgar confidencialidade por 25 anos e permitir apenas uma renovação, o que totaliza 50 anos em segredo (BRASIL, 2019).

Sob os argumentos de desburocratização, o governo do então presidente Jair Messias Bolsonaro (PSL) realizou a defesa intransigente do novo decreto, mas o documento não foi aprovado na Câmara e, temendo votação desfavorável no Senado, o presidente revogou a medida.

A CF brasileira e a LAI compõem o marco legal do direito e acesso à informação no Brasil. Por outro lado, o principal veículo de comunicação e informações da atualidade é a internet. Mesmo não sendo o foco deste trabalho, faz-se fundamental mencionar o novo paradigma tecnológico, seus elementos e

desdobramentos, como a disponibilização de dados e informações a qualquer momento, e o suposto acesso ilimitado a qualquer pessoa (ATAÍDE, 1997).

Com o advento da internet muito se conjecturou sobre suas consequências e sua influência nos processos de transformação da sociedade. Houve apostas em relação a uma revolução tecnológica, propagação da verdade, possibilidade de debates livres da censura estatal, nova forma de democracia em grande escala, conjunção para uma democracia participativa e possibilidade de interação em tempo real com o desenvolvimento de coletividades:

[...] o que dizer das possibilidades democráticas que poderão surgir com o fazer coletivo? A postagem das opiniões diversas, garantida pela liberdade de expressão na Internet, aparenta dar condições para uma democracia participativa que diminuiria as desigualdades sociais e tornaria mais transparentes as informações dos agentes públicos, como benefício da interatividade on-line. (SERRA JUNIOR; ROCHA, 2013, p. 207).

A ilusão sobre um controle democrático em relação à internet cai por terra, junto das principais apostas em relação ao direito à informação, transparência e propagação da verdade. A concentração do controle consolida-se na mão de grandes conglomerados e “a apropriação das tecnologias pela classe dominante ocorre no formato dos serviços implementados pelos servidores de aplicações e conteúdos, nas dimensões estrutural, econômica, política e ideológica” (SERRA JUNIOR; ROCHA, 2013, p. 208). Tem-se a prisão de grandes comunicadores on-line, bloqueio de buscas, desligamento de provedores de internet e censura de sites e blogs, a fim de desmobilizar e eliminar o que é considerado perigoso e ameaçador à ordem:

A internet, que imaginou-se revolucionar as relações comunicacionais, contribui consideravelmente para grandes transformações mas, por si só, não é capaz de derrubar de vez os muros levantados pelas desigualdades sociais, políticas, econômicas. (PARANÁ, 2010).

Soma-se a isto a emergência da crescente circulação de notícias falsas e fabricadas. Situação extremamente preocupante com a popularização das redes sociais *on-line* e sua facilidade de circulação, apesar de esse não ser um fenômeno novo ou recente:

Darnton (2017) relembra o surgimento dos pasquins, na Itália do século XVI, que se transformaram em um meio para difundir notícias,

em sua maioria falsas, sobre personagens públicos. Também recorda o surgimento dos *Canards*, gazetas com falsas notícias que circularam em Paris. McGuillen (2017) pesquisou as notícias fabricadas na Alemanha do século XIX por falsos correspondentes estrangeiros. Dado o alto custo de se enviar repórteres para o exterior [...] Um dos casos mais emblemáticos é o de Theodor Fontaine. Nos anos 1860, ele escreveu “de Londres” durante uma década para o jornal ultra-conservador de Berlim, Kreuzzeitung, com minúcias e relatos pessoais emocionantes, sem nunca ter estado ali nesses anos. (DELMAZO; VALENTE, 2018, p. 156).

Este novo mecanismo de desinformação surge, também, “na crise de confiança dos leitores nos veículos tradicionais” (DELMAZO; VALENTE, 2018, p. 159), e assume papel importante nos sistemas políticos, influenciando diretamente as disputas eleitorais de diversos países. A disseminação de notícias falsas *on-line* gerou mais acessos e engajamento do que nos veículos tradicionais da mídia. Tal situação é vista em dois recentes episódios da história do Brasil: na deposição de Dilma Rousseff (PT), em 2016, e nas eleições de 2018, vencidas por Jair Bolsonaro (PSL), assim como aconteceu nas eleições presidenciais dos Estados Unidos em 2016.

Seguindo com Delmazo e Valente (2018), atualmente esse antigo fenômeno (criação e propagação de notícias falsas) adquire nova reconfiguração e acentuação do processo de desinformação da sociedade. Medidas para a solução e combate precisam ser tomadas, e com isso outro debate vem à tona em relação à censura e liberdade de expressão, pois percebe-se a complexidade na elaboração de leis e demais mecanismos no enfrentamento desse fenômeno tão nocivo.

Todavia, é incontestável a importância da internet na sociedade moderna. No artigo 7, da Lei n. 12.965/2014 (BRASIL, 2014), temos a necessidade do acesso como essencial ao exercício da cidadania. No mesmo sentido, também no Brasil, há a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 6/2011, de autoria do então senador Rodrigo Rollemberg (PSB), com o objetivo de inclusão no artigo 6, da CF, o acesso à Rede Mundial de Computadores (Internet), o que evidencia sua condição de direito fundamental e a sua necessidade de universalização.

3 OS MODELOS DE POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL

Esta seção pretende contextualizar a saúde no Brasil a partir do início do século XX, articulada com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante frisar que o entendimento, o conceito de saúde varia de acordo com o contexto cultural, religioso, político, social e econômico de uma sociedade, portanto, necessita ser analisado à luz da evolução histórica e das diferentes conjunturas sociais (SCLIAR, 2007).

Nesse período, diversos(as) autores(as) apontam para a existência de duas tendências projetadas no sistema brasileiro de saúde, com declínio e sobreposição de uma sob outra, de acordo com as condições socioeconômicas e políticas produzidas nas diversas conjunturas. As duas formas de conceber e de organizar a assistência e a saúde pública marcaram o início da responsabilização do Estado, as movimentações em torno da Reforma Sanitária e a luta pelo SUS.

A primeira tendência é denominada de duas formas: Sanitarismo Campanhista ou Campanhista-Preventivista; a segunda também recebe mais de uma nomenclatura: Médico-Assistencial Privatista, Modelo Biomédico ou Previdenciário-Privatista.

Nos primeiros anos do século XX, o modelo que se sobrepôs foi o Sanitarismo Campanhista ou Campanhista-Preventivista, devido à economia agroexportadora. Suas ações incluíam campanhas sanitárias e programas de vacinação e higienização dos espaços públicos, a fim de combater epidemias, prevenir doenças de massa e não prejudicar a circulação das mercadorias. Com caráter repressivo, o modelo sofreu forte influência militarista e diversas críticas devido à obrigatoriedade, realizando intervenções de maneira impositiva aos (às) usuários(as):

O sanitarismo campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate à doença de massa, com criação de estruturas *ad loc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sob os corpos individual e social. (MENDES, 1995, p. 20).

Já em 1923 foi sancionada a Lei Elói Chaves, que estabeleceu a previdência social e a assistência à saúde a determinadas categorias profissionais, sendo essas alinhadas com o desenvolvimento econômico da época. Simultaneamente foram

instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), substituídas, posteriormente, por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Nesse primeiro momento, os trabalhadores contemplados eram os ferroviários, marítimos, comerciantes e bancários (MENDES, 1995).

Os institutos eram organizados por categorias profissionais e, diferente das CAP's, que contavam apenas com financiamento dos trabalhadores e patrões, o IAP's passam a contar com a contribuição do Estado. Em 1966, durante o governo militar, os IAP's são alterados, sob argumento de falência, e um novo órgão público é fundado, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que contou com a fusão de todos os IAP's e excluiu o modelo de gestão tripartite.

O INPS consolidou uma política privatizante, pois passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento, sucateando os serviços próprios da previdência, ao mesmo tempo em que foi ampliado o número de serviços credenciados e conveniados (BRAVO; MATOS, 2009). Ainda durante a ditadura militar, em 1977 foi inaugurado o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMP's), permanecendo seu caráter excludente, pois apenas os trabalhadores formais tinham acesso à assistência médica.

Os modelos Médico-Assistencial Privatista, Biomédico ou Previdenciário-Privatista, como os próprios nomes expressam, têm ligação direta com o surgimento dos seguros e institutos de previdência, e também sofre influência da medicina e apresenta aspectos curativista, hospitalocêntrico e biomédico. Os modelos registram alto investimento na assistência hospitalar e suas ações são minimizadas a fatores biológicos, sendo o foco na atenção à doença:

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu, a partir da década de 50, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. [...] O importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. (MENDES, 1995, p. 22).

Em meio à resistência popular contra a ditadura militar e devido à reivindicação por eleições diretas, tal efervescência política adentra a área da saúde, com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia [...] O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998 *apud* FIOCRUZ, 1998).

