



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**DALYANNE LORENA ELIAS DE ARAÚJO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO  
SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO**

**NATAL, RN**

**2017**

DALYANNE LORENA ELIAS DE ARAÚJO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO  
SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Larisse de Oliveira Rodrigues.

NATAL, RN

2017

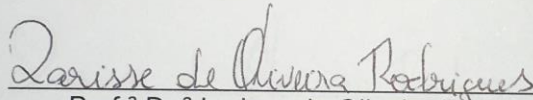
DALYANNE LORENA ELIAS DE ARAÚJO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO  
SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO**

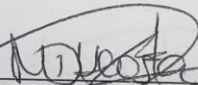
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte,  
como parte das exigências para a  
obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Natal, 27 de Junho de 2017.

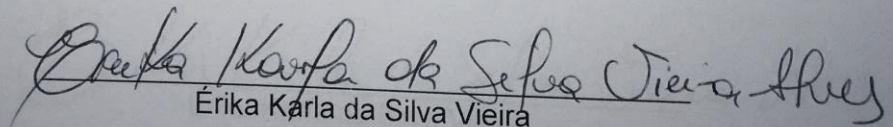
BANCA EXAMINADORA:



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Larisse de Oliveira Rodrigues  
Departamento de Serviço Social – UFRN  
Orientadora



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Dalva Horácio da Costa  
Departamento de Serviço Social – UFRN  
Examinadora



Érika Karla da Silva Vieira  
Assistente Social  
Hospital Giselda Trigueiro/Maternidade Escola Januário Cicco  
Examinadora

*Dedico, com ternura e saudade, esta conquista à Maria Aparecida no Nascimento (in memoriam), mulher, cidadã, pedagoga, artista, mãe e tia muito amada. Que eu possa aprender a ser feliz de maneira simples e genuína, como ela o foi.*

## AGRADECIMENTOS

Sou profundamente grata aos que, em meio às intempéries desta viagem, foram meu porto seguro e se tornaram o vento constante e forte em minhas velas rumo ao norte, pois se cheguei com êxito ao fim dessa jornada – que significa a passagem para desafios ainda maiores –, é porque sempre estiveram ao meu lado.

Agradeço a Deus pela paz, saúde e proteção que deu a mim e a minha família, dádivas que nos permitiram trabalhar e buscar os nossos sonhos.

Homenageio e agradeço a Maria Auxiliadora e Daniel Elias, meus pais, o motivo pelo qual pude chegar até aqui, sem vocês eu definitivamente não seria nada. Serei eternamente grata pelo amor e pelo cuidado incondicional de vocês por mim e espero um dia poder retribuí-los, mesmo sabendo que fazem tudo por mim sem esperar nada em troca. Desejo uma vida longa e saudável a vocês, para que eu possa sempre agradecer por muitas outras conquistas que virão.

Danielle Lorraine e Danilo Elias, meus irmãos, que sempre me ajudaram de todas as formas possíveis e imagináveis, agradeço por tudo e espero compartilhar de muitos outros momentos felizes como esse ao lado de vocês.

Samuel Oliveira, meu par. Palavras não são suficientes para agradecer por você existir na minha vida nesses últimos quatro anos. Seu apoio, sua cumplicidade, sua amizade, seu bom humor, seu incentivo, sua paciência e seu carinho foram fundamentais para me manter sã e de pé nessa trajetória. Obrigada por me dar seu ombro, seu abraço e sua alegria quando eu mais precisei e por me fazer acreditar que *“juntos somos invencíveis”*.

Agradeço a minha orientadora querida, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Larisse Rodrigues, que, apesar de me alcançar no meio da minha jornada, não mediu esforços e acreditou em mim, sempre disposta a me guiar da melhor forma para que eu conseguisse, finalmente, concluir esta etapa.

Sem vocês eu não teria conseguido. Gratidão.

## RESUMO

Este trabalho objetiva apresentar os resultados de uma pesquisa de campo realizada em torno do tema – a representação social do trabalho do assistente social. Partindo do pressuposto que o Serviço Social, como profissão que atua em diversos espaços sócio-ocupacionais e é impactado com as transformações do mundo atual, tem sua imagem social, na maioria das vezes distorcida, buscamos analisar criticamente os significados desses resultados para a categoria. Para discorrer plenamente sobre esse assunto, explanamos todo a construção e o contexto da saúde pública atual, a inserção do Serviço Social nessa área, analisamos os resultados da pesquisa realizada com os assistentes sociais do sítio da pesquisa e conhecemos o mesmo como forma de entender melhor o cenário em que se encaixa esses profissionais. Logo depois, tratamos de entrar diretamente no tema do trabalho, debatendo sobre a intersectorialidade, seus desafios e possibilidades, discutimos sobre a representação do Serviço Social ao longo dos anos e na atualidade e, por fim, apresentamos o resultado da pesquisa, revelando que os profissionais de saúde têm, no geral, uma boa compreensão sobre o exercício profissional do assistente social.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Intersectorialidade, Representação Social.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO DE SAÚDE

CIT – CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA

CNS – CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

COHUR – COORDENADORIA DE OPERAÇÃO DE HOSPITAIS E UNIDADES DE REFERÊNCIA

CRIE – CENTRO DE REFERÊNCIA EM IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

DIP – DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

FEB – FORÇA EXPEDICIONÁRIA BRASILEIRA

HGT – HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO

HMWG – HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

IAPS – INSTITUTOS DE APOSENTADORIA E PENSÕES

IAPS – INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

MEC – MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

NIR – NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNA

PFL – PARTIDO DA FRENTE LIBERAL

PID – PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

SAD – SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

SESAP – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

SESP – SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFRN – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Saúde pública no Brasil: trajetória e inserção do Serviço Social</b> .....	<b>17</b>
2.1	A trajetória histórica do Sistema Único de Saúde .....	18
2.2	O trabalho do Assistente Social na área da saúde .....	31
<b>2.2.1</b>	<b>O trabalho do Assistente Social: análise de dados</b> .....	<b>46</b>
2.3	Hospital Giselda Trigueiro: caracterização institucional .....	48
<b>3</b>	<b>Trabalho intersetorial em saúde: O Serviço Social em foco</b> .....	<b>55</b>
3.1	A intersetorialidade na área da saúde .....	55
<b>3.1.2</b>	<b>O Serviço Social e a intersetorialidade</b> .....	<b>66</b>
3.2	A representação social da profissão de Serviço Social .....	71
3.3	O exercício profissional do Assistente Social para a equipe de saúde .....	78
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>89</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema central o trabalho do assistente social na área da saúde, a intersectorialidade no exercício profissional e a representação social do Serviço Social. Essas discussões foram realizadas a partir de pesquisa teórica e empírica.

O objetivo geral é analisar criticamente a compreensão que os (as) médicos (as), nutricionistas, psicólogos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, farmacêuticos (as), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Hospital Giselda Trigueiro têm sobre o trabalho do Serviço Social. Já os objetivos específicos são: apreender o significado do trabalho do assistente social na área da saúde, evidenciando a atuação profissional no Hospital Giselda Trigueiro (HGT); analisar a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS); compreender a relação profissional entre os assistentes sociais e os demais profissionais; analisar a percepção e o significado do trabalho do Assistente Social por parte da equipe.

No ano de 2015, o estágio obrigatório do curso foi realizado no HGT. Nossa atividade no hospital teve início no dia 14 de agosto de 2014, no semestre 2014.2. A supervisora acadêmica, a princípio era a Prof.<sup>a</sup> Thalyta Mabel. Porém, houve alguns problemas ao longo do semestre na disciplina que ministrava e, em 2015.1, o departamento de Serviço Social escolheu uma nova professora para ministrar Núcleo do Fazer Profissional II, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Dalva Horácio.

O primeiro ano do estágio foi o momento de observar tudo que a assistente social supervisora de campo, Érika Vieira, realizava: seu diálogo com o usuário, os encaminhamentos e normas passados, como também a sua postura como profissional, período de uma aproximação com o exercício profissional que foi enriquecedor para compreender o trabalho do assistente social na saúde, que até então era desconhecido para nós. A supervisora nos indicava leituras, sites e arquivos referentes à política de saúde e sobre as principais doenças infectocontagiosas atendidas no hospital, para respaldar nossa compreensão.

Em relação ao projeto de intervenção, no primeiro momento, esse não foi elaborado, devido aos problemas mencionados anteriormente com a primeira professora. Chegamos a falar algumas ideias de tema para este, mas não foi desenvolvido e encerramos o primeiro ano do estágio sem o projeto.

No primeiro semestre de 2015, continuamos nosso estágio supervisionado com algumas mudanças significativas. A primeira é que a nossa supervisão de campo passou a ser compartilhada com outra assistente social, que era uma das coordenadoras do setor de Serviço Social do HGT, Manuella Brandão. E a segunda, foi quando a professora Maria Dalva Horácio assumiu a disciplina do núcleo. A mesma fez indicações de leituras importantes para a graduação como um todo, não somente para essa etapa e elaborou conosco o Projeto de Intervenção, nos ensinando a planejar e mobilizar os protagonistas a participarem; além disso, compareceu a instituição e dialogou com a supervisora de campo.

Sob a supervisão de Manuella, as reuniões com os acompanhantes dos pacientes, realizadas pela mesma, passaram a fazer parte da nossa rotina e, assim, pudemos conhecer mais sobre esses usuários e compartilhar vivências entre nós.

Após uma reunião realizada entre nós, a supervisora acadêmica e a supervisora de campo, ficou decidido que devido a nossa vivência com a temática dos acompanhantes e com os problemas recorrentes em relação aos desentendimentos sobre o papel do acompanhante por parte dos profissionais, seria pertinente enveredar o projeto de intervenção neste sentido.

A supervisora acadêmica aproveitou o contato direto que tinha com as discussões dos conselhos de saúde e da secretaria de saúde e percebeu que havia uma importante demanda no sentido de esclarecer o papel do acompanhante e melhorar as condições de estadia dos mesmos nos hospitais estaduais de maneira sistemática. Surgiu a ideia, então, de elaborar um protocolo para acompanhantes, como forma de disponibilizar para os hospitais estaduais (desde o início foi pensado no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – HMWG e no HGT), um dispositivo que orientasse e esclarecesse o papel e a importância do acompanhante no processo terapêutico do paciente.

A princípio foram traçadas várias etapas para que o projeto fosse executado, quais foram: a aplicação de questionários com todos os acompanhantes do hospital com a finalidade de traçar o perfil pessoal (sexo, idade, etc) e socioeconômico (escolaridade, renda familiar, etc) e de sondar a compreensão dos mesmos em relação ao que deveria ser o papel do acompanhante e quais as atividades por eles realizadas diariamente.

Após a aplicação dos questionários e da obtenção dos resultados, seria feita uma roda de conversa com os acompanhantes onde seriam expostos os resultados

e seria conversado sobre as questões abordadas no questionário. Logo após essa roda de conversa seria realizada a convocação dos profissionais de enfermagem, serviço social, medicina e nutrição do HGT e dos conselhos regionais profissionais de enfermagem, medicina, serviço social e nutrição para a realização de uma reunião com um representante de cada conselho, no HMWG e HGT.

Nestas reuniões seriam expostos os resultados dos questionários com o tema “O PAPEL DO ACOMPANHANTE NO CONTEXTO DOS HOSPITAIS DA SESAP/RN” e seria discutido entre os participantes as questões mais relevantes sobre o tema com a contribuição da cosmovisão de cada profissional, já introduzindo o debate sobre as questões relevantes que deveriam ser consideradas no protocolo. Após a realização das reuniões em cada hospital, seria a vez da realização de uma reunião junto com os representantes dos conselhos profissionais, assistentes sociais dos dois hospitais e com a coordenadora da Coordenadoria de Operação de Hospitais e Unidades de Referência (COHUR), para o início de uma discussão focada na elaboração do protocolo.

Como resultado, conseguimos aplicar 30 questionários com os acompanhantes e obter os resultados estatísticos. A roda de conversa com os acompanhantes não foi realizada, devidos aos contratempos do fim do semestre e do curto espaço de tempo para que os encontros indispensáveis acontecessem, por isso, pulamos a etapa da roda de conversa com os acompanhantes e, depois na realização da reunião de exposição dos resultados com a presença dos conselhos regionais e dos profissionais do hospital no HMWG, conseguimos realizar a reunião no HGT, na qual tivemos a presença dos representantes de todos os conselhos convocados, de uma enfermeira do hospital, duas terapeutas ocupacionais também do hospital, três assistentes sociais do hospital (a supervisora de campo, uma ouvidora e outra assistente social) e do representante da Ouvidoria SUS da região Nordeste em Brasília. A reunião foi bastante proveitosa e nela houve grandes contribuições de todos participantes.

A última etapa do projeto, que era a reunião com os representantes dos conselhos, as assistentes sociais e a coordenadora da COHUR foi realizada com sucesso, na SESAP/RN. Na reunião estavam presentes cinco assistentes sociais do HGT, entre eles, nossas duas supervisoras, duas assistentes sociais do HMWG, a coordenadora da COHUR, uma representante do Conselho de Enfermagem, um representante do Conselho de Fisioterapia. O foco da reunião, como planejado, foi a

elaboração do protocolo e nesta reunião ficou encaminhada uma discussão no HMWG e no HGT, separadamente, onde seria feito um rascunho do que deverá ser colocado no protocolo final.

A implementação do projeto de intervenção, tanto sob a nossa perspectiva quanto sob a perspectiva das supervisoras, obteve um resultado muito positivo, tendo em vista que conhecer quem são esses acompanhantes e em quais situações eles se encontram é de tamanha importância para que se possa garantir seus direitos como usuários do SUS.

A partir do nosso projeto, será elaborado um protocolo legal que respaldará os usuários e os profissionais, no que diz respeito do papel e da importância do acompanhante, em qualquer reivindicação e luta pela efetivação dos direitos. Além disso, com nosso projeto, abre-se a possibilidade da criação de um projeto, em cima do protocolo criado, para angariar recursos para o HMWG e HGT, com a finalidade de melhorar a estadia dos acompanhantes no hospital (cadeiras melhores, alimentação para todos os acompanhantes, biombos e etc), através do Prêmio InovaSUS, que disponibiliza recursos do Ministério da Saúde para projetos bem elaborados ganhadores deste Prêmio. Felizmente, o nosso projeto de intervenção tem a possibilidade de trazer benefícios contínuos e de deixar um legado para os usuários do SUS.

O interesse em estudar os temas deste trabalho em questão surgiu a partir desta experiência, ao compartilhar vivências com os assistentes sociais e com os outros profissionais de saúde do HGT.

Entre as razões que explicam a escolha do tema deste trabalho, deve-se elencar a nossa inquietação acerca dos desentendimentos, desvalorização e mitos sobre a atuação do assistente social, especificamente no âmbito da saúde, a nossa proximidade com os profissionais assistentes sociais que trabalham na área da saúde e o interesse em construir uma trajetória de atuação na área da saúde. São questões que surgem na vivência dos profissionais e por eles são sinalizadas. Sendo assim, este trabalho é de grande importância para a nossa vivência acadêmica e para o Serviço Social.

O tema foi escolhido também como forma de apresentar uma análise de desvalorização ou não da profissão de Serviço Social por parte dos profissionais do hospital em questão, pois, com base na vivência do estágio obrigatório e dos relatos

de experiências, o trabalho do assistente social numa instituição de saúde, muitas vezes, é mal interpretado e é alvo de atribuições que não lhe cabem.

Para obter os dados necessários, que nos possibilitem analisar criticamente a compreensão que os profissionais de saúde do HGT têm sobre a atuação do Serviço Social, foram aplicados, na instituição, questionários fechados cujas questões foram elaboradas no sentido de servir como base para discutir e responder, a partir dos seus resultados, as principais questões deste trabalho. A modalidade de questionário fechado foi escolhida devido à dificuldade em acessar os profissionais de saúde em um hospital onde a maioria dos profissionais trabalham numa unidade de emergência, sendo assim, perguntas abertas, apesar de trazer resultados mais satisfatórios, seria inviável e incômodo para os sujeitos. Após a coleta, foi realizada a análise dos dados, juntamente com a vasta pesquisa bibliográfica, para tentar discutir de forma clara os temas aqui discorridos.

A princípio, os questionários foram aplicados<sup>1</sup> junto aos seguintes profissionais da instituição: assistentes sociais (Questionário 1)<sup>2</sup>; médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Questionário 2)<sup>3</sup>. Sendo 4 (quatro) profissionais de cada categoria. Todos os questionários foram respondidos por cada profissional junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>4</sup>. Os questionários foram elaborados com cinco perguntas de múltipla escolha.

A fim de selecionar os 4 profissionais que seriam entrevistados realizamos um sorteio com todos os assistentes sociais que trabalham na instituição, como forma de evitar qualquer manipulação no resultado da pesquisa, questionando-os sem maiores dificuldades, já que havia um contato direto com a equipe. Já os profissionais de cada especialidade citada acima foram questionados de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade de cada um e, por causa disso, não conseguimos atingir a meta de 4 profissionais de saúde de cada profissão, o que totalizaria 32 questionários, totalizando apenas 20 questionários.

Foi necessário, então, fazer uma pesquisa bibliográfica que abrangesse a literatura sobre a saúde pública no Brasil, os aparatos normativos de atuação do

---

<sup>1</sup> A coleta de dados foi realizada em Junho do ano de 2016, no HGT.

<sup>2</sup> Em Anexos.

<sup>3</sup> Em Anexos.

<sup>4</sup> Em Anexos.

assistente social na área da saúde, assim como a bibliografia referente à intersectorialidade e imagem social da profissão.

É necessário notabilizar aqui que há uma ausência considerável de estudos na literatura do Serviço Social em torno da representação do trabalho do assistente social na área da saúde para a sociedade, para outras áreas de atuação e para os próprios usuários de serviços. Porém, no que diz respeito à base de dados sobre o trabalho do assistente social na área da saúde e a intersectorialidade, ela é satisfatória.

A bibliografia sobre o exercício profissional do assistente social, suas atribuições privativas, competências, atuação na saúde e o projeto ético-político da profissão contribui para a categoria reafirmar os fundamentos do projeto profissional e estar firmada na clareza de suas atribuições e competências. O profissional que estiver sustentado por estes pilares transparecerá com mais nitidez a importância social da profissão, do seu trabalho – seja lá em qual campo ele esteja –, contribuindo para a valorização da profissão. Sem referências e conhecimento sobre isso, perde-se o destaque para a importância do esclarecimento sobre as atribuições e competências do assistente social que rebata, diretamente, na qualidade do atendimento ao usuário. Daí vem a importância de pesquisar e aprofundar essa bibliografia.

O trabalho do assistente social, quando bem compreendido e executado, possibilita uma ação – tanto individual quanto coletiva – mais eficaz e mais completa. Para isso, as categorias profissionais entendam a saúde como direito, a importância que ocorra a humanização do atendimento, entre outras questões, sabendo que estas compreensões serão tecidas no enfrentamento das demandas do cotidiano profissional:

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas

neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional. (CFESS, 2010, p. 31)

Por isso, a explicação deste tema tem como perspectiva a realização um estudo sobre o fazer profissional do Serviço Social, discorrendo após o levantamento de dados, os relatos dos profissionais de saúde com o que deveria ser de conhecimento à sociedade sobre a profissão.

O exercício profissional do assistente social, seja em qual espaço sócio ocupacional ele esteja, por muitas vezes, é mal interpretado e a ele sempre acabam sendo delegadas tarefas que não são de competência e atribuição do profissional em questão. O estigma de uma profissão que tem como imagem “ajudar” e “fazer caridade”, assim como o estereótipo de um profissional que deve fazer tarefas que geralmente podem ser executadas por secretários ou técnicos administrativos, e que, por isso, qualquer pessoa pode atuar como assistente social, por exemplo, é, no nosso entendimento, uma reminiscência do tradicionalismo do Serviço Social.

Este tradicionalismo que, por sua vez, na década de 1930 como fruto das necessidades da burguesia, respaldado pela Igreja Católica numa estratégia adotada como força disciplinadora e desmobilizadora da classe trabalhadora e que apenas começou a se renovar e a criticar tudo que estava relacionado com o Serviço Social Tradicional, no Brasil, na década de 1970.

Segundo Netto (2005), é apenas a partir da segunda metade dos anos 1970, quando a ditadura começa a experimentar seu desgaste, que se fazem sentir no Brasil as repercussões das tendências que, na Reconceituação, apontavam para uma crítica radical do tradicionalismo.

É preciso esclarecer aqui a compreensão de que, obviamente, a profissão, aqui no Brasil, já mudou de perspectiva de atuação a partir da ruptura com o conservadorismo e se distanciou significativamente deste tradicionalismo e avança cada vez mais a passos largos.

Por isso, é de responsabilidade dos próprios profissionais assistentes sociais, o interesse na atualização e capacitação profissional, de aprofundamento e apropriação do Projeto Ético Político da profissão, principalmente no que diz respeito à eliminação de todas as formas de preconceito. É o que reiteramos com a assertiva de Raichelis (2011):

O trabalho profissional, na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais. (Raichelis, 2011, p. 427)

É na preocupação de revelar sistematicamente as questões apontadas que este trabalho será conduzido, dando ênfase à atuação profissional do assistente social na área da saúde. Aí está a relevância deste trabalho, tendo em vista que a área da saúde é onde se concentra, atualmente, um grande número de profissionais do Serviço Social, fenômeno explicado segundo Costa (2011) ao citar Nogueira (1991:2),

Diferentemente de outras áreas de produção de bens e serviços, nas da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos com função dos novos. Assim, a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho. (Costa, 2011, p. 4)

Sabendo-se, então, que o trabalho do assistente social dentro de uma equipe de saúde é imprescindível para um atendimento de qualidade ao usuário, é importante que, não só os próprios profissionais de Serviço Social, mas também os profissionais que com ele trabalhará, estejam familiarizados com as suas atribuições e competências. Isso evitará desentendimentos, mitos, desvalorização e, principalmente, entraves para que os assistentes sociais executem suas ações.

Haverá, portanto, uma tentativa de desmistificar a profissão e de fazer-se conhecer e esclarecer as atribuições privativas e competências profissionais dos assistentes sociais na saúde, às vistas dos conceitos pré-estabelecidos pelos sujeitos entrevistados na pesquisa.

Portanto, a gama de demandas sociais – além das demandas de saúde – que um hospital ou unidade de saúde recebe diariamente, faz com que a presença de um assistente social seja imprescindível. Apesar da maioria dos profissionais de saúde e dos usuários aparentemente reconhecerem a importância do assistente social nessas instituições, nota-se uma falta de esclarecimento por parte de ambos sobre o significado, atribuições e competências do trabalho dos assistentes sociais.