O movimento sanitário inicia sua construção a partir de 1970 e sua formação contava com intelectuais, estudantes universitários, militantes partidários, profissionais da saúde e movimentos sociais, que principiam um extenso debate sobre a política de saúde existente, suas insuficiências e seu caráter excludente. Respaldados(as) pelas experiências de outros países, como China, Cuba e principalmente a Itália, passa-se a defender mudanças e a necessidade de um novo modelo de assistência à saúde.

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos. A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei. (BRASIL, 2006, p. 18).

A insuficiência da medicina preventiva desvelou-se com a sua incapacidade em responder à demanda da população e seu alto custo, o que gerou críticas e um novo alinhamento teórico na academia. Em um primeiro momento há uma aproximação com a Medicina Social e, em seguida, com a Saúde Coletiva, que leva a novas compreensões e impulsiona o processo de formação do movimento sanitário (PAIM, 2007).

Além disso, Paim (2007) também aponta para: a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976; a fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, por meio de uma reunião ampliada em 27 setembro de 1979, na cidade de Brasília; os dois (02) Simpósios Nacionais de Política de Saúde (1979 e 1982); e para a redemocratização com centrais para o processo, o que culminou em

dois importantes eventos de 1986: o *Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro (RJ), e a *8ª Conferência Nacional da Saúde*.

Os eventos propiciaram um espaço aberto de discussão e elaboração das bases doutrinárias de um sistema descentralizado e único, principalmente a conferência de saúde, que ocorreu em Brasília com a participação de mais de quatro (04) mil pessoas, sendo a primeira conferência aberta a sociedade civil.

A conferência organizou-se centralmente em três (03) eixos de discussões principais: “Saúde como direito e dever do Estado”, “Reformulação do Sistema de Saúde” e o “Financiamento Setorial” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). Em seus anais, a conferência aponta que a necessidade de um sistema com acesso universal independe de condição laborativa, classe social, gênero, etnia, idade, religião, nacionalidade e orientação sexual; e destaca também a superação da visão minimizada de que a saúde seria resolvida pelos serviços médicos, afirmando que a saúde precisava ser encarada como uma questão social e política. Além disso, reforça a inviabilidade em pensar e construir um conceito ampliado de saúde:

O que tivemos em 1986 não aconteceu de repente, nem foi coisa de uma ou duas cabeças geniais. Foi o amadurecimento de todo esse processo de pesquisa, prática, reflexão e ensino que se fez por mais de dez anos. Quando chegamos à Conferência, isso já estava maduro. E a proposta de uma nova Constituição, que já estava em pauta, era um espaço para que novas ideias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para decidir qual era a função do Estado e o que cabia à sociedade. (CHAGAS; TORRES, 2008).

Um relatório foi elaborado, com todos os consensos e acúmulos, para servir de subsídio para Assembleia Nacional Constituinte. De forma estratégica, o movimento decide pela emenda popular, a fim de apresentar legitimidade e expor a pressão da sociedade por mudanças radicais na área da saúde, dessa forma, junto ao documento foram anexadas mais de 50 mil assinaturas.

A CF de 1988 avança na proteção social, pois determina que a Saúde, juntamente com a Previdência e a Assistência, integram o pilar da Seguridade Social. Em termos normativos, a conquista se expressa por meio de cinco artigos (Art. 196 - 200) que estabelecem a “criação do Sistema Único de Saúde, de forma universal, pública, participativa, descentralizada e integral” (PAIM, 2013, p. 1928).

A implantação do SUS foi executada paulatinamente e seu início tem como marco o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que adota a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Em seguida há a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (MS), por meio do Decreto n. 99.060/1990. Em adição, as Leis Orgânicas da Saúde (1990) regulam o sistema, normatizam suas ações e serviços em todo o território nacional e estabelecem diversas diretrizes a nova política.

A Lei n. 8.080/90 regulamenta e operacionaliza as disposições constitucionais e seu texto institui sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e sobre a organização do sistema e o funcionamento dos serviços correspondentes. Também determina a prestação dos serviços e ações como sendo de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta; e determina que a saúde é livre à iniciativa privada, e sua participação no SUS só ocorrerá em caráter complementar, com prioridade para entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990).

Já a Lei n. 8.142/90 trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) de forma automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, e suas regras para recebimento. Além de dispor sobre a participação social na gestão do SUS, por meio de duas instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Paim *et al.* (2011), a consolidação e materialização do SUS ocorreu em um contexto de instabilidade econômica e hegemonização do ideal neoliberal. Em relação a esse período, Giambiagi (2011, p. 131) afirma que “a inflação havia ultrapassado 80% ao mês e a economia, que crescera a uma taxa média em torno de 7% entre 1930-80, desde meados de 1980 se encontrava estagnada.”, sendo que esse cenário definiu a adoção, por parte do Estado, de uma política macroeconômica ditada por organizações internacionais:

[...] o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, passaram a adotar políticas econômicas centradas na mais ampla liberdade de mercado, defendidas por autores como Friedrich Hayek, Milton Friedman e Ludwig von Mises, fundadores da Sociedade de Mont Pèlerin, criada na Suíça em 1947 (Anderson, 1995, p. 9-10), para se opor à intervenção do Estado na economia, permitida e até

incentivada pelo acordo de Bretton Woods. (RODRIGUES, 2014, p. 40).

Nessa conjuntura, o SUS, desde o seu início, enfrentou dificuldades e sofreu descaracterização. O movimento pela reforma sanitária perdeu sua força política e articulação. Com o passar do tempo, a participação do setor privado aumentou e intensificaram-se os problemas. Essa interação público-privado é complexa e atravessada por lógicas opostas (acesso universal *versus* minimização dos custos/maximização dos lucros).

Com isso, percebem-se disputas de distintos projetos no interior do sistema de saúde, sendo o seu maior desafio as políticas. É necessário analisar a estrutura financeira, a relação público-privada, o financiamento, as dificuldades e as desigualdades existentes, e compreender que esses problemas não surgem apenas por razões técnicas ou de gestão, mas sim por questões e disputas políticas (PAIM *et al.*, 2011).

Os ataques ao SUS foram reforçados pela crise econômica de 2008, cujas saídas adotadas foram pelas políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), a intensificação das privatizações indiretas (Empresas Públicas, Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), o que influencia diretamente no regime jurídico dos(as) servidores públicos, na tentativa de flexibilização nos processos de licitação, fiscalização e controle (PAIM, 2018). Além disso, há queda na quantidade de atendimentos prestados, e prejuízos em relação à qualidade dos serviços assistenciais e, por consequência, cerceamento do direito à saúde da população. (MOTA, 2017)

A luta pelo SUS precisa extrapolar a esfera institucional, com a articulação da população para além dos conselhos e conferências, isso somado aos movimentos da classe trabalhadora, para que se possam identificar os principais limites e contradições, e desenvolver propostas para a construção de um SUS popular, com um sistema de saúde público, 100% estatal, gratuito, integral e de alta qualidade.

3.1 SAÚDE E INFORMAÇÃO

Nesta subseção, pretende-se abordar as discussões acerca da informação no interior do sistema de saúde brasileiro, seus avanços e marcos. Em adição, objetiva

debater o direito à informação no cotidiano dos serviços de saúde e no exercício profissional dos(as) trabalhadores(as).

O direito e o acesso à informação se legitimam a partir da informação mediada pelo(a) profissional de saúde, permitindo que o(a) usuário(a) se aproprie desta proposição, com a possibilidade de gerar conhecimento e, conseqüentemente, facilitar acessos e o processo de cuidado em saúde (LEITE *et al.*, 2014).

Para garantir o direito à saúde, a informação se faz necessária em seu sentido pleno, tanto para manter a população informada sobre o direito em si, os serviços disponíveis e como acessá-los; como para fornecer dados clínicos (prescrições, diagnósticos, prognósticos etc.), possibilidades de cuidado e prevenção.

Segundo Araujo (2015), essa questão é a própria configuração do direito à informação, pois, sendo ele um direito-meio que está relacionado diretamente a todos os outros (direito-fim): “surge o emprego da expressão direito-meio para designar aquele, cuja falta, impediria o exercício pleno dos demais.” (ARAUJO, 2015, p. 298).

Nota-se que o acesso à informação constitui-se como um dos aspectos centrais, não apenas para o cuidado em saúde, mas também para a prática da cidadania e como parte instituinte do processo de emancipação humana. Tendo em vista, que ‘armar’ os indivíduos sobre seus direitos contribui para o reconhecimento desses como sujeitos políticos e enquanto classe social. E é com a emancipação humana, enquanto forma de sociabilidade, que se constitui de seres humanos efetivamente livres, que segundo Marx (2010), pressupõe a erradicação do modo de produção e exploração capitalista.

As desigualdades sociais geram disparidades de conhecimentos e de acesso à informação, e esse não acesso corresponde a um movimento estratégico, pois o sistema capitalista depende intrinsecamente da desinformação em massa para sua consolidação e para a manutenção de suas bases.

Mas cabe salientar a importância da discussão, mesmo com os limites estruturais, e a impossibilidade do desenvolvimento pleno desse direito na ordem vigente, devido à sua incompatibilidade com a natureza do sistema capitalista, no entanto, ainda assim a informação é fundamental no processo de autonomia dos sujeitos e enquanto ferramenta de luta para a classe trabalhadora.

Além disso, é por meio da comunicação e da socialização de informações que se constitui uma das principais intervenções no campo da saúde. Por isso, torna-se essencial o debate e produções com essa temática, a fim de qualificar o processo de humanização da assistência e de possibilitar a integralidade da atenção à saúde. As discussões sobre informação e comunicação surgem apenas com a 8ª Conferência, antes disso era inexistente a preocupação e o debate:

As primeiras proposições da 8ª CNS já consideravam a educação, a comunicação e a informação como pré-requisitos do exercício do direito à saúde e da cidadania. A partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, por sua vez realizada em 1992, os temas comunicação e informação foram uma constante nas pautas de discussão sobre a questão do controle social das instituições públicas, e no 10º encontro, de 1996, ficou explícito o apoio à democratização dos meios de comunicação. (ARAUJO, 2015, p. 294).

Com a implementação do SUS, a preocupação em torno do tema se ampliou consideravelmente e novas formulações, reconhecendo sua importância, foram realizadas. Além disso, a necessidade de elaboração de uma política de informação em saúde foi apontada:

A 11ª Conferência Nacional de Saúde apontou a informação como um dos “componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS”. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, deliberou-se em favor da elaboração de uma política nacional de informação em saúde que subsidiasse a ampliação do controle social. Assim por meio da política de informação em saúde espera-se consolidar o direito de acesso à informação como um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde. (CAVALCANTE *et al.*, 2014, p. 1009).

Todavia, pouco se avançou de forma concreta, mesmo passada mais de uma década da conferência. Esforços foram realizados nessa direção, diversos debates e proposições consensuadas culminaram em um texto, que foi disponibilizado em 2012 no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), porém, sem uma publicação definitiva (CAVALCANTE *et al.*, 2014)

Também em 2003, surge a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS. Seu objetivo é efetivar os princípios do sistema e propõe mudanças nas práticas de atenção e gestão, promovendo a comunicação entre os três agentes (usuário/a, trabalhador/a e gestores/as), a fim de qualificar a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007b):

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Estas diretrizes se apóiam em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, [...] a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos. (PASCHE *et al.*, 2010, p. 4544).

A PNH não possui uma portaria ou lei específica que a regule. Trata-se de uma política transversal, inserida em todos os níveis de atenção, ações, serviços e programas do SUS. Ela traz grande foco para a comunicação e aborda sobre a necessidade de qualificação do diálogo e ampliação dele entre os sujeitos participantes, para construir processos coletivos de enfrentamento às dificuldades e desafios do SUS.

Em 2006, o MS lançou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, uma cartilha elaborada pelo MS, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela comissão intergestora tripartite. O documento sistematiza os principais direitos dos(as) usuários(as), busca garantir o acesso digno ao sistema de saúde e o considera uma ferramenta para os cidadãos, tendo em vista sua contribuição para o processo de cidadania (BRASIL, 2007a).

A cartilha estabelece a garantia do direito à informação sobre as diferentes possibilidades terapêuticas, inteirando sobre ganhos e riscos de cada uma. Ademais, trata do direito de recebimento de informação adequada sobre diagnósticos e procedimentos, o que reposiciona o(a) usuário(a) como agente ativo, necessitando de seu consentimento ou possibilitando a sua recusa.

Outra legislação vigente que aborda a questão da informação e comunicação com foco na saúde é a Portaria n. 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos(as) usuários(as). A lei conta com 11 artigos e é considerada a nova carta dos direitos dos(as) usuários(as) de saúde. Seu avanço referente à temática, informação é encontrada no artigo sete (07):

Art. 7 Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.
§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre:

- I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS;
- II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;
- III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e
- IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade. (BRASIL, 2009).

Além do mais, afirma que é a rede SUS e seus meio de comunicação que deverão informar sobre: ações e procedimentos disponíveis, como acessar, telefones para contato, endereços e horários de funcionamento. Além disso, determina que, em cada serviço de saúde, deverá constar, em local visível, uma série de informações sobre os profissionais e o serviço. Conjuntamente, designa a forma com que essas informações devem ser repassadas para a população: de modo claro e acessível. Por fim, indica as funções dos conselhos e conferências.

Percebe-se um avanço em relação à temática da informação na saúde a partir da reforma sanitária e da criação do SUS, marcos históricos e legais que comprovam essa evolução. No entanto, diversas demandas apresentadas no campo de estágio foram referentes a dúvidas de usuários(as) em relação à lista de espera para procedimentos, consultas e/ou cirurgias, quadro clínico, acesso direitos e políticas sociais. Em sua maioria as demandas apresentam um histórico de negligências, tendo em vista as inúmeras tentativas de busca de informações corretas e respostas para seus anseios. O(a) profissional de saúde tem o dever de informar sobre tudo que é pertinente ao usuário(a) atendido(a), não podendo ser negado a ele(a) qualquer notícia ou conhecimento que influencie na tomada de decisões que afetam a si ou sua vida:

A informação em saúde é vista como processo, tornando possível a apropriação da informação pelo usuário. O mediador, que pode ser o médico, o enfermeiro ou qualquer profissional de saúde, torna-se elemento essencial nessa apropriação de informação, uma vez que é ele quem serve de intermediário na comunicação. (LEITE *et al.*, 2014, p. 664).

Leite *et al.* (2014, p. 667) definem informação em saúde como “o ato de informar o usuário sobre sua saúde ou doença, e sobre todos os aspectos que a constituem”, e a compreensão desta premissa pressupõe o usuário como

protagonista, o desloca do lugar de receptor passivo e submisso ao saber institucional, e o(a) encara como sujeito ativo e participativo.

Segundo Coriolano-Marinus *et al.* (2014), para a comunicação na saúde ser efetiva é necessário superar a linguagem técnica e inacessível, a indução de respostas, o julgamento as vivências dos(as) usuários(as), a imposição de ordens e lições de moral. Ou seja, é preciso compreender a informação e a comunicação enquanto direitos, assumir uma escuta ativa e realizar um diálogo baseado no compromisso e na sinceridade (rompendo com a falsa tranquilização, mentiras e ameaças).

Dessa forma, a informação requer mediação pelo profissional de saúde, realizando adequação de acordo com cada situação e indivíduo, sendo impossível definir um padrão de comunicação e transmissão de informações. Essa intervenção precisa, ainda, considerar aspectos socioeconômicos e culturais para o seu sucesso, pois assim o(a) usuário(a) poderá compreender integralmente e contextualizar em sua vivência.

Nota-se, também, a comunicação no relacionamento interpessoal entre os diferentes sujeitos envolvidos (profissionais, usuários(as) e familiares), relação que se estabelece a partir do compromisso, da escuta e da superação das hierarquias nas unidades de saúde e no ambiente hospitalar, bem como nas instituições e na sociedade no geral:

[...] esta concepção de relacionamento interpessoal representa uma proposta de ruptura com os modelos paternalista e informativo, pois consiste em novas formas de interação, não apenas de médicos e pacientes entre si, mas também entre os profissionais e a sociedade. (ARAÚJO, 2015, p. 291).

Os modelos paternalistas configuram-se pelo fato de que todas as decisões são tomadas por parte do profissional, sem a possibilidade de questionamentos ou contestações do(a) usuário(a). Já o informativo define a corresponsabilidade no tratamento, onde as decisões são tomadas pelo(a) usuário(a) e o profissional fica com a responsabilidade de informar e prestar o serviço. Ambos modelos são insuficientes à realidade brasileira e à complexidade do trabalho no campo da saúde.

Torna-se fundamental que os(as) trabalhadores(as) da saúde compreendam a informação como um direito, incorporado no cotidiano profissional como um

instrumento de trabalho e buscando constantemente sua qualificação. Mas sem minimizá-lo a uma dimensão instrumental, pois, entendido em sua totalidade ele pode propiciar deslocamentos, inclusive no rompimento de visões e identidades do(a) usuário como subalterno(a) e dependente (DALBELLO, 2008).

4 A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO EM ÂMBITO HOSPITALAR⁴

O estágio curricular obrigatório e supervisionado em Serviço Social constitui-se como uma das centralidades do currículo do curso, sendo o principal momento do processo de aprendizagem teórico-prática. Ademais, contribui no desenvolvimento da identidade profissional e no entendimento da interação indissociável e não hierárquica das dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas.