É neste sentido que este trabalho será dirigido para que se entenda a importância da intersetorialidade na saúde, como nova forma de se trabalhar para obter resultados mais potentes no cotidiano.

A apresentação de todas as questões relatadas acima pretende, então, fazer com que os profissionais de saúde possam estar atentos à importância das relações profissionais e da intersetorialidade na melhoria dos serviços prestados à população, na intenção de provocar o debate para mudanças na organização do trabalho em equipe e nos processos de trabalhos, ampliando o atendimento à saúde para além do foco nos procedimentos.

A exposição do tema aqui abordado para a direção e a equipe técnica do HGT pode trazer melhorias verticalizadas aos serviços prestados pelo hospital, podendo abrir as portas para um debate ampliado pela socialização e apreensão coletiva sobre o cotidiano de atividades dos colegas de trabalho, na tentativa de que os profissionais conheçam, ao menos, minimamente qual a função de cada trabalhador na prestação de serviços de saúde.

Neste mesmo sentido, tenho uma expectativa principal, que é dar visibilidade ao trabalho do Serviço Social, revelando claramente sua função e suas possibilidades na área da saúde para os trabalhadores da saúde e para a sociedade usuária dos serviços de saúde.

Todas essas questões são de extrema relevância para a produção do conhecimento no Serviço Social, tendo em vista a importância da discussão sobre o fazer profissional, já que o Serviço Social é uma profissão que abrange diversas áreas e que em cada uma delas a realidade do cotidiano será diferente, sendo os fundamentos teórico-metodológicos essenciais para uma intervenção profissional qualificada. Além disso, é de considerável valor e relevância perceber e conhecer qual impressão e estigma a profissão está transmitindo, atualmente, para seus espaços sócio ocupacionais e para a sociedade como um todo, corrigindo falhas e lacunas e mantendo o que já é satisfatório, de maneira a tentar uniformizar o seu discurso às vistas do Projeto Ético Político da Profissão.

Portanto, no primeiro capítulo discorreremos sobre a trajetória da saúde pública no Brasil, culminando no SUS na sua atualidade. Isto porque o Serviço Social está inserido na política de saúde e para este tema é imprescindível debater todas as suas nuances. Por isso, aprofundaremos o estudo, ainda no primeiro capítulo, sobre a atuação do assistente social na área da saúde.

Logo após, será feita a caracterização institucional do lócus da nossa pesquisa, o HGT, para que seja possível entender o significado dos seus resultados, ao conhecer a dinâmica, a estrutura e a configuração geral da instituição.

No segundo capítulo, após todo o aparato histórico construído sobre a saúde pública do Brasil, da compreensão dos termos de inserção do Serviço Social na saúde e dos resultados da pesquisa feita com os assistentes sociais do HGT, haverá respaldo teórico para compreender tudo isso sob o prisma da intersetorialidade, tendo em vista que é um tema relevante e cada vez mais constante na literatura sobre políticas públicas e saúde coletiva, considerando-se a conjuntura atual.

A elucidação deste assunto nos levará a compreender as possibilidades e os desafios da intersetorialidade no cotidiano do trabalho do assistente social na área da saúde e, por fim, assimilar o tema central deste trabalho ao revelar que a representação do exercício profissional do assistente social é, de maneira geral positiva e bem compreendida pelos sujeitos da pesquisa, apreendendo o que ela significa para a categoria num contexto de valorização profissional e da desmistificação da profissão.

## **2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: TRAJETÓRIA E INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Tendo em vista que este trabalho tem seu foco na atuação do Assistente Social na área da saúde, é necessário, primeiramente, situar e conhecer a fundo este espaço sócio ocupacional e suas particularidades. Por isso, será feita, neste capítulo, uma recapitulação da trajetória histórica e política da Saúde Pública no Brasil até o alcance do SUS.

Logo após, a inserção do Serviço Social na área da saúde será incorporada neste mesmo cenário. Para que haja uma contextualização do tema deste trabalho, é necessário, primeiramente, apresentar a trajetória da política de saúde no Brasil e, conseqüentemente, retratar a trajetória do SUS com sua culminância na Constituição de 1988 e outras conquistas importantes, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080). Com todo este curso elucidado, é possível, assim, enquadrar a introdução do Serviço Social e cumprir a proposta deste capítulo.

## 2.1 A trajetória histórica e política do Sistema Único de Saúde

O SUS surgiu e se estabeleceu através de um processo de lutas e de avanços históricos da saúde pública do Brasil. Por isso, não é possível estudá-lo e compreendê-lo sem antes recapitular todo o processo que culminou na sua consolidação. Cada passo desta trajetória é importante para que se possa entender a atual situação da saúde pública do Brasil e, para isso, este item começará a elucidar o desenvolvimento da mesma a partir do século XVIII, dando um enfoque maior no período do pós-guerra, principalmente no momento da ditadura militar e na década de 1980.

Segundo Bravo (2006), com a industrialização nos países centrais (em meados do século XVIII), a assistência à saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Por isso, a concretização de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência foi aprofundada com a elaboração de políticas de saúde e o surgimento de diversas propostas.

Já no Brasil, de acordo com Bravo (2006), no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, porém em decorrência das transformações econômicas e políticas no século XIX, surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. A autora (BRAVO, 2006) afirma que, nos últimos anos deste século, a questão da saúde aparece como reivindicação do movimento operário recentemente surgido e, no início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor da saúde, que serão aprofundadas a partir dos anos 1930.

Iremos nos deter, portanto, às transformações ocorridas a partir dos anos de 1930, pois o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais são os indicadores mais visíveis das alterações ocorridas no Brasil neste período.

Segundo Bravo (2006), a conjuntura de 1930 possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais de maneira orgânica e sistemática. Assim, a política de saúde fomentada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública se torna predominante até meados dos anos de 1960 e centraliza-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma mais restrita, para as do campo. Já o subsetor de medicina previdenciária, que surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender os seus benefícios para um maior número de categorias de assalariados urbanos como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. Este modelo de previdência era, portanto, de caráter contencionista.

A Política Nacional de Saúde, que começou a se estabelecer desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950, quando foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. Já no final dos anos 1940, com o Plano Salte, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado. A partir dos anos 1950 a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e se encaminhava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor se organizava e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo a privatização. Porém, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. (BRAVO, 2006)

Bravo (2006), pautando-se em José Paulo Netto, refere-se à época após 1964 destacando que, de maneira geral, o poder da burguesia inaugurou o modelo burocrático-autoritário e significou para o Brasil a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que forjou um novo país. Este processo que moldou um novo país foi um processo global e nele imbricaram vetores econômicos, sociais, políticos culturais e ideológicos, através de mecanismos coercitivos e repressivos, no quadro de estratégias de classe implicando alianças e

dissensões. Estes mecanismos foram, portanto, a solução política para a dominação burguesa e, conseqüentemente, a devastação da democracia.

Sobre a Política de Saúde na Ditadura Militar, Bravo (2006) destaca que, diante da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, ampliando a política assistencial, burocratizando-a e modernizando-a através da máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime ditatorial, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. Sobre isso, Bravo (2006) destaca que a ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho estatal, garantindo a estabilidade social e política conveniente ao capital financeiro nacional e estrangeiro. Por causa disso foram tomadas algumas medidas referentes à política assistencial como a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (os IAPs), em 1966, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, mais tarde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se estabeleceu atendendo a duas características fundamentais: o papel interventivo do Estado na sociedade e a eliminação dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Nota-se que, a partir daí, para que o indivíduo pudesse ter direito a assistência, ele deveria pagar por ela, recorrer ao atendimento em instituições filantrópicas ou estar vinculado formalmente ao mercado de trabalho. Implantou-se, portanto, um novo padrão de estrutura do setor de saúde, cujo a ênfase era a medicina previdenciária. Com isso, a dicotomia saúde pública e curativa foi instalada e, às medidas de atenção coletiva à saúde da população, foi dada pouca importância com redução dos gastos no setor. A redução dos gastos na saúde pública foi uma decisão política e não pautada por indicadores sociais, assim, a área da saúde passou a assumir um modelo orientado por valores como a lucratividade e o controle da força de trabalho. (BRAVO, 2006).

Este regime político gerou um processo de contradições e tensões devido às alternativas propostas tanto em relação às iniciativas econômicas e sociais quanto a uma outra ordem política. Atrelado a esse contexto de crise no regime autoritário, denominado por Bravo (2006) de distensão política, o final da década de 1970 e o começo de 1980 foram marcados pela grande pressão popular, reivindicações e ascensões de movimentos sociais, que contribuíram para o fortalecimento da

sociedade civil e para a ampliação das negociações e debates dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos do cidadão. A crise econômica atingiu bruscamente as camadas médias urbanas e trabalhadoras, pois a perda do poder aquisitivo do salário mínimo associada a um processo de migração intensa e urbanização desordenada aumentou a mortalidade infantil e as epidemias de meningite. Tudo isso fez reduzir significativamente as bases de apoio ao governo e, assim, o Estado se viu obrigado a expandir as políticas sociais devido, principalmente, à multiplicação das demandas sociais relacionadas com a pauperização das classes trabalhadoras e sua consequente espoliação urbana.

Bravo (2006) aponta que, a estratégia do governo foi a priorização da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares, dando destaque à previdência social. Desse modo, diversas medidas de caráter legislativo e administrativos foram tomadas, como as alterações na legislação previdenciária que a aproximaram ao modelo de seguridade social. Entre as principais mudanças é importante destacar: a inclusão do salário-maternidade nas prestações da previdência social e o amparo previdenciário para idosos maiores de 70 anos e para os inválidos que tenham contribuído ou exercido, mesmo sem contribuir, atividades vinculadas à previdência, entre outras medidas. Com essas expansões, a legislação estendeu seus benefícios e ampliou a cobertura da assistência para além da população economicamente ativa.

Outro fator que contribuiu com a expansão desta cobertura, segundo Bravo (2006), foi a ampliação do setor conveniado da medicina previdenciária, como é o caso dos convênios realizados com as universidades e secretarias de saúde, mesmo que a maioria destes continuasse sendo firmados com empresas médicas.

O Plano de Pronta Ação, implantando em 1974, e o Sistema Nacional de Saúde, estabelecido em 1975, são exemplos de medidas tomadas nas ações de saúde que contribuíram para os avanços que chegariam em 1980. O primeiro tinha o objetivo de disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergências (BRAVO, 2006).

Segundo Bravo (2006), essa medida teve grande valor político porque desburocratizou os atendimentos de emergência e permitiu a real integração da prática previdenciária às instituições conveniadas. O ponto negativo desta medida foi a impossibilidade de controle desses atendimentos pelo INAMPS, o que permitiu

inúmeras fraudes nas contas hospitalares. A segunda medida visou disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor de saúde. O projeto original criticava a filosofia liberal que desresponsabilizava o governo e ação ampliada da iniciativa privada, a solução proposta era a formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. Essa medida ocorreu num momento de conflito entre os representantes do pensamento médico-social, sendo estes progressistas, e os do setor privado (BRAVO, 2006). As pressões acerca do projeto foram intensas, ocasionando sua alteração e adotando a solução pluralística para o Sistema.