O estágio consiste na inserção do(a) acadêmico(a) no espaço de trabalho, propiciando uma maior aproximação com o cotidiano e a intervenção profissional, na compreensão para a unidade teoria e prática, na interpretação da realidade e na compreensão crítica sobre ela. A experiência de estágio proporciona visualizar na prática a capacidade interventiva, propositiva e investigativa que o(a) Assistente Social deve ter, o que contribui imensamente no processo de formação, principalmente na assimilação dos elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições:

O estágio curricular supervisionado é um instrumento fundamental na formação e análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social e suas contradições. (ABEPSS, 2009, p. 11).

A prática profissional vai muito além de acionar e desenvolver estratégias e técnicas, porque exige da(o) Assistente Social capacidade de leitura da realidade conjuntural e habilidade no trato das relações humanas e na convivência com a equipe multidisciplinar, além de outros aspectos, pois o cotidiano abrange também um conjunto de fatores que não depende exclusivamente do sujeito profissional, como as relações de poder institucional e os recursos alocados à disposição para o trabalho.

A intervenção do(a) Assistente Social se dá em um determinado meio, no qual as relações de trabalho e de organização já estão preestabelecidas, permeadas pela contradição dos objetivos e demandas da instituição empregadora e da real

⁴ As informações expostas neste capítulo estão no plano de estágio da autora e nos sites disponíveis em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufsc> e <http://www.hu.ufsc.br/>.

necessidade da população usuária dos serviços prestados, numa constante tensão permeada por interesses de classe.

O desenvolvimento dos três (03) semestres de estágio da autora ocorreu na área da saúde, mais precisamente no HU-UFSC, espaço em que foram desenvolvidas atividades na alta complexidade, sendo alocada na UTI e no AIC. O campo de estágio em questão é um hospital de médio porte, inaugurado em 2 de maio de 1980.

A construção do HU da UFSC deu-se pela necessidade de qualificar o ensino, pesquisa e extensão dos cursos vinculados à Universidade e de prover estágios na área da saúde. Seu regimento ratifica, como um dos seus principais objetivos, a prestação de serviços à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade e de forma universalizada e igualitária, em consonância com o SUS.

Atuando nos três (03) níveis de atenção à saúde, o HU-UFSC subdivide-se em quatro (04) frentes de atuação: Atenção Hospitalar, que se refere ao conjunto de ações e serviços ofertados ao(a) usuário(a) e familiares em regime de internação; Atenção Ambulatorial, que compreende as ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial (atividades características de atenção básica e média); Atenção à Urgência e Emergência, uma referência do distrito norte e leste de Florianópolis; e Atenção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que compreende serviços de diagnóstico por imagem e serviços de laboratório clínico.

Para garantir o funcionamento pleno das quatro frentes, ressalta-se a importância do quadro de profissionais da instituição. Além dos(as) médicos(as), outras categorias profissionais fazem parte do hospital-escola, a saber: professores(as) da universidade; profissionais de Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Nutrição, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia; servidores(as) técnicos administrativos; e trabalhadores(as) terceirizados(as).

Em relação à natureza jurídica da instituição, o HU-UFSC é de ordem pública, porém, a partir da assinatura com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), passou a ser administrado em uma ação conjunta. Com contrato firmado desde 16 de março de 2016, a nova configuração prevê diversas alterações na forma de gestão e organização do hospital, a serem implementadas gradualmente.

O principal objetivo do contrato é a recuperação da infraestrutura física e tecnológica, assim como a recomposição do quadro de profissionais. A EBSERH é

vinculada ao Ministério da Educação, e foi criada em 2011 pelo Governo Federal, com autorização do Poder Legislativo, sendo caracterizada como uma empresa pública que, segundo a Lei n. 13.303/2016, é uma “entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com criação autorizada por lei e com patrimônio próprio, cujo capital social é integralmente detido pela União, Estados, Distrito Federal ou Municípios” (BRASIL, 2016a).

Em sentido amplo, o processo ocorrido não pode ser considerado como uma privatização, pois não há risco de venda do patrimônio público, no entanto, há uma flexibilização nas normas do direito público, o que se apresenta como uma ameaça aos ideais da Reforma Sanitária e à autonomia universitária:

[...] privatização, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a desregulamentação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a desmonopolização de atividades econômicas, a privatização de serviços públicos (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a concessão de serviços públicos (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as contratações de terceiros (contracting out), em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria. (DI PIETRO, 2011, p. 213).

A EBSEH é caracterizada como uma empresa pública de direito privado. A Lei de Responsabilidade Fiscal, em seu artigo 2º, define esse tipo de empresa como “empresa estatal dependente”, pois é controlada por um ente da Federação (União, Estado ou Município) e custeada com recursos do Orçamento Federal. A figura das empresas públicas surgiu visando uma intervenção estatal econômica e é colocada por alguns autores alemães, como *Der Staat Unternehmer*, que significa “o Estado na qualidade de empresário” (MEIRELLES, 2010, p. 78).

Atuar como estagiária na área da saúde, mais especificamente na saúde auditiva e na unidade de tratamento intensivo, mostrou-se um grande desafio. As Unidades de Terapia Intensiva possuem a particularidade de constituírem um grande aparelhamento tecnológico, assistência médica especializada e monitoramento dos sinais vitais durante 24 horas, o que caracteriza um modelo tecnoassistencial fragmentado, centrado em procedimentos, que tendem a olhar o paciente em partes

isoladas. Ou seja, o foco da atenção é o procedimento, não o usuário em sua totalidade (MERHY, 1998).

Esse modelo de atenção à saúde em alta complexidade costuma ser comprometedor à dimensão da integralidade. Segundo Cecilio e Merhy (2007, p. 6), isso se dá porque “seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais completa”.

Observa-se que a dimensão da integralidade na atenção à saúde é perpassada por dificuldades relacionadas à efetivação de ações interprofissionais no interior dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, havendo ações intersetoriais entre esses diferentes serviços e políticas sociais. Ambas dificuldades são percebidas cotidianamente nos diferentes serviços de saúde, atreladas à falta de estrutura adequada, ausência de profissionais efetivos de acordo com a demanda atendida, escassez de ações e formação continuada sobre humanização. Isto é facilmente percebido no ambiente conturbado de UTI, em meio a “aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros” (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012, p. 321).

A esse respeito, Silveira *et al.* (2005, p. 127) explicitam que, apesar de todos os avanços e tentativas de mudança das ações em prol da humanização das UTIs, ainda se observa que nesses ambientes são frequentes os espaços da ausência, onde prevalecem “o avanço tecnológico e a impessoalidade”. Os autores Costa, Figueiredo e Schaurich (2009, p. 572) também consideram que, “com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado”.

Essas condições atribuem características próprias nas ações profissionais (principalmente das equipes de medicina e enfermagem) nesses ambientes. Haja vista que esses profissionais se encontram a todo momento “envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH 2009, p. 572).

Esse movimento de incitação à humanização da assistência prestada a usuários(as) e familiares pelos serviços de saúde é impulsionado, no Brasil, pela PNH. A esse respeito, tem-se que uma das orientações gerais da PNH consiste no

“fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade” (BRASIL, 2011, p. 8).

De acordo com Evangelista *et al.* (2016, p. 1.104), a PNH proporciona “uma ampliação do escopo da comunicação no interior dos serviços de saúde passando a ocupar um espaço importante dentro de horizonte normativo que guia as práticas de cuidado humanizado”. O que, por sua vez, promove “no cotidiano do trabalho em saúde, a circulação de saberes que repercute no compartilhamento de poderes e de produção de cuidado” (EVANGELISTA *et al.*, 2016, p. 1104).

A UTI do HU-UFSC “é uma UTI geral, clínica e cirúrgica, voltada para o atendimento de alta complexidade do paciente gravemente enfermo em diversas áreas” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANY DE SÃO THIAGO, 2016, p. 2), cujos critérios de admissão consistem no atendimento a “pacientes com quadro clínico agudo ou crônico agudizado reversível que se beneficiem de monitorização e tratamento intensivos, que não o poderiam receber na enfermaria” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANY DE SÃO THIAGO, 2016, p. 2).

Em relação à equipe multiprofissional, o HU-UFSC conta com as seguintes profissões envolvidas: Medicina, Serviço Social, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Percebe-se um avanço nas composições do quadro profissional das UTIs em hospitais públicos, tendo em vista que a lei não prevê a inserção do Serviço Social e da Psicologia, de acordo com a Portaria n. 3.432/1998 do Ministério da Saúde.

Sobre a inserção do Serviço Social nesse espaço sócio ocupacional, tem-se que suas ações estão relacionadas à promoção da integralidade na atenção à saúde e à humanização nos atendimentos às necessidades de usuários(as) e familiares. Justamente por ser uma área historicamente vinculada ao agravamento de um quadro de saúde, ou mesmo à iminência de morte.