A partir do Governo Geisel (1974), as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) voltaram a ser um espaço de debate sobre as prioridades do Governo para o setor, mesmo com participação reduzida. Neste período aconteceram as V e VI CNSs, em 1975 e 1977, respectivamente. A V CNS teve grande contribuição no processo de discussão sobre os avanços da Política Nacional de Saúde, tendo em vista que consagrou teses da “medicina simplificada” e da “participação da população” e teve como tema o Sistema Nacional de Saúde, cuja lei nº 6.229 havia sido promulgada, em regime de urgência, pelo Congresso. Foi a partir desta conferência que o Ministério da Saúde tentou implementar programas de ampliação da cobertura para população rural e dos seus programas tradicionais de imunização, vigilância sanitária, entre outros. A VI CNS abriu caminho para importantes discussões sobre as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde. (Bravo, 2006)

As mudanças realizadas na Política Nacional de Saúde, de 1974 a 1979, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, essa se deu através do ressurgimento dos movimentos sociais e estes eram responsáveis pelas pressões populares (BRAVO, 2006). Segundo Bravo (2006), alguns profissionais da saúde reagiram na tentativa de transformar o setor através de modificações no sistema vigente (dicotômico, privatista, hospitalocêntrico e corrupto), porém foram de encontro aos interesses empresariais e industriais, que eram hegemônicos na definição da política de saúde. Somente de 1979, os sanitaristas usaram como estratégia a invasão no aparelho do Estado, de forma orgânica, para fortalecer o setor público, esta invasão se deu, principalmente na previdência social e no Ministério da Saúde. Na previdência os defensores do setor público eram em número reduzido e foram chamados de “publicistas” e em maior número estavam os defensores do setor público no Ministério da Saúde.

De acordo com Bravo (2006), a organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, mais tarde denominada de movimento sanitário, inicia-se na década de 1970, quando, no Brasil, houve um crescimento de encontros e produções teóricas na área da saúde coletiva, incorporando instrumental das ciências sociais. As discussões analisaram as transformações ocorridas no setor da saúde e as relacionaram com os efeitos da economia centralizadora, que piorou as condições de vida da população e dificultou o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades.

A partir disso, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura em discussão, destacam-se: os profissionais de saúde, entre eles médicos que ultrapassaram o corporativismo, representados pelas suas entidades e que defendiam questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor; os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil; o movimento sanitário, que teve como grande estimulador, articulador, veículo de difusão e ampliador do debate em torno da Saúde e Democracia e de elaboração de contrapropostas, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), entidade civil criada em 1975. (BRAVO, 2006)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos, segundo Bravo (2006) eram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

No mundo, a discussão sobre atenção primária à saúde ganhava destaque. Na Alma Ata, conferência que reuniu grande número de países, em 1978, este conceito, que significava promover saúde e prevenir doenças, garantindo a extensão dos serviços de saúde à população, foi aprovado como referência na definição das políticas de saúde. Fica claro que, ao mesmo tempo que o país vivia uma transformação social, tendo como plano de fundo a necessidade de uma



constituição cidadã em detrimento ao governo militar e o modelo dicotômico assistencial sanitaria e médico assistencial privatista, o mundo também percebia a importância da atenção primária e que o modelo vigente era obsoleto e ineficaz. (BRAVO, 2006)

Segundo Bravo (2006), é neste período que o movimento sindical se consolida, tendo em vista que a oposição às políticas salarial e trabalhista passou a ser bandeira não apenas do movimento sindical, mas também de trabalhadores. A grande reivindicação o fim da política salarial estabelecida desde 1965 e, com êxito, conseguiram obter vitória com a mudança da lei salarial, mudança que conquistou os reajustes semestrais em substituição aos anuais.

Em 1980, Bravo (2006) aponta que os movimentos sociais urbanos se ampliaram, com participações de associação de moradores, movimentos feminista e negro, movimentos que reivindicavam melhores condições de saúde e transporte de massas, entre outros. Esses movimentos lutaram por reivindicações urbanas e ampliação da participação política, exigindo melhoria dos serviços públicos. Através desses discursos, expressavam a consciência de exclusão dos benefícios que um Estado moderno deveria oferecer. Nesse período começava, então, a efervescência na cena política brasileira.

Já em 1983, inicia-se o movimento pelas eleições diretas para presidente. Através de comícios e passeatas que envolveram milhões de brasileiros e com grande participação da mídia, esta campanha canalizou a insatisfação popular. O movimento pelas diretas determinou o realinhamento das forças políticas, levando à cisão do PDS, partido vigente, com a constituição de um bloco específico, a Frente Liberal, que se transformou no Partido da Frente Liberal (PFL), e que, aliado ao PMDB, configurou a aliança democrática. (BRAVO, 2006)

Bravo (2006) afirma que, nesse momento, a política de saúde estava em crise, pois as reformas feitas no governo anterior não conseguiram dar respostas às principais questões que precisavam ser resolvidas, mostrando a defasagem do sistema de saúde pública, como já havia sido constatado em outros países. Junto a isso, o avanço das emergentes mobilizações populares fez resultar propostas questionando as políticas estatais com críticas e denúncias em relação à organização dos serviços, à desigualdade social e às distorções da Política Nacional de Saúde. O movimento dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos se ampliou nesse período, através da conquista das entidades

representativas e o dos sindicatos, antes de cunho corporativista, levantaram bandeiras contrárias à mercantilização da atenção médica e à exploração do trabalho do profissional assalariado, por exemplo. A partir disso, a relação saúde e democracia passou a ser colocada constantemente nas discussões.

Bravo (2006) destaca que o primeiro evento importante do momento no âmbito da discussão na área da saúde foi a VII CNS, foi realizada em 1980 e teve como tema central a “extensão das ações de saúde através de serviços básicos” e tinha por finalidade discutir as propostas do governo acerca das ações empreendidas pelo Ministério da Saúde com respeito à implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos.

Já a VIII CNS, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal, representou, inegavelmente, um marco no Movimento da Reforma Sanitária, pois introduziu a sociedade como um todo no cenário da discussão da saúde e, já no seu princípio, que foi fundamentado na saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mostrava seu caráter avançado. Com a Conferência, os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população. O tema central da conferência se deu em torno da “saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”; da “reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição de papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de Saúde; e do “financiamento setorial”. (BRAVO, 2006)

Na VIII Conferência, Bravo (2006) destaca que o conceito de saúde foi visto, antes de tudo, como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, e, também, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Assim, a saúde foi compreendida pela sua definição no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Outro grande avanço, foi a discussão sobre a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de

previdência, com estatização progressiva da Reforma Sanitária, um grande passo na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma.

Todo este processo culminou na promulgação da Constituição de 1988 que representou, no plano jurídico, a garantia dos subsídios legais a partir da afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

O direito à saúde é assegurado no Capítulo II da Constituição Federal de 1988: Capítulo II, dos Direitos Sociais, Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Ainda no Capítulo II, onde dispõe da Seguridade Social, na Seção II Da Saúde, a Constituição garante no Art. 196. que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No Art. 198, ainda do Capítulo II, garante que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Outra conquista importante para o processo de avanço na saúde brasileira é a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080). A Lei 8.080 sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Collor e decretada pelo Congresso Nacional, em 20 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. No Título I, das Disposições Gerais, o Art. 2º estabelece que: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Ela garante que todos os seres humanos têm direito a prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esses fornecidos pelo Estado. O dever

do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A Lei 8.080 deixa claro, também, que a saúde tem como fatores determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País, promovendo condições de bem-estar físico, mental e social. Em resumo é a lei que instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada, quando necessária, pode participar do sistema único de saúde em caráter complementar.

Vale salientar que a Lei 8.080 teve alguns pontos não sancionados pelo então presidente Fernando Collor, em resumo, tratavam-se da participação popular e transferência de recursos financeiros intergovernamentais na área da saúde, sendo necessária a criação da Lei 8.142 para suprir estes pontos.

A Lei 8.142/90 trata também da alocação dos recursos do fundo nacional de saúde, do repasse de forma regular e automático para os municípios, estado e distrito federal. Para o recebimento destes recursos, estado municípios e distrito federal devem contar com: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recurso para saúde no respectivo orçamento e comissão do plano de carreira, cargos e salários.

O SUS, baseado na constituição de 1988, constitui-se em duas ordens distintas de princípios: princípios éticos/doutrinário e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade; os segundos, em regionalização, hierarquização, participação social e descentralização. É importante que se atente ao fato destes princípios serem interdependentes, ou seja, para que se materializem, cada um deve estar funcionando e devidamente estruturado.

A universalidade consiste no direito de acesso à saúde, sendo uma obrigação do poder público garantir este direito, enfatizando também as ações públicas. Note que aqui liberta-se o cidadão da opressão de apenas o indivíduo com alto poder aquisitivo, ou profissionais ligados formalmente ao mercado de trabalho terem acesso aos serviços de saúde. Esta é uma vitória da mobilização social, que no contexto histórico se organizou para vencer um paradigma que desprivilegiava a classe trabalhadora. (Ministério da Saúde, 2009)

A integralidade é o princípio que afirma que o homem é um todo indivisível, fazendo parte de uma comunidade, portanto, as ações de promoção proteção e recuperação de saúde são também indivisíveis e não podem ser compartimentalizadas. Enxerga-se que o homem é um ser biopsicossocial, e deverá ser atendido com essa visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. É aqui que a saúde é definitivamente desprendida da dicotomia assistencial da saúde, tendo a saúde pública e as ações preventivas pertencentes à iniciativa privada ou fornecida aos profissionais formalmente ligados ao mercado de trabalho, sendo de responsabilidade de outro órgão, como o INAMPS. É com esse princípio que o Estado se encarrega de tratar o indivíduo de forma uniforme e responsável. (Ministério da Saúde, 2009)

Partindo dos dois princípios mostrados anteriormente, a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país se torna fundamental. O princípio da equidade reafirma essa necessidade por meio das ações do serviço de saúde. Ele assegura as ações em todos os níveis de acordo, com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras, ou seja, situações de desigualdade têm soluções específicas e diferenciadas que possam trazer igualdade entre os indivíduos (Ministério da Saúde, 2009). Esse princípio cai como um bálsamo sobre o mal que o capitalismo lança sobre a sociedade e a desigualdade tem a possibilidade de ser atenuada a partir do exercício da equidade, onde situações de menor privilégios requerem maiores investimento e diferentes medidas, indo-se de encontro ao neoliberalismo.

A descentralização significa uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os níveis de poder (federal, estadual e municipal).

Desta forma permitindo uma intervenção otimizada e com caráter regional, respeitando as diferenças regionais. (Ministério da Saúde, 2009)

Com a hierarquização, os serviços devem funcionar em níveis de complexidade crescente partindo-se do nível primário até o terciário.

A participação e controle social é a garantia que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todas as esferas, desde a municipal, até a estadual. Aqui entra o grande apelo popular presente nas pautas da Reforma Sanitária e VIII Conferência, que muito influenciaram nesse processo. Esta é uma conquista social contrária as classes dominantes que tinham como interesse distanciar a população das decisões na saúde. Esta participação se dá a partir dos conselhos de saúde e das conferências nacionais de saúde. As conferências de saúde são instâncias de caráter consultivo que permitem o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde e trazer novas propostas, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Sua periodicidade é estabelecida pelos conselhos de saúde não podendo ultrapassar quatro anos. Os conselhos de saúde buscam participar da saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde manifestam os diferentes interesses de segmentos sociais. Os conselhos possibilitam a discussão, a negociação de propostas e o direcionamento dos para diferentes prioridades. O conselho de saúde tem caráter permanente e deliberativo. (Ministério da Saúde, 2009)

Todos esses avanços conquistados na saúde pública abriram espaço para discussões mais profundas, pautadas sempre na busca de um atendimento de qualidade e na promoção de qualidade de vida dos usuários.

Segundo Sousa (2010), o longo processo de construção e efetivação do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que foi o marco no campo da Política de Saúde, confronta-se, a partir dos anos de 1990, com a expressão mais clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado. Seria uma reedição da estratégia privatista iniciada na década de 1960.

Seguindo as orientações do Banco Mundial, que propõe uma agenda também para a saúde, este projeto, que defende um novo modelo médico assistencial privatista, assume como principais diretrizes: a contenção dos gastos com a

racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (BRAVO, 2009).

A análise da política de saúde nos anos 2000, segundo Bravo (2002), identifica a persistência de notórias dificuldades com relação ao sistema cabendo destacar:

A lógica macro-econômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de Seguridade Social; sub-financiamento e distorções nos gastos públicos influenciado pela lógica do mercado; a desigualdade de acesso população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade; o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersectorialidade; os impasses com relação a gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários; os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face a não observância das deliberações dos conselhos e conferências e a falta de articulação entre os movimentos sociais; modelo de atenção à saúde centrado na doença; modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais; o avanço da privatização em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas; a precarização dos serviços públicos e o não privilégio da atenção primária de saúde. (BRAVO, 2009, p. 9)

Segundo Bravo (2009), todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, construída na década de 1980, permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor. O movimento sanitário, constituído de intelectuais da saúde coletiva e de alguns históricos que participaram de sua construção nos anos 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu no seu início. Identifica-se um pluralismo teórico, com a preocupação de utilizar abordagens não marxistas, o que tem influenciado nas suas posições políticas. Neste cenário, os conselhos de saúde têm tido um protagonismo, contando como principal articulador o Conselho Nacional de Saúde.

Segundo Bravo (2009), cabe destacar, como fato político importante para a articulação dos movimentos sociais, o III Fórum Social Mundial da Saúde, ocorrido em Belém do Pará - Brasil, em janeiro de 2009, que elaborou uma agenda política procurando envolver os diversos sujeitos sociais e coletivos. Como aspecto central foi evidenciado o questionamento do sistema atual de acumulação capitalista concentrador de renda, excludente e construtor de inaceitáveis desigualdades.

Este fórum ressaltou como desafio a construção de um amplo movimento contrahegemônico na defesa de um novo processo civilizatório que retome o ideário de construção do socialismo como processo de radicalização da democracia e de emancipação humana e política. A garantia da Seguridade Social universal, integral, com justiça social e equidade é um valor estratégico desse processo. O universalismo deve implicar a garantia do acesso a todas as pessoas a partir do financiamento efetivo do Estado e não pode ser flexibilizado. Para avançar na mobilização foi convocada a I Conferência Mundial pelo Desenvolvimento dos Sistemas Universais de Saúde e de Seguridade Social a ser realizada, em Brasília. (BRAVO, 2009)

Considera-se fundamental esta agenda de mobilização e construção da consciência sanitária, pois só o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura e a organização dos movimentos sociais poderão fazer face a crise estrutural do capitalismo (BRAVO, 2009).

Após a construção desse aparato teórico sobre a política de saúde no Brasil, cabe, agora, discorrer sobre a inserção do Serviço Social está inserido nesta política. Por isso, aprofundaremos o estudo, a partir da próxima seção, sobre a atuação do assistente social na área da saúde.

## **2.2 O trabalho do Assistente Social na área da saúde**

O trabalho do Assistente Social sempre vinculado com a saúde. Entretanto ocorreram muitas mudanças nos cenários de cada época que subsidiaram transformações na profissão em si e na ação profissional.

Segundo Bravo (2007), como profissão histórica e socialmente determinada, o Serviço Social sofreu profundas modificações após 1964. De acordo com a conjuntura da época e as transformações sofrida no país o Serviço Social passou a ter a incorporação de um novo referencial teórico cultural e ideológico em detrimento a autocracia burguesa que vigorava até então. Neste contexto surgiram novas demandas práticas que modificaram a prática profissional. A dinâmica vivida na época e a crise do ciclo ditatorial modificou, em vários aspectos, a profissão do



Serviço Social, porém com maior impacto em dois níveis: o da prática e o da formação profissional.

O processo de modernização engendrou um novo mercado nacional de trabalho para os Assistentes Sociais. Com a reestruturação do Estado, cria-se uma demanda técnica social para atuar nessas novas áreas de trabalho, que teve como início as modificações no serviço previdenciário, evoluindo para vários âmbitos com uma nova inserção e especialização do Serviço Social no chamado “serviço público”, decorrente do elenco mais amplo das políticas sociais e das sequelas do modelo econômico. Neste contexto, havia a exigência de um profissional especializado no manejo da burocracia desses organismos para implementação de respostas a essas demandas. O assistente social passou a precisar desenvolver estratégias a fim de responder com eficiência e eficácia ao novo modelo pós 1964 que atua às exigências da política de desenvolvimento com segurança. Essa mudança, na verdade, foi uma atualização do conservadorismo da profissão que a adequou às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora. (BRAVO, 2007)

Segundo Bravo (2007), o outro grande impacto foi na produção desse novo profissional requerido, ou seja, na formação profissional. Abandonou-se o confessionalismo, paroquialismo e o provincianismo que historicamente marcaram o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social e ampliou-se para a constituição de cursos de Serviço Social, além de incorporar a maioria das escolas isoladas da universidade. Este impacto veio de forma multifacetada e contraditória ao perfil da formação profissionalismo. De um lado, observou-se preocupações técnicas-profissionais voltadas às Ciências Sociais, numa profissão sem tradição intelectual e investigativa. Por outro lado, a expansão do curso exigiu o recrutamento de novo pessoal docente, principalmente jovens que, pela sua permanência na academia, permitiu surgir uma massa crítica e teorizada, antes inexistente.

Em resumo, essa “modernização conservadora” reconfigurou a base de legitimidade profissional a partir das novas exigências do mercado de trabalho e do quadro de formação para ele. É neste cenário que ocorre o processo de renovação do Serviço Social, com propostas inovadoras de cunho teórico-metodológico com divergências entre as concepções e práticas, ou seja, uma discussão teórico-metodológica nunca existida. (BRAVO, 2007)

No período de 1965 a 1975, a instituição chamada Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais monopolizou os mecanismos

impulsionadores da reflexão crítica profissional. Ela foi o principal veículo responsável pela produção e reprodução teórica do Serviço Social com a realização de seminários marcantes como o de Araxá e Teresópolis, em 1967 e 1971, respectivamente. O CBCISS difundiu a perspectiva modernizadora e adequou o Serviço Social às novas exigências. Em meados de 1973, surge uma contraposição, na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, a essa tendência com o intuito de romper com o Serviço Social modernizador, incorporando categorias marxistas e teve suas produções intituladas “Método de Belo Horizonte”. Esse fato refletiu o revigoramento da crítica no Serviço Social surgido na década de 1970. (BRAVO, 2007)

Contudo, segundo Bravo (2007), a crítica iniciada pelo Serviço Social na década de 1960 teve pouca repercussão na área da saúde. O II Congresso Brasileiro de Serviço Social, em 1961, definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde e o tratamento da doença. E assim este era, até o final da década de 1970, o objetivo da atuação profissional na área da saúde. O único aspecto inovador relacionado ao Assistente Social na saúde deste Congresso foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Já em 1972, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, criado para definir a política de ação do Assistente Social. Na saúde a atuação do profissional se dava com a participação no programa, desenvolvendo atividades educativas que visassem à proteção e recuperação da saúde, atingindo os beneficiários nas unidades médico-hospitalares e ambulatoriais do INPS. (Bravo, 2007)

Neste contexto, portanto, Bravo (2007) afirma que a ampliação do mercado de trabalho para os Assistentes Sociais era uma resposta institucional ao agravamento das condições das classes trabalhadoras, que acarretava piora nas suas condições de saúde. Percebe-se que o Assistente Social se tornou o “profissional da assistência”, racionalizando e administrando os recursos institucionais para a prestação de serviços, atuando por meio da coerção e do consenso.

As produções relacionadas à saúde surgidas nesse cenário enfatizam o aperfeiçoamento do instrumental operativo, as funções e atribuições do Assistente Social, com o objetivo de orientar a otimização da prática, sem aprofundamento teórico na análise. (BRAVO, 2007)

Em síntese, de acordo com Bravo (2007), o sentido da prática profissional do Assistente Social na saúde está na ação da prática curativa na assistência médica previdenciária, sem enfatizar a saúde pública, mas, sim, nas técnicas de intervenção, na burocratização das atividades, na “psicologização” das relações sociais e na concessão de serviços como doação, não como direito. Quanto ao aspecto educativo da profissão, sua atuação estava centrada nas práticas terapêuticas, preventivas e promocionais, visando o controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria da sua própria saúde e reduzindo sua ação a técnicas pedagógicas desarticulados dos determinantes da questão social.

Bravo (2007) aponta que as transformações ocorridas no Serviço Social nesta época estavam completamente relacionadas às alterações na política de saúde, o que implicou na reafirmação da subordinação da profissão às necessidades da política de dominação da classe trabalhadora.

Bravo (2007) afirma que, a partir de meados da década de 1970, surgem outras duas direções, após a modernização do Serviço Social: a “reatualização do conservadorismo” e a “intenção de ruptura”. A primeira é a vertente que recupera os elementos conservadores da profissão, nos domínios da auto representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, negando a tradição positivista e referências ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana. Esta visão, travestida de modernidade, nada mais é que uma releitura do pensamento católico tradicional, feita através da fenomenologia. A segunda vertente possui como base a crítica ao desempenho profissional e seus respaldos teóricos, metodológicos e ideológicos, mostrando uma pretensão de romper com a herança do pensamento conservador da profissão, recorrendo progressivamente à tradição marxista.

Nesse contexto, o Plano Básico de Ação do Serviço Social começa a ser questionado pelos profissionais da instituição e, como consequência, a partir de 1976 por iniciativa da Coordenação do Serviço Social, iniciou-se um processo de estudo e avaliação, em nível nacional, dos programas de Serviço Social do INPS. Os programas avaliados inicialmente foram: Assistência aos Idosos, Capacitação para o

Trabalho e Esclarecimento e Mobilização de Recursos. O objetivo era, a partir dos resultados, propor medidas para corrigir distorções e ampliar a ação do Serviço Social. (BRAVO, 2007)

Após a separação do INPS e INAMPS e a criação do SINPAS, formou-se um grupo de assistentes sociais para subsidiar a estruturação do Serviço Social no INAMPS, focalizando as reivindicações na tentativa de garantia do “status quo”, porém, apesar das propostas apresentadas, o Serviço Social não conseguiu ficar na mesma posição que tinha no INPS, o que provocou reações entre os profissionais, que, mesmo se articulando, não conseguiu contornar a situação. Com isso, percebe-se que o Serviço Social tem um papel considerado periférico e subsidiário, não conquistando posição na estrutura institucional. (BRAVO, 2007)

Em resumo, Bravo (2007) destaca que a categoria não conseguiu modificar sua orientação de sua ação profissional na saúde, apesar do seu processo de organização e do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e dos movimentos sociais e movimento geral da sociedade determinados pela correlação de forças. O surgimento do movimento sanitário também não obteve grande repercussão na categoria. Assim, a prática profissional continuou a ser norteadada pela direção norteadora com uma ação predominante rotineira e burocratizada, com ênfase na racionalidade e seletividade.