Ademais, nesses espaços as visitas de familiares e amigos têm horários e número de pessoas restritos, fazendo com que o usuário internado permaneça a maior parte do tempo desacompanhado por aqueles com quem ele possui vínculo. Tal situação acarreta prejuízos à sua saúde, pois a manutenção desse contexto ignora a prerrogativa da atenção à integralidade do sujeito em suas múltiplas determinações:

[...] O cuidado foi deslocado para o hospital, a pessoa internada foi isolada do convívio cotidiano e sua rede social (familiares, amigos e comunidade) foi destituída de qualquer papel no processo. Observamos tal visão materializada tanto na planta física dos hospitais, onde não há espaço para acompanhantes nem para visitantes, quanto nas rotinas hospitalares, que também não consideram a importância. (BRASIL, 2007b, p. 7).

Nesta direção, um dos principais desafios impostos ao Serviço Social, na atuação em contexto de UTI, diz respeito à mediação entre: as relações político-institucionais normativas; as equipes multiprofissionais historicamente acostumadas a um determinado modelo de execução do serviço e com formação incompleta, no que refere à realidade brasileira e aos princípios do SUS; aos usuários(as) e seus familiares extremamente fragilizados, dado o contexto de temor, devido à situação de adoecimento e a frieza institucional no trato a suas demandas.

Ao mesmo tempo, pode-se apontar conquistas e avanços na atuação profissional nesses espaços, por meio de ações profissionais que ultrapassam o atendimento cotidiano e isolado aos usuários e familiares, e que abarcam estratégias de enfrentamento aos problemas identificados, por meio da participação ativa em espaços de tomada de decisões institucionais, buscando qualificar os debates realizados em torno das temáticas da integralidade e da atenção humanizada.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) estabelece que a alta complexidade comporta os procedimentos de internação, prótese auditiva ancorada no osso e implante coclear (IC), voltados aos sujeitos com perda de audição severa e/ou profunda. É nesse contexto que surge o AIC do HU-UFSC em 2011, pois suas atividades estavam sujeitas à antiga Portaria n. 1.278/MS, de 20 de outubro de 1999 (atualmente revogada), viabilizando apenas o procedimento para o IC.

A portaria também prevê acerca da composição da equipe. A indicação é que a equipe seja composta por quatro (04) categorias profissionais, sendo elas: a medicina (especializada em otorrinolaringologia), a Psicologia, a Fonoaudiologia e o Serviço Social.

O Serviço Social no AIC realiza a avaliação, o estudo social e o atendimento pré e pós-cirúrgico, tendo como responsabilidade a investigação acerca dos aspectos socioeconômicos, culturais e vínculos familiares. Também é analisada a existência de recursos humanos e institucionais no município de origem:

Com base na realização de entrevistas sociais a usuários e familiares o assistente social procura identificar quais serviços, benefícios, direitos e políticas sociais são acessados, ou não, pelo usuário e família. Além de suas demandas sociais, suas relações de sociabilidade, sua situação laboral, trabalhista e previdenciária e suas redes de apoio familiar e institucional. (FRAGA *et al.*, 2018, p. 1246).

Além disso, existe a constante estereotipação, estigmatização e preconceito sofridos historicamente pelas pessoas com deficiência (PCD), no caso específico do ambulatório, as condições dos usuários(as) surdos(as) apresentam graves consequências na vida social. O capacitismo se expressa na dificuldade constante de reinserção social e trabalhista, principalmente em decorrência da dificuldade de contratação e desvio de funções laborais.

O primeiro momento de estágio foi destinado à compreensão da dinâmica e organização institucional, em seguida se iniciou, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no Ambulatório de Implante Coclear (AIC), o desenvolvimento das atividades sob supervisão, portanto, as atividades de estágio foram realizadas tanto em clínica de internação hospitalar, quanto no atendimento a usuários(as) e familiares a nível ambulatorial.

No acompanhamento ambulatorial e clínico, e nas supervisões sistemáticas (em campo e na academia), foi possível aprender sobre as principais demandas, o perfil dos(as) usuários(as), o funcionamento da rede, a vinculação das políticas e os modelos de gestão. Também por meio do estágio, realizaram-se o contato e o manejo com os principais instrumentos da profissão, a saber: Estudo Social, Parecer, Entrevistas, Acompanhamento Social, Reuniões, Encaminhamentos, Registros, Relatórios, Laudos, Visitas Institucionais e Domiciliares, entre outros.

A partir da atuação no campo de estágio, da observação, da interpretação da realidade, dos momentos de supervisão, dos estudos de situações e das visitas institucionais, foram construídos espaços de discussão (entre a estagiária e a supervisora), potencializando, assim, o processo de aprendizado. Processo em que se identificou certa centralidade na problemática da informação e que motivou a presente pesquisa.

A inserção no HU-UFSC foi de grande valia para a formação profissional, sendo uma experiência que, além de propiciar o objeto de estudo do TCC, também

foi um dos principais fatores que influenciaram na escolha da pesquisa de campo e no lócus do próprio hospital universitário, onde se realizou o estágio.

4.1 SERVIÇO SOCIAL E INFORMAÇÃO: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Tendo em vista os objetivos propostos, de analisar se as(os) Assistentes Sociais do HU-UFSC consideram a informação enquanto um instrumento de trabalho, como a operam e se compreendem-na como um direito, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, pois compreende a temática por meio da coleta de dados narrativos, estudando as particularidades, experiências e percepções das(os) profissionais. Dada a sua natureza, a pesquisa qualitativa aborda questões que não conseguem ser traduzidas e trabalhada no plano dos valores, devido à sua complexidade:

[...] ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Desta forma, a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica. (MINAYO, 2009, p. 21).

A pesquisa qualitativa não busca generalizar resultados, mas desvelar a realidade e obter uma compreensão mais profunda sobre as temáticas, constatando tendências. Por isso, utiliza-se de 'amostragens' menores em comparação com a pesquisa quantitativa.

Nas disciplinas de Pesquisa I e II foram trabalhados os instrumentos de uma pesquisa, sendo exposto o questionário como um dos instrumentos utilizados para obtenção de dados e informações. O uso do questionário foi escolhido por ser bastante utilizado em pesquisas científicas, devido à sua facilidade de ser aplicado e por permitir respostas mais fidedignas, pois não expõe os sujeitos à influência do(a) pesquisador(a). Conforme Gil (1994, p. 124):

[...] Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o

conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Os sujeitos participantes foram as(os) Assistentes Sociais do HU-UFSC. Acerca dos critérios de inclusão e exclusão dos(as) voluntários(as) necessários(as) para a realização da pesquisa, temos: inclusão - assistentes sociais efetivos(as) do HU-UFSC e os(as) que aceitarem responder ao questionário; exclusão - Assistentes Sociais residentes, estagiários(as), bolsistas do setor e os(as) que se recusaram responder o questionário.

Com isso, foi estruturado um questionário (Apêndice A), a fim de coletar o entendimento dos(as) Assistentes Sociais, para subsidiar novos elementos ao presente estudo. O questionário contou com 11 perguntas, com questões discursivas e de assinalar, e também contemplou a possibilidade de caracterizar o perfil dos(as) profissionais participantes.

Para analisar as respostas obtidas nos questionários, as questões foram submetidas à análise de conteúdo, processo em que a autora assumiu um papel investigativo, desvelando os discursos cunhados por meio das respostas. Segundo Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Já Minayo (2009, p. 84) afirma que “Através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.

Ressalta-se que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFSC e cumpriu todos os requisitos, conforme preconizado na Resolução 466/2012, no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada com o parecer n. 3.490.971 (Apêndice B).

Diante do exposto, iniciaremos a análise dos dados coletados na pesquisa de campo. As primeiras questões tratavam sobre escolarização, ano de formação e vínculo empregatício, com o objetivo de caracterizar o perfil das(os) assistentes sociais:

Quadro 1 - Dados da escolarização, ano de formação e vínculo de trabalho das(os) assistentes sociais

Participantes	Escolarização	Ano de formação	Vínculo de Trabalho
Participante 01	Mestrado	Entre 2001 e 2010	HU
Participante 02	Especialização	Entre 2001 e 2010	EBSERH
Participante 03	Especialização	Entre 1980 a 1990	EBSERH
Participante 04	Doutorado	Entre 2001 e 2010	EBSERH
Participante 05	Mestrado	Entre 2010 a 2018	HU
Participante 06	Mestrado	Entre 2010 a 2018	EBSERH
Participante 07	Mestrado	Entre 2001 e 2010	HU

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Em relação ao perfil do(a) profissional participante, de acordo com os resultados da pesquisa, todos(as) possuem formação complementar à graduação, e a maioria tem o vínculo de trabalho afirmado por meio da EBSEH, o que indica que são profissionais mais novos(as) na instituição, já que a empresa somente realizou contratação de novos(as) trabalhadores(as) em 2018. Ademais, é importante salientar que, de um universo de treze (13) assistentes sociais, apenas sete (07) se sentiram confortáveis em participar da pesquisa, respondendo, portanto, ao questionário.

Conforme assinalado anteriormente sobre a importância da informação no processo saúde e doença, e o entendendo como um direito, a primeira pergunta do questionário referente ao presente tema foi sobre o que eles(as) entendem por informação. Como resposta, foram obtidos os seguintes entendimentos:

Informação diz respeito a tornar acessível ou possibilitar entendimento ao solicitante. Em muitos casos um direito, temas específicos. Trabalho em rede ou até mesmo para que serve este ou aquele objeto não é informado de maneira entendível. A informação busca organizar informes sobre um assunto. (Participante 02, 2019).

A informação é um direito social que permite à pessoa o acesso a ferramentas capazes de lhe propiciar autonomia e liberdade. Permite, ainda, a possibilidade de reflexões e tomada de decisões e conclusões pautadas em dados de forma consciente. (Participante 05, 2019).

É o conteúdo que é repassado através da comunicação. Base para o acesso aos direitos sociais. (Participante 06, 2019).

Dentre as respostas obtidas, percebe-se que, de forma unânime, todos(as) os(as) participantes associaram a profissão e o fazer profissional na hora de responder ao questionário. Os sujeitos de pesquisa 05 e 06 associam informação a direito, e indicam suas compreensões de informação como um direito social, logo na primeira questão respondida.

A participante 02, em sua resposta, considera a existência de um emissor e de, pelo menos, um receptor para “tornar acessível ou possibilitar entendimento ao solicitante”, o que evidencia a impossibilidade, nas ciências humanas, de discutir informação dissociada de comunicação, corroborando a tese de Saracevic (1996, p. 53), que afirma: “as relações envolvidas entre informação como fenômeno e comunicação como processo, são importantes, pois cada conceito atua de forma complexa” sobre o outro, e de maneira inerente.

Segundo Thayer (*apud* WOLFF, 1991), a informação é resultado de um processamento, realizado pelo sistema psicológico do homem sobre fatos, observações, dados e sensações que são registrados pela escala sensorial de cada ser humano, e o resultado deste processo é a informação.

Outro elemento presente nas respostas é a relação, vinculação da informação com o acesso, à liberdade e à autonomia (Participante 05). Leite *et al.* (2014) afirmam que a informação tem papel fundamental no cuidado em saúde, sendo que a ela oferece subsídios, argumentos e questionamentos que fomentam a autonomia do sujeito, e exercitam a sua cidadania.

A questão seguinte retratou a comunicação, e teve como objetivo extrair o que compreendiam sobre o tema:

Distintas formas de troca entre as pessoas, sendo elas de forma verbal, escrita, simbólica etc. A comunicação pode ser caracterizada como uma forma de repasse das informações. (Participante 04, 2019).

A comunicação é um dos principais mecanismos de interação humana, pode se dar de diferentes maneiras (oral, escrita, visual etc.) e pode ser considerada importante ferramenta de democratização da informação, se utiliza de forma profissional, com direcionamento ético e político. (Participante 05, 2019).

De acordo com o relato dos(as) participantes, temos que comunicação é algo natural da condição de ser humano, e que ocorre de diversas maneiras (verbal, gestual, escrita etc.), o que coincide com o exposto na literatura sobre a temática.

O doutor em comunicação social, James Araújo, argumenta que a própria etimologia da palavra 'comunicação' traz consigo o social, e significa "tornar comum, compartilhar, representa a própria transação de troca de informação." (ARAÚJO, 2015, p. 295).

Nassar (2012, p. 88) afirma que comunicação carrega consigo duas definições, originalmente. "A palavra comunicação comporta dois sentidos: o de partilhar algo e o de dar conhecimento, informar." Correlacionando comunicação e saúde, tem-se a máxima defendida por Epstein (2004), que constata que a qualificação do diálogo e o desenvolvimento da comunicação podem aumentar a eficácia dos serviços de saúde.

As perguntas três (03) e quatro (04), respectivamente, tratam sobre a informação como direito e se os respondentes a consideram como um instrumental técnico-operativo. De forma unânime, todos os questionados responderam de maneira afirmativa a ambas questões, informação como um direito e também como um instrumento de trabalho para o Serviço Social. Após questioná-los(as) sobre informação como instrumento de trabalho, foi indagado como os respondentes operam, isto é, usam concretamente a informação no cotidiano profissional. As respostas obtidas foram as seguintes:

Enquanto um instrumental técnico-operativo da profissão, a partir das entrevistas e elaboração dos estudos sociais, são identificadas as demandas de usuários/familiares e, a partir destas, disponibilizadas as informações necessárias ao acesso às diferentes políticas, serviços e programas sociais. (Participante 01).

A informação é disponibilizada ao usuário a partir da identificação da demanda e do contexto social. A demanda pode vir do próprio usuário ou identificada pelo profissional. A informação como forma de acesso. (Participante 07).

Quando vou realizar determinado atendimento que exige o conhecimento de assunto que não possuo o domínio, vou atrás, para me preparar e repassar ao usuário. (Participante, 03).

Em relação às respostas, temos que as sete (07) foram extremamente parecidas, e insuficientes ao enunciado da questão. Esperava-se que as respostas ocorressem de forma mais concreta e detalhada, em relação às perguntas: Como eram repassadas as informações, apenas verbalmente? Com auxílio de gestos? Símbolos? É disponibilizado algum material impresso com as orientações? O usuário

capta e grava de maneira suficiente tudo que é repassado em uma única vez? Durante o diálogo são criados momentos para solução de dúvidas?

Por meio das respostas obtidas, temos poucos elementos para analisar, inclusive elas aparentam um suposto padrão comunicacional, o que pode ser extremamente perigoso, por não considerar a individualidade do(a) usuários(as), suas características e o contexto. Também faz necessário pensar estratégias contínuas para qualificação desse diálogo e repasse de informações, envolvendo avaliação e criação de novos mecanismos, de acordo com a necessidade.

Mas cabe salientar os limites do instrumental utilizado para obtenção dos dados, o que pode ter influenciado na resposta enxuta e não completa das(os) profissionais, trazendo certa imprecisão quanto aos resultados da pergunta sete (07) e provavelmente não revelando a realidade dos atendimentos realizados no cotidiano das(os) assistentes sociais participantes.

Outra questão abordada foi referente à presença frequente de usuários(as) com poucas informações e/ou informações incorretas e à negligência por parte de outros serviços de saúde. De forma consonante, todos(as) os(as) profissionais responderam positivamente, assegurando ser comum haver usuários(as) desapropriados de seus direitos.

Mesmo com o novo paradigma instituído pelo SUS, com destaque especial à universalidade, à equidade, à integralidade e à participação social na organização e gestão dos serviços (BRASIL, 1988), um dos principais desafios é referente à comunicação. Essa adversidade ocorre devido às diferenças socioculturais, intelectuais e de desenvolvimento orgânico e cognitivo (afasias, deficit auditivo, déficit visual etc.), além disso, existe a diversidade dos saberes e linguagens dos sujeitos implicados no processo (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Fermino e Carvalho (2007), em seu estudo, revelam práticas comunicativas indevidas, com profissionais induzindo respostas, expondo falsa tranquilização, realizando comunicação unidirecional e julgando os(as) usuários(as). Silva (2000) salienta a importância da dimensão não verbal da comunicação e afirma que a linguagem corporal expressa sentimentos, percepções, vontades, emoções e reações, sendo essa linguagem a menos considerada pelos(as) profissionais.

Diversas são as pesquisas que apontam sobre as consequências da falta de informação e de comunicação adequada entre o usuário(a) e o trabalhador, no contexto dos cuidados em saúde. Risso e Braga (2010) alegam que a falta de

diálogo qualificado motivou o cancelamento de cirurgias. Nota-se que a dúvida; o medo; a não compreensão sobre a doença e o procedimento; e a falta de explicações acessíveis sobre tal influenciam diretamente no sucesso terapêutico (no cuidado, prevenção e adesão ao tratamento).

Faz-se urgente superar tais desafios no cotidiano dos serviços de saúde, e buscar reconhecer a informação e a comunicação para além de instrumentos de trabalho, isto é, como um direito de todo cidadão e usuário do sistema. Da mesma forma, é preciso reconhecer a potencialidade que uma informação correta, esclarecida e acessível possui, e que o contrário pode causar grandes prejuízos e comprometer a vida dos sujeitos atendidos.

Por fim, o questionário retratou o documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sobre comunicação. Em relação às respostas obtidas, observamos que apenas um(a) trabalhador(a) realizou a leitura e que apenas duas pessoas assinalaram que tinham conhecimento sobre a existência da cartilha.