Bravo (2007) afirma que, a partir de 1979, perspectiva da “intenção de ruptura” se ampliou, devido a progressiva abertura política e, conseqüentemente, das liberdades democráticas. Há um avanço para elaborações crítico-históricas mais abrangentes, procurando-se pensar na própria instituição Serviço Social e obedecer a exigências intelectuais rigorosas, repondo a política e a história como objetivos inelimináveis e possíveis de reflexão, diferentemente do marxismo estruturalizado, que não contempla a historicidade.

No que refere à prática profissional, alguns avanços foram conquistados, de forma morosa. Houve, porém, a ampliação da concepção de instituição e da política com o auxílio do referencial analítico de Gramsci. As instituições são consideradas como espaço que reflete o antagonismo da sociedade e suas contradições, sendo esta modificada em face da correlação de forças que se altera historicamente. (BRAVO, 2007)

Contudo, na saúde, os profissionais continuavam distantes dos avanços e dos aprofundamentos teóricos ocorridos no Serviço Social e até mesmo os adeptos da

vertente “intenção de ruptura” não conseguiram redefinir seus objetivos no padrão de intervenção com estratégias teórico-político-ideológicas que pudessem deslocar a profissão da execução terminal das políticas de saúde. Uma das razões desse fato está no não engajamento no “movimento sanitário” dos profissionais. Com isso, os assistentes sociais ficaram marginalizados no processo de reelaboração do setor de saúde. (BRAVO, 2007)

Nota-se, portanto, que, nesta conjuntura, alguns avanços foram conquistados em decorrência da mobilização da sociedade e sua repercussão na categoria, que forneceu indicações para a prática profissional. Foi necessário um arcabouço teórico que contemplasse conceitos como revisão da concepção da saúde e da política social numa perspectiva histórica e globalizante. Entretanto, como foi ressaltado anteriormente, as conquistas foram reduzidas por não se conseguir acompanhar o movimento desenvolvido pelos sanitaristas que traçaram uma estratégia de modificação das políticas sociais via penetração no aparelho do Estado, que vai efetivar-se organizadamente na transição à democracia. (BRAVO, 2007)

A partir de 1985, a “intenção de ruptura” consegue se estabelecer no cenário do Serviço Social (sem anular as outras duas) e adentra nos debates da categoria e influencia as produções intelectuais. A vertente se direciona à tradição marxista para analisar a atualidade profissional em todos os seus âmbitos. Contudo, mais uma vez, o Serviço Social fica de fora na intensa mobilização feita através de seminários e encontros promovidos pelas entidades saúde pública para elaborar propostas alternativas de políticas sociais de saúde e ocupar o aparelho de Estado com atores comprometidos com essas modificações. Os adeptos à nova vertente continuaram na academia apenas dando suporte aos profissionais que atuavam nas instituições através de assessorias. Portanto, o Serviço Social continuou na execução terminal das políticas sociais nas instituições. Ainda assim, houveram contribuições relevantes neste cenário no que diz respeito às posturas críticas dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989, na apresentação de trabalho nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, as propostas de intervenção formulada pela categoria para a profissão no INAMPS e a articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais com outros conselhos profissionais da área da saúde. (Bravo, 2007)

O Serviço Social na década de 1990, Bravo (2007) afirma, é caracterizado pelos avanços da vertente vigente no Serviço Social, tanto no aspecto político,

institucional e acadêmico. No âmbito político, durante toda a década as entidades nacionais de representatividade, como ABESS/ABEPSS, CFAS/CFESS e Sessune/Enesso, são dirigidas e eleitas democraticamente por projetos políticos progressistas. No institucional, a promulgação do Novo Código de Ética do Assistente Social, em 1993, e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) são avanços importantes para a categoria, constituídos em fóruns com participação coletiva. No aspecto acadêmico, as reflexões iniciadas anteriormente são aprofundadas e revistas, percebendo-se o uso de autores da tradição marxista.

De acordo com Bravo (2007), esses avanços provocam rebatimentos no Serviço Social na área da saúde, que precisam ser analisados com a preconização de que, neste período, a implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal do país estavam se consolidando.

Este projeto redesenha o modelo médico-assistencial privatista, culminando com uma proposta de política de saúde voltada para o mercado. Essa é uma década politicamente marcada por um ataque aos princípios democráticos – inclusive aos da Constituição de 1988, à Lei de Regulamentação da Profissão e ao Código de Ética do Assistente Social – devido ao massivo incentivo ao êxito da ideologia neoliberal. Este processo traz consigo a defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho em que a precarização e a redução de conquistas sociais e trabalhistas são as principais propostas da estratégia de rearticulação do capital. Além do discurso de que a globalização é um processo incontestável, fazendo-se necessário, de qualquer maneira, entrar nesta realidade. O que, na verdade, são apenas formas de garantir a sobrevivência e manutenção do capitalismo, tendo em vista sua crise estrutural. (BRAVO, 2007)

De acordo com Matos (2003), na década de 1990, o Serviço Social continua desarticulado do movimento sanitário que, por sua vez, não detém mais a hegemonia no debate da saúde coletiva. Porém, o debate deste cenário passa pela compreensão de que o sistema capitalista é inviável na realização de uma sociedade igualitária e, em consequência disso, pela defesa de políticas sociais que amenizem os efeitos desse sistema, entendendo-as como reapropriação do excedente de mão-de-obra gerado pelo próprio trabalhador, retirado pelo capital.

Já na atualidade, a disputa entre os dois projetos societários distintos se expressa, na saúde, entre o projeto neoliberal e o projeto da reforma sanitária. O

debate no Serviço Social mantém uma relação intrínseca com o projeto da reforma sanitária, pautando-se nele e nos princípios ético-políticos profissionais. Isto porque ambos estão voltados para o mesmo projeto societário, vinculado aos valores da defesa da justiça social, democracia e igualdade. (BRAVO, 2007)

A partir disso, é preciso dizer que a atuação do Assistente Social na saúde, que queria ter os valores citados acima como norte, deve necessariamente estar fundamentada nos valores e princípios do projeto ético-político profissional e da reforma sanitária.

É neste sentido que se torna importante destacar que as atribuições e as competências dos profissionais de Serviço Social realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, precisam ser orientadas e norteadas, também, pelos direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

Entre as diretrizes elaboradas para rever a prática profissional a partir das demandas e necessidades da classe trabalhadora, vale destacar:

A elaboração e encaminhamento de programas que possibilitem a formação de consciência crítica dos usuários em detrimento aos programas assistencialistas, modificando seu caráter desmobilizador; a perspectiva dos serviços sociais como direitos e não como doação; a concepção do usuário da instituição de forma desfragmentada, considerando as relações sociais e a historicidade do sujeito; a luta pela democratização das instituições, com o intuito de abrir espaço para participação de setores populares; a articulação e incentivo das reivindicações dos movimentos sociais; fiscalização e provimento de informações a sociedade civil; a formação profissional contínua, no sentido de estimular o embasamento teórico nas categorias marxistas, para compreensão do processo histórico da sociedade e análise da conjuntura para que se possa viabilizar a construção de estratégias de ação. (CFESS, 2010, p. 26)

No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; livre exercício das atividades inerentes à profissão; participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos

de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Quanto aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; exercício do Serviço Social sem discriminação.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social, para atuar nas distintas políticas sociais, necessita afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe:

A leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida; identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade; formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros,



materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 39)

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber: apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

É necessário apontar também para a Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

No artigo 5º, apresenta como atribuições privativas do Assistente Social:

Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de

Serviço Social; assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social; realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde que serão abordadas a seguir nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Para explicitar esses parâmetros é importante caracterizar o entendimento de ação profissional que, segundo Mioto (2006 apud MIOTO; NOGUEIRA, 2006), se estruturam apoiadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

De acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que

garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 18)

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi acenado. Por isso, alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento.

Assim, como também foi discutido anteriormente, o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei no 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei no 8.080/90, artigo 3º).

De tal modo, o movimento de Reforma Sanitária, ao defender essa definição de saúde, salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença. Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Nota-se, assim, a consonância entre os princípios da reforma sanitária e os princípios norteadores da profissão.

Isso pode explicar o motivo pelo qual a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas

últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores. (CFESS, 2010)

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos, pois apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, há muito para se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. É um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo. (CFESS, 2010)

Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade. (CFESS, 2010 apud ROBAINA, 2009).

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem, portanto, transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que

são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. Para isso, a elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental. (CFESS, 2010)

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais. (CFESS, 2010)

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas. (CFESS, 2010)

O que foi observado no campo de estágio, na pesquisa realizada e na aplicação dos questionários, é que não existe a possibilidade de visita domiciliar realizada por assistentes sociais no HGT. Tanto pela própria dinâmica e logística do trabalho cotidiano, que não dispõe de transportes institucionais para a realização dessa ação e impossibilita o profissional de ausentar-se da instituição, pelo fato de existir, diariamente, no máximo, três profissionais para todos os setores do Hospital, o que deixaria descoberto algum setor e atrapalharia o fluxo das atividades. A visita domiciliar, no caso do HGT, seria de extrema relevância, visto que a maioria das doenças tratadas na instituição são, praticamente, resultados das questões sociais

vividas pelos indivíduos e que os tratamentos que têm continuação em domicílio podem ser interrompidos por essas mesmas questões.

Vale salientar também que não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. Ressalta-se que essas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (IAMAMOTO, 2002).

Diante disto, a saber, as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos. (CFESS, 2010, p. 34)

Diante do exposto, é possível compreender como a profissão se insere na área na saúde e quais as competências, atribuições e atividades do Assistente Social neste campo.

Com isso, é oportuno explicitar, aqui, a análise dos dados dos questionários aplicados aos profissionais de Serviço Social do Hospital Giselda Trigueiro. Fazendo um levantamento dos dados coletados após a aplicação dos questionários, consegui encontrar profunda consonância dos entendimentos dos profissionais com os aparatos normativos para uma atuação competente do assistente social na saúde.

### **2.2.1 O trabalho do assistente social no Hospital Giselda Trigueiro: análise de dados**

Primeiramente, para mapear e identificar a atualização dos profissionais e sua influência nas respostas seguintes, foi feita a segunda pergunta e obtive os seguintes resultados: “Quando você concluiu o curso de graduação?”, cinquenta por cento dos entrevistados concluíram a graduação entre os anos de 1981 e 1990 e cinquenta por cento dos entrevistados se graduaram em 2001 e 2015. Esse resultado e a nossa convivência no estágio, mostra que a equipe é realmente composta por profissionais que estão atuando há décadas e também por profissionais que estão atuando depois dos anos 2000.

A segunda pergunta colocada “O que você entende como saúde?”, foi feita com a intenção de sondar o pareamento dos profissionais com o conceito de saúde estabelecido pela reforma sanitária. A resposta “É o bem-estar de um indivíduo em relação às suas boas condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, saneamento básico, entre outros.”, obteve a maioria absoluta das respostas. O que deixa claro a consonância dos profissionais com a concepção de saúde estabelecida pela reforma sanitária e a apreensão do indivíduo feita de maneira totalizante.