O documento citado conta com três (03) edições, tendo sido a mais recente publicada em 2016, e seu conteúdo configura-se como uma Política Nacional de Comunicação para a atuação do conjunto CFESS-Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), que tem como objetivo, também, socializar acúmulos e compreensões sobre o tema com o conjunto de Assistente Sociais e com a sociedade (CFESS, 2015).

Dividida em cinco (05) partes, a sistematização aborda acerca da democratização da comunicação no Brasil, da necessidade do uso de uma linguagem não discriminatória nas produções, recupera indicações para o cumprimento da Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527/2011), reafirma o acesso à informação como direito e correlaciona-o como condição fundamental para a democracia:

Ora, se a palavra “comunicar” significa “tornar comum, fazer saber”, e se todas as pessoas têm direito a saber, a conhecer seus próprios direitos, a exercer sua cidadania, a se expressar, está claro que a luta pelo direito à comunicação precisa ser um compromisso assumido por assistentes sociais, profissionais que lidam cotidianamente com o processo de mediação para o acesso a direitos pela população. (CFESS, 2015, p. 9).

Em suma, o documento do CFESS sobre comunicação configura-se como um importante instrumento político para reafirmar e fortalecer o projeto ético-político da

profissão, contribuindo no fortalecimento dos(as) usuários(as) dos serviços e políticas sociais e na democratização da comunicação brasileira (CFESS, 2015).

De acordo com os registros históricos, tem-se que, desde 1990, o CFESS realiza esforços para aproximar tais discussões à categoria de Assistentes Sociais, mas pouco reverberou para o conjunto de profissionais. Tal afirmação é feita apoiada nos dados colhidos e após o processo de busca de referências, dado que um baixíssimo número de estudos e publicações foi encontrado.

Além da elaboração, o Conselho organiza periodicamente o Seminário de Comunicação do CFESS-CRESS, com vistas a refletir como o(a) Assistente Social tem se comunicado com a população usuária, o que se entende por direito à informação e comunicação, e qual a imagem da profissão é vinculada nos meios tradicionais da mídia, entre outros aspectos.

Conjuntamente, o Conselho Regional de Serviço Social participa da construção do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC), espaço político que reúne diversas entidades, sindicatos, movimentos sociais, organizações e associações. A atuação do fórum resume-se ao combate à concentração da mídia, à ausência do pluralismo político e social e à escassez de fontes de informação. Além de colaborar ativamente nas lutas políticas, tendo como principais conquistas: a criação do Conselho de Comunicação Social do Congresso Nacional (CCS), a regulamentação da cabodifusão e a reforma da Lei de Imprensa.

Segundo Gomes (2007), é insuficiente, ou melhor, está fadado ao fracasso, pensar a transformação das sociedades “sem considerar a forma como se comunicam internamente e entre si”, e a autora ainda complementa:

[...] das micro relações, no viver cotidiano da esfera privada; às macro relações, no viver social, cultural, político e econômico, da esfera pública; **o processo da comunicação atuou e, sobretudo nos dias atuais, atua como uma das bases estruturadoras das sociedades.** (GOMES, 2007, p. 25, grifo nosso).

Diante disso, nota-se que o debate está diretamente relacionado com o Serviço Social, pois a comunicação e a informação são pontos cruciais e estratégicos, tendo em vista a transformação das relações sociais. Portanto, ele se faz necessário à construção de uma hegemonia profissional que compreenda tal questão a nível macro, e também se comprometa a tratar a informação como um direito a ser garantido nos atendimentos realizados, e em todos os serviços e políticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de revisão de literatura, foram constatadas diversas interpretações e definições em relação à informação, e também foi observada uma polêmica conceitual entre comunicação e informação. O debate apresenta caráter interdisciplinar, pois a temática é objeto de estudo de diferentes áreas, perpassando pelas ciências naturais, humanas e sociais. Cada área registra um acúmulo teórico sobre a questão e usa o conceito de informação dentro de seu próprio contexto e com relação a fenômenos específicos.

Em se tratando do estudo da informação na área da saúde, percebe-se um avanço em relação à temática a partir da reforma sanitária e a criação do SUS. São marcos históricos e legais que comprovam essa evolução. No entanto, diversas demandas apresentadas no campo de estágio foram referentes a dúvidas de usuários(as) em relação à lista de espera para procedimentos, consultas e/ou cirurgias, quadro clínico, acesso direitos e políticas sociais. Em sua maioria com um histórico de negligências, tendo em vista as inúmeras tentativas dos usuários pela busca de informações corretas e respostas para seus anseios.

É por meio da comunicação e da socialização de informações que se constitui uma das principais intervenções (por parte dos/as profissionais) no campo da saúde, por isso, torna-se essencial o debate e produções nesse sentido, a fim de qualificar o processo de humanização da assistência e possibilitar a integralidade da atenção à saúde.

Com a coleta e análise dos dados obtidos por meio das(os) Assistentes Sociais participantes da pesquisa, temos, de forma unânime, a compreensão da informação como direito e instrumento de trabalho. Por outro lado, constatamos o desconhecimento em relação ao documento sobre comunicação do CFESS e, quando os usuários foram questionados(as) sobre como operam a informação no cotidiano profissional, suas respostas foram bastante sucintas, semelhantes e insuficientes ao enunciado da questão, dando a entender um padrão comunicacional, sem considerar os aspectos socioeconômicos e culturais.

As desigualdades sociais geram disparidades de conhecimentos e de acesso à informação, e esse não acesso corresponde a um movimento estratégico, pois o sistema capitalista depende intrinsecamente da desinformação em massa para sua consolidação e para a manutenção de suas bases. Por isso há a impossibilidade do

desenvolvimento pleno do direito à informação na ordem vigente, devido à sua incompatibilidade com a natureza do capitalismo, ainda assim esse direito se faz fundamental e pertinente, já que a informação é essencial ao processo de autonomia dos sujeitos e enquanto ferramenta de luta para a classe trabalhadora.

Segundo Gomes (2007), é insuficiente, ou melhor, está fadado ao fracasso pensar a transformação das sociedades “sem considerar a forma como se comunicam internamente e entre si”, e a autora ainda complementa: “das micro relações, no viver cotidiano da esfera privada; às macro relações, no viver social, cultural, político e econômico, da esfera pública; **o processo da comunicação atuou e, sobretudo nos dias atuais, atua como uma das bases estruturadoras das sociedades**” (GOMES, 2007, p. 25, grifo nosso).

Diante disso, nota-se que o debate correlaciona-se diretamente com o Serviço Social, pois a comunicação e a informação são pontos cruciais e estratégicos, tendo em vista a transformação das relações sociais. Portanto, faz-se necessário a construção de uma hegemonia profissional que compreenda tal questão a nível macro, e que também se comprometa a tratar a informação como um direito a ser garantido nos atendimentos realizados, e em todos os serviços e políticas.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Temporalis: Revista da ABEPSS**, ano IX, n. 17, p. 163-199, jan.-jul. 2009.

ARAUJO, James Maxwell Fernandes. O direito à informação e o exercício da cidadania na saúde. **Revista Direito UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 1-17, nov. 2015.

ATAÍDE, Maria Elza Miranda. O lado perverso da globalização na sociedade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 3, n. 6, p. 165-168, set.-dez. 1997.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Cartilha Visita Aberta**. 2007b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a regulação do acesso às informações. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n. 12.965, de 23 de abril de 2014**. Dispõe sobre os princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 3 jul. 2019.

BRASIL. **Lei n. 13.303, de 30 de julho de 2016**. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13303.htm. 2016a. Acesso em: 7 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.820, de 13 de Agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.724, de 16 de maio de 2012**. Regulamenta a Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7724.htm. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.845, de 14 de Novembro de 2012**. Regulamenta procedimentos para credenciamento de segurança e tratamento de informação classificada em qualquer grau de sigilo, e dispõe sobre o Núcleo de Segurança e Credenciamento. 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7845.htm. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 8.777, de 11 de Maio de 2016**. Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8777.htm. Acesso em: 5 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 9.690, de 23 de Janeiro de 2019**. Altera o Decreto n. 7.724, de 16 de maio de 2012, que regulamenta a Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011 - Lei de Acesso à Informação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9690.htm. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL, **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 8 mai. 2019.

BRASIL, **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 8 mai. 2019

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político profissional do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. 2009, p. 197-217. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília. DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BOGDAN, Radu J. **Grounds for cognition: how goal-guided behavior shapes the mind.** Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum, 1994.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 7 ed. Coimbra, Portugal: Almedina, 2003.

CAPURRO, Rafael; HJORLAND, Birger. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, 15 abr. 2007.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra *et al.* DIREITO A INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: EM BUSCA DA LEGITIMAÇÃO. **Revista de Enfermagem do Centro Mineiro**, Divinópolis, v. 7, n. 2, p. 1004-1018, jan. 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2007. p. 197-210.

CFESS. **Seminário debate a comunicação do Conjunto CFESS-CRESS com a categoria.** 2015. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1206>. Acesso em: 12 out. 2019.