A seguinte questão: “Qual o seu papel no hospital?”, direcionada aos assistentes sociais analisa a principal discussão deste trabalho e revela em qual sintonia se encontra estes profissionais em relação aos aparatos normativos que

norteiam a sua atuação na área da saúde, assim como a auto imagem<sup>5</sup> da profissão. A resposta “Fazer uma escuta qualificada do usuário e apresentar estratégias de intervenção na sua realidade, com o objetivo de viabilizar o acesso do mesmo aos direitos sociais.”, obteve a maioria das respostas”, o que mostra a consciência respaldada destes profissionais em relação ao seu real papel na instituição, mesmo diante das deturpações cotidianas da sua função, por parte das ações dos outros profissionais, no Hospital.

O questionamento “Quais as principais demandas e encaminhamentos que você realiza?”, também faz parte da principal questão abordada neste tema, pois responde quais devem ser as verdadeiras atividades realizadas pelos assistentes sociais no seu cotidiano profissional. As alternativas foram escritas a partir da minha experiência no campo de estágio e da primeira pesquisa realizada por mim, no Hospital Giselda Trigueiro e cem por cento dos profissionais questionados, que se sentiram contemplados com a descrição das atividades mais comuns realizadas no seu dia a dia, sendo estas: “Acolhimento, avaliação do perfil sócio-econômico do usuário através do formulário de entrevista social e da escuta qualificada; visita leito a leito e atualização do censo; encaminhamentos para a rede sócio-assistencial; orientações e informações sobre os direitos e deveres relacionados à realidade do usuário, seja fora ou dentro do hospital, participação nos meios de gestão compartilhada, entre outros.”

O questionamento “No hospital existe a possibilidade de um trabalho multiprofissional ou alguma relação do seu trabalho com o trabalho dos demais profissionais? Se sim, quais são esses profissionais?”, abre caminho para o próximo capítulo, onde será discutido a intersetorialidade e será revelado entendimento dos profissionais de saúde acerca do trabalho do assistente social.

A alternativa “Sim. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas.” alcançou cem por cento das escolhas. O que já sinaliza a existência da intersetorialidade com a maioria dos profissionais no trabalho realizado no Hospital. Esta última questão preconiza a abordagem que será feita a seguir na discussão que elucida a intersetorialidade na saúde e oferece respaldo para tratar da principal questão que é “o exercício

---

<sup>5</sup> Discorreremos sobre este tema em sessões posteriores.



profissional do Assistente Social sob a ótica dos outros profissionais do Hospital Giselda Trigueiro”.

Contrariando minha expectativa de que os profissionais formados há mais tempo pudessem se equivocar na escolha das alternativas, houve um ótimo entendimento de todos os profissionais acerca das questões apresentadas, mesmo que isso possa não corresponder à realidade cotidiana de um ou de outro. É necessário entender que a possibilidade de não correspondência tanto pode ser originada pela falta de empenho pessoal, quanto pelas diversas questões que afetam diretamente o trabalho do profissional, como a própria precarização do trabalho anteriormente citada e os limites impostos pela instituição. São muitos desafios a serem superados cotidianamente para que se obtenha a prestação de serviços sociais com qualidade e, mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este mancha direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

Para podermos compreender a fundo o significado dos resultados desta pesquisa apresentada e da segunda parte da pesquisa feita com os demais profissionais de saúde, é importante conhecer a dinâmica, a estrutura e a configuração geral do lócus da pesquisa, o HGT.

### **2.3 Hospital Giselda Trigueiro: caracterização institucional**

No período da Segunda Guerra Mundial em 1943, o hospital inicialmente denominado Hospital Evandro Chagas começou suas atividades, no momento em que Natal, durante o conflito, tornou-se conhecida como “Trampolim da Vitória” pelo fato de servir como base de apoio à travessia de aviões do Atlântico Sul e se ocorresse uma eventual invasão ao continente, localizava-se num ponto estratégico para atacar o Canal do Panamá, e logo mais foi à sede da Conferência de Natal recebendo os presidentes do Brasil e dos Estados Unidos, respectivamente Getúlio Vargas e Franklin Delano Roosevelt, sendo a partir desse encontro que surgiram acordos que deram origem à Força Expedicionária Brasileira (FEB), e

posteriormente a ajuda de Roosevelt na construção da Companhia Siderúrgica Nacional, em troca de instalações de base militares no Nordeste. (CASCUDO, 1999)

Em 1954, o presidente Vargas comete o suicídio o que leva a ascensão de Café Filho para a presidência do Brasil, que não cumpriu seu mandato integral, mas apenas por 14 meses, pois licenciou-se por motivos de doença e foi impedido de retornar ao cargo pelas mesmas forças contrárias a Getúlio; ele era potiguar e morou no bairro das Rocas, o que fez se aproximar das pessoas humildes, principalmente pescadores. (CASCUDO, 1999)

Nessa época o hospital era frequentado por pessoas com doenças infecciosas, as quais ficavam isoladas do convívio das famílias e da população, pois aquelas eram estigmatizadas e vistas como algo mal para a convivência social, pois na década de 1980 as taxas de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) giravam em torno de 6,1 dos óbitos por 10.000 homens e 4,3 por 10.000 mulheres, e em 1990 essas taxas diminuíram, permanecendo elevadas para os homens, e nesse mesmo ano os riscos de morte caiu para ambos os sexos. Logo, em 1982 acontecia à expansão econômica do Estado, o turismo crescia e com ele as taxas de homicídio, nesse ano o hospital passou por uma junção e foi associado ao Sanatório Getúlio Vargas que tratava de pessoas com tuberculose pulmonar, prestando serviços e tratamento a estes. (SESAP, 2015)

O nome da instituição passou a ser Hospital Giselda Trigueiro em homenagem à primeira diretora do hospital Dr<sup>a</sup> Maria Giselda da Silva Trigueiro, após sua morte, e hoje podemos compreender o possível motivo deste não ser localizado em uma região central, pelo fato de antigamente ser um sanatório que tratava os tuberculosos onde eram isolados do convívio com a família e a sociedade, e até as visitas eram proibidas, tendo em vista o preconceito e a discriminação com esta e outras doenças infectocontagiosas como a AIDS. (SESAP, 2015)

O HGT é uma instituição de caráter público que tem como missão “promover atenção integral aos usuários com doenças infecciosas, garantindo qualidade, resolutividade e humanização da assistência, com ética e responsabilidade social, de acordo com os princípios do SUS”<sup>6</sup>, é caracterizado pelo seu serviço de assistência especializada de nível terciário à saúde, sendo referência para o Estado

---

<sup>6</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

do Rio Grande do Norte em doenças infectocontagiosas, informação toxicológica e imunobiológicos especiais.

Além disso, têm um papel relevante tendo em vista ser um Hospital de Ensino onde funciona o Departamento de Infectologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como também de disciplinas de diversos cursos da área da saúde, dentre elas, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Serviço Social, em nível de graduação e pós-graduação sendo importante campo para as atividades de pesquisas e desenvolvimento científico. Ao longo dos 27 anos dessa parceria tem sido proporcionado o aperfeiçoamento e especialização de médicos através de Programas de Residência Médica reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), e também serve de campo de estágios para outras universidades e escolas privadas da capital.

Na busca de um novo modelo de atenção, o HGT tem se comprometido com o desenvolvimento de ações que garantam a sociedade o acesso a uma saúde pública qualificada e humanizada, no intuito de atender as necessidades dessa população prestando atendimento ambulatorial e hospitalar destinados 100% ao SUS, oferecendo inclusive o Programa de Internação Domiciliar (PID) que atualmente chama-se Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), para dar suporte aos idosos em suas residências. Os principais serviços ofertados pela instituição são urgência e emergência com atendimento 24 horas em doenças infecciosas para crianças e adultos, profilaxia antirrábica, antitetânica, antipeçonhentas, onde são realizados 6.000 atendimentos/mês<sup>7</sup>. O Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) e o Centro de Informação Toxicológica (CIT) também funcionam durante as 24 horas, com atendimento a rede pública e privada.

O atendimento ambulatorial da instituição tem os serviços especializados em Infectologia, Doenças de Chagas, Hepatites, Hanseníase, HIV/AIDS, realizando em média 1.300 atendimentos/mês<sup>8</sup>; possui internação no Hospital Dia<sup>9</sup> para pessoas que convivem com HIV/AIDS, bem como os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e

---

<sup>7</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

<sup>8</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

<sup>9</sup> O Hospital Dia faz parte do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) aos portadores de HIV/AIDS com serviço ambulatorial para os pacientes, sejam adultos ou crianças, que precisam de tratamento e/ou medicação injetável, funcionando no horário das sete da manhã a cinco da tarde.

Tratamento – SADT, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e SAD.

Agora falando um pouco da estrutura do hospital e dos atendimentos em geral, ele realiza em média 110 internações/mês<sup>10</sup>, possuindo 103 leitos<sup>11</sup> para os internamentos dispostos entre quatro enfermarias compartilhadas, são elas, o Misto I (meningite, hepatite, malária, calazar, dengue, etc.), Misto II (AIDS), Tisiologia (tuberculose) e Pediatria (meningite, varicela, pneumonia, AIDS, calazar, etc.), a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e os isolamentos, além de 16 leitos de observação do Pronto Socorro e 05 leitos em regime de Hospital Dia para as pessoas que convivem com HIV/AIDS, sendo assim atende aos princípios doutrinários do SUS, ou seja, a universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, com organização dos processos de trabalho e do atendimento através dos parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O HGT tem ainda o apoio de outros serviços, são eles: Serviços de Análises Clínicas e Microbiológicas; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Serviço de Suporte Nutricional e Dietético; Serviço de Assistência Farmacêutica; Serviço de Diagnóstico por Imagens; Serviço de Assistência Social; Residência Médica em Infectologia; Serviço de Enfermagem e Serviço de Fisioterapia.

O Hospital Giselda Trigueiro está localizado na Zona Oeste da cidade do Natal, onde se sobressaem três principais bairros, conforme o especialista em Políticas e Gestão em Segurança Pública Ivenio Hermes, são estes: Quintas, Planalto e Felipe Camarão, sendo o primeiro onde se encontra a instituição aqui retratada. O hospital localiza-se em frente à linha do trem e no outro lado existe a presença de casas aparentemente humildes, visualizando desse lado abaixo da linha ferroviária um bueiro despejando decretos e também um amontoado de lixos e mato; o bairro das Quintas é alvo do aumento crescente da violência gerando assaltos e homicídios diários que podemos perceber ao assistir os noticiários locais, devido às rixas que envolvem a comercialização de drogas e as rivalidades entre facções criminosas ligadas a torcidas de futebol que levam terror à região.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1996), apontavam que a região oeste da cidade era campeã em incidência de homicídios e

---

<sup>10</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

<sup>11</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

concentrava o maior índice de ações transgressoras cometidas por jovens, ao mesmo tempo em que os jovens também são vítimas de diversas formas de violência: abusos sexuais, abandono, consumo de drogas, espancamentos, inclusive de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, trabalho infanto-juvenil, principalmente em atividades ilícitas como o tráfico de drogas, práticas afetivo/sexuais com exposição à gravidez precoce e DSTs/AIDS, além de apresentar os piores indicadores sociais.