CFESS. **Política de comunicação CFESS-CRESS.** 3. ed. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/3a-PoliticaComunicacaoCfessCress-2016.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

CEPIK, Marco. Direito à informação: situação legal e desafios. **Revista Ip - Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 1-14, jul. 2007.

CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma.** 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>. Acesso em: 15 set. 2019.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8 ,1986, Brasília. **Anais [...].** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 392 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 1 out. 2019.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1336-1369, mar. 2014.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 571-580, 2009.

DALBELLO, Simone Cristina. **O direito à informação como instrumento de emancipação social**: uma experiência na doação de sangue. 2008. 89 f. TCC (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119604/284695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 jun. 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DELMAZO, Caroline; VALENTE, Jonas C. L. Fake news nas redes sociais online: propagação e reações à desinformação em busca de cliques. **Media & Jornalismo: Ética jornalística para o Século XXI - novos desafios, velhos problemas**, Coimbra, v. 18, n. 32, p. 155-169, jan. 2018.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. **Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura**. Rev. Bras. Enferm, 2016.

FAVARIN, Simoni Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. **A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa**. Cogitare Enfermagem, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 11 set. 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FISCHER, Desmond. **O direito de comunicar**: expressão, informação e liberdade. São Paulo: Brasiliense, 1982.

FRAGA, Patrícia; STANG, Gabriela; DAROSCI, Manuela; VARELA Luisa Bohnenberger. Saúde auditiva e Serviço Social: a experiência de atendimento no ambulatório de Implante Coclear. **Revista Ciência & Saberes**, v. 4, p. 1243-1247, 2018.

GIAMBIAGI, Fabio *et al.* **Economia brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Raimunda Aline Lucena. **A comunicação como direito humano: um conceito em construção**. 2007. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANY DE SÃO THIAGO. Universidade Federal de Santa Catarina. Serviço de Terapia Intensiva. **Protocolo Clínico: critérios de admissão em Unidade de Terapia Intensiva**. Agosto de 2016. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/medicina-intensiva/wp-content/uploads/sites/35/2016/03/Protocolo-Admiss%C3%A3o-UTI-2016.pdf>. Acesso em: abr. 2018.

SERRA JUNIOR, Gentil Cutrim; ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes. A Internet e os novos processos de articulação dos movimentos sociais. **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 205-213, jul. 2013.

LEITE, Renata Antunes Figueiredo *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, p. 661-671, ago. 2014.

LÔBO, Fernando Almeida Salgado. **A importância de se garantir efetividade ao direito fundamental de acesso à informação para a consecução do exercício da dignidade humana**. Bahia: Cepej, 2015. p. 165-185.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, Karl. Glosas Críticas Marginais ao Artigo "O rei da Prússia e a reforma desocial" de um prussiano. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MENDEL, Toby. **Liberdade de Informação: um estudo de direito comparado**. 2. ed. Brasília: UNESCO, 2009.

MELO, José Marques de. MacBride, a NOMIC e a participação latino-americana na concepção de teses sobre a democratização da comunicação. **Logos**, Rio de Janeiro, p. 42-59, mar. 2008.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público**; XAMÃ VM ED.; São Paulo, 1998

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOTA, Sandra (org.). **Organizações Sociais na Saúde**. 3. ed. Brasília. Alta Complexidade: Política e Saúde, 2017. 43 p.

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. Comunicação e saúde: interfaces e desafios. **Comunicação e Saúde: Interfaces e Desafios**, São Paulo, v. 17, n. 16, p. 79-91, maio 2012.

PAIM, Jairnilson Silva (org.). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1927-1936, out. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Salvador, 2011. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PARANÁ, Edemilson. **Informe McBride, 30 anos depois: o retrato de uma comunicação mundial concentrada**. 2010. Disponível em: <https://brasiledesenvolvimento.wordpress.com/2010/07/20/informe-mcbride-30-anos-depois-o-retrato-de-uma-comunicacao-mundial-concentrada/>. Acesso em: 26 set. 2019.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, p. 4541-4548, jul. 2010.

RISSO, A. C. M. C. R.; BRAGA, E. M. **A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-367, 2010

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-59, jan. 2014.

SARACEVIC, Tefko. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. rev. amp. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, fev. 2007.

SILVA, L. M. G. et al. **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000.

SILVEIRA, Rosemary Silva *et al.* Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfermagem**, Rio Grande, v. 14, n. 2, p. 125-130, ago. 2005.

TRAMONTE, Cristiana de Azevedo. **O movimento internacional por uma nova ordem informativa e comunicativa**. Pour un developpement responsable et solidaire. Paris/França: 2002.

THAYER, Lee Osborne. **Comunicação: fundamentos e sistema na organização, na administração e nas relações interpessoais**. Trad. Esdras do Nascimento e Sônia Coutinho. São Paulo, Atlas, 1979. 375 p.

UNESCO. **Un solo mundo, voces múltiples**: comunicación e información en nuestro tiempo. Inglaterra: Fondo Cultural Económico, 1987. 265 p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000040066_spa/PDF/040066spab.pdf.mult i. Acesso em: 27 set. 2019.

WOLFF, Rosane Portella. **A proteção da vida e o direito à informação**. 1991. 134 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

APÊNDICE A - Roteiro do questionário

Título do Projeto de Pesquisa: O direito à informação no âmbito da política de saúde.

Curso: Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina

Estudante Pesquisadora: Luisa Bohnenberger Varela

Professora Orientadora: Dr^a. Michelly Laurita Wiese

QUESTÕES:

- 01) Formação? () Graduação () Mestrado () Especialização/pós () Doutorado
- 02) Você se formou quando? () Antes de 1980 () Entre 1980 a 1990 () Entre 1990 a 2000 () Entre 2000 a 2010 () Entre 2010 a 2018
- 03) Contrato/Vínculo de trabalho - () EBSERH () HU
- 04) Você conhece o documento do CFESS sobre comunicação? () Sim () Não
- 05) Você já realizou a leitura do mesmo? () Sim () Não
- 06) O que você entende por informação? Resposta aberta
- 07) O que você entende por comunicação? Resposta aberta
- 08) Você considera a informação um direito? () Sim () Não
- 09) Você considera a informação um instrumental de trabalho? () Sim () Não e Justifique: Resposta aberta
- 10) Como concretamente você usa, opera a informação no cotidiano profissional? Resposta aberta
- 11) É frequente a presença de usuários com poucas informações e/ou informações incorretas e/ou negligência, por parte de outros serviços de saúde? () Sim () Não

APÊNDICE B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Direito à Informação no Âmbito da Política de Saúde

Pesquisador: Michelly Laurita Wiese

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15827319.9.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.490.971

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente parecer da resposta às pendências de um projeto de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina orientado pela profa. Dra. Michelly Laurita Wiese, tendo como orientanda a acadêmica Luisa Bohnenberger Varela que pretende desenvolver um estudo de natureza qualitativa com aplicação de questionário para as (os) profissionais de Serviço Social do HU/UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como as/o assistentes sociais do HU/UFSC se utilizam da informação como uma ferramenta de trabalho.

Objetivo Secundário:

- Identificar os marcos normativos legais e constitucionais da comunicação na área da saúde;- Refletir sobre a perspectiva da informação como direito social;- Verificar em que medida a comunicação/informação tem sido reconhecida como uma ferramenta de trabalho para o serviço social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco previsto ao responder ao questionário é mínimo, oriundo de eventuais situações de desconforto ou emoção de qualquer natureza sobre a temática. Assim, em ocorrendo algum

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.490.971

imprevisto, desconforto ou mal-estar durante a execução do questionário/pesquisa, serão tomadas todas as providências de assistência, amparo e cautela para evitar situações que possam causar danos que afetam a integridades física, psíquica e de saúde, conforme determina a lei.

Benefícios:

Permite que os (as) participantes realizem contribuições para a produção de conhecimento, possibilidade de reflexão e ações que qualifiquem o serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores atenderam à solicitação de inclusão de nova folha de rosto assinada pelo Coordenador do curso de graduação a qual pertence a acadêmica que faz parte da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Readequado a folha de rosto. Demais termos já se encontravam adequados na versão 1.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1372187.pdf	12/07/2019 09:27:38		Aceito
Outros	CartaCEP.pdf	12/07/2019 09:26:52	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Outros	FolRosto2.pdf	12/07/2019 09:25:15	Michelly Laurita Wiese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	12/07/2019 09:24:31	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	11/06/2019 11:24:25	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjPesq.pdf	10/06/2019 15:56:35	Michelly Laurita Wiese	Aceito
Outros	Questoes.pdf	10/06/2019 10:16:12	Michelly Laurita Wiese	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.490.971

Outros	CartaHU.pdf	10/06/2019 10:11:07	Michelly Laurita Wiese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2019 10:10:14	Michelly Laurita Wiese	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Agosto de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br