Esse panorama geral foi apenas para situar à realidade local da instituição e até para compreender o fato de existir demanda que parte desse bairro, assim destacamos, que as principais demandas do HGT são dos bairros da zona Norte e Oeste da cidade, mas também tem-se da Zona Leste, Mãe Luiza e Rocas principalmente, como também de muitos interiores do Rio Grande do Norte, e que a um número irrelevante de pacientes da zona Sul<sup>12</sup>, onde estão os bairros mais ricos e urbanizados, porém isso não significa que essas doenças não sejam acometidas por esses moradores, apenas eles tem poder aquisitivo para se tratarem em hospitais privados, enquanto a maioria da população que reside nos bairros mais periféricos e com relevante índice de violência tem nas suas condições objetivas fatores primordiais que os tornam mais “vulneráveis” a certos tipos de doenças pela falta de higienização, saneamento básico e até mesmo de informação, principalmente os que são do interior, pois muitos não possuem conhecimento prévio sobre a AIDS, por exemplo, disseminando só aquilo que ouve e com muito preconceito.

É relevante dizer que muitos pacientes são dos interiores, apesar da maioria ser da região metropolitana de Natal, há também um número considerável de pessoas em situação de rua que são atendidas pelo hospital, em sua maioria usuários de drogas, e o que acontece constantemente é querer fazer do HGT uma moradia, e os que estão internados quando recebem alta médica não aceitam sair do hospital, ou às vezes voltam com alguma queixa, mas sem a necessidade de internamento.

Ainda relatando sobre a demanda, em 2014, a direção do Hospital Giselda Trigueiro implantou a chamada “porta regulada”, que tem como filosofia aguardar e recepcionar apenas o paciente que tenha sido avaliado pelo médico das unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e se for detectada a premente

---

<sup>12</sup> Informação obtida no próprio HGT, nas vivências do estágio obrigatório, no ano de 2015.

necessidade de encaminhamento para a instituição, realizando o acolhimento dos pacientes referenciados via regulação médica, ou seja, aqueles que são encaminhados por outros serviços de saúde. Com isso, o número de atendimentos diminuiu consideravelmente resultando na melhora do trabalho da equipe dos servidores que atuam no Pronto Socorro que podem trabalhar com mais eficiência no tratamento de cada paciente, evitando assim uma dedicação longínqua a atendimentos de baixa e média complexidade, em detrimento de atendimentos graves que deveriam ser a prioridade do HGT, como acontecia antes desse sistema de regulação.

A instituição tem com essa forma de regulação de entrada no Pronto Socorro o objetivo possibilitar que a unidade hospitalar cumpra sua missão, atendendo com qualidade os pacientes com demandas adequadas ao perfil do hospital, destinado a serviços terciários de doenças infectocontagiosas, é dessa maneira que a demanda chega ao hospital, ocorre de forma espontânea desde que encaminhada por outro serviço de saúde e/ou esteja dentro do atendimento específico a doenças infectocontagiosas. Os internamentos de pacientes que vem de outras unidades de saúde, ou aqueles que serão transferidos para o HGT são realizados pelo Núcleo de Regulação Interna (NIR), localizado no setor do Pronto Socorro. É importante ressaltar que o hospital não “fecha as portas” para os pacientes que chegam precisando de um atendimento emergencial, mesmo que não sejam doenças infectocontagiosas, mas após os procedimentos médicos há o encaminhamento destes para hospitais gerais, tendo em vista também a precarização da saúde pública, das peregrinações que muitos precisam fazer para conseguir atendimento, não se pode negar o direito à saúde.

Ao longo desse tempo que estivemos na instituição, acompanhando as entrevistas sociais com os acompanhantes outras com os pacientes, tentamos compreender a situação objetiva, especificamente as condições econômicas, porém com base no pouco que falavam, e nas conclusões que tirávamos deste diálogo, sendo assim percebemos que poucos trabalham de carteira assinada, muitos têm vínculos trabalhistas informais, fazem bicos, outros desempregados, filho solteiro que mora com a mãe vivendo de sua aposentadoria, e alguns recebe Bolsa

Família<sup>13</sup>, e quando visitamos a pediatria com a assistente social colega da minha supervisora, a mãe de um bebê que tinha mais três filhos recebia o valor do Bolsa Família destes, e o marido estava desempregado, logo era o benefício que os sustentavam.

Assim, concluímos que os pacientes do HGT não possuem poder aquisitivo elevado, fazendo parte daquela população que não têm suas necessidades sociais atendidas via acesso à moradia, educação, saúde, empregos, lazer que deveria ser proporcionada pelo Estado, tendo em vista que a maioria não nasce em berço de ouro, mas mesmo assim são os que pagam mais impostos em sustento do país e dos ricos.

Diante do exposto, vemos que o conjunto dos problemas sociais que enfrentamos nesta sociedade possui claramente uma base material e que a saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, o que segundo Souza, Silva e Silva (2011), proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, que os autores das ciências da saúde denominaram de determinantes sociais da saúde.

A nosso ver, o que temos, na verdade, são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta. (SOUZA, SILVA E SILVA, 2011)

Nesse sentido, há um mútuo condicionamento entre esses diversos fatores sociais, por exemplo: a pobreza que gera doença que gera mais pobreza –, o que nos permite afirmar que não se trata da existência de determinantes sociais da saúde e sim de expressões da questão social, quando há relação imediata com a lei de acumulação capitalista, ou de desdobramentos destas. (SOUZA, SILVA E SILVA, 2011)

A própria problemática da saúde-doença é, por isso, ora fruto direto da acumulação capitalista, ora é condicionada por ela. Assim, a determinação é essencialmente econômica, pois os supostos determinantes sociais da saúde consistem em condições sociais com raízes materiais precisas, que apenas vão

---

<sup>13</sup> O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo país. Ele integra o Plano Brasil Sem Miséria, tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

adquirindo novas formas de acordo com o momento histórico vivido pelo sistema do capital, mas que não deixam de compor uma questão única. (SOUZA, SILVA E SILVA, 2011)

Por fim, pode-se dizer que, enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a questão social e seus desdobramentos para saúde. E essa condição, imposta para atender aos interesses da classe exploradora, é que consiste na determinação essencial para o processo saúde-doença, enquanto um fenômeno estudado para além dos aspectos biológicos e que só pode ser superado em uma outra forma de sociabilidade, ou seja, para além do capital. (SOUZA, SILVA E SILVA, 2011)

### **3 Trabalho intersetorial em saúde: O Serviço Social em foco**

Após todo este aparato histórico construído sobre a saúde pública do Brasil, da compreensão do processo histórico de inserção do Serviço Social na saúde e dos resultados da pesquisa feita com os assistentes sociais do Hospital Giselda Trigueiro, temos respaldo teórico para compreender tudo isso sob esse prisma, tendo em vista que é um tema de extrema relevância e cada vez mais constante na literatura sobre políticas públicas e saúde coletiva, tendo em vista a conjuntura atual.

A elucidação deste tema nos levará a compreender as possibilidades e os desafios da intersetorialidade no cotidiano do trabalho do assistente social na área da saúde e, por fim, assimilar o tema central deste trabalho ao revelar a ótica dos profissionais de saúde sobre o exercício profissional do assistente social no lócus da pesquisa e apreender o que ela representa à categoria num contexto de valorização profissional e da desmistificação da profissão.

#### **3.1 A intersetorialidade na área da saúde**

Nos últimos 30 anos, desde a criação do SUS e seus princípios e do novo conceito de saúde, muito se fala sobre a integralidade em saúde, que trata o



indivíduo e entende suas demandas a partir da sua totalidade, sempre no sentido de promover a qualidade de vida. Porém, apesar de haver convergência sobre a importância e a eficácia de entender a saúde a partir desta concepção, há uma contradição na maneira com a qual as políticas públicas são executadas no nosso país. A setorialização e a descentralização na efetivação das políticas vão de encontro a tudo que vem sendo discutido desde a reforma sanitária.

Durante a revisão de literatura sobre a intersetorialidade identificamos diversos pontos de vista e áreas nas quais o tema tem sido trabalhado, assumindo, portanto, diferentes orientações. Alguns autores a relacionam com a gestão pública, articulando-a a outra estratégia de gestão, a descentralização. Outros, por sua vez investigam a intersetorialidade a partir do paradigma da promoção de saúde e do princípio da integralidade.

Os problemas emergentes em nossa realidade social, principalmente os de saúde pública, são cada vez mais complexos, interligados e interdependentes, o que exige, portanto, cada vez mais, uma interpretação ampla e uma ação intersetorial. Isto porque, a realidade foi se transformando, se tornando cada vez mais complexa, produzindo problemas e situações novas que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar, nem a ação setorial tem capacidade de resolver.

Na atualidade, estes problemas sociais têm um caráter multidimensional. Assim, para resolvê-los, o cidadão necessariamente precisa ser considerado em sua totalidade, pois a qualidade de vida da população atravessa várias dimensões, com o bem-estar físico, psíquico e social, em que a ação fragmenta ou apenas a ação deste ou daquele setor da política pública é incapaz de dar conta da realidade social que é posta, pois certamente apresentará soluções parciais e inadequadas a problemas complexos.

Junqueira e Inojosa (1997, p. 27) afirmam que a intersetorialidade é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social".

O exercício de articular diferentes saberes e setores da sociedade é fundamental para apresentação de respostas adequadas aos problemas apresentados no cotidiano, pois nem sempre os problemas na atenção integral decorrem da falta de assistência, mas por falta de resolutividade das áreas

(JUNQUEIRA, 2000). Com base neste conceito, o autor evidencia que a intersectorialidade é uma forma de articulação que pode apresentar soluções apropriadas aos problemas emergentes no campo da realidade social.

Assim, Junqueira (2000) afirma que devido às características dos problemas atuais, a ação intersectorial na saúde envolve necessariamente uma atuação no campo da educação, habitação, meio ambiente, urbanismo, cultura, esporte e obras entre outros. Esta articulação entre setores é fundamental, pois quando os problemas não são tratados em uma perspectiva integral, cada política social encaminha, a seu modo, uma solução, sem considerar as ações de outras políticas sociais, o que certamente resultará em uma ação sem efeito nas causas reais dos problemas e destina-se ao fracasso, pois está fundamentada a fragmentação.

De acordo com Andrade (2004, p. 301):

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorra no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestão democrática e inovadora. O planejamento tende a articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas. (ANDRADE, 2004, p. 301)

Andrade (2004) afirma, também que as políticas são pensadas no interior do setor, fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre buscam justificar a sua própria existência.

Como forma de superar a ação fragmentada, Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et.al. (2004), sugere a construção de um espaço no qual os problemas concretos e complexos da realidade possam ser pensados através de práticas e saberes intersectoriais. Segundo o autor:

Esse espaço será construído com a construção dos setores que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser esse acúmulo setorial suficiente para uma formulação no campo das políticas públicas com capacidade de respostas complexas. O novo objeto, com suas práticas, saberes e identidade vai, portanto, emergir da mediação entre os setores, com cada um contribuindo com os objetos

pelos quais afirmam como sujeitos e de acordo com os problemas complexos que se manifestam no território. (ANDRADE, 2006, p. 116)

Além de romper com a fragmentação das ações, Teixeira e Paim (2000) percebem que a intersetorialidade é também uma forma de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir acesso igual aos desiguais. Portanto, o desafio da ação intersetorial é de conjugar esforços de distintos setores com a saúde, educação, o saneamento, a segurança, o transporte, a habitação e outros, visando não apenas racionalizar recursos, mas promover ações que tenham maior efetividade e impactos sobre os problemas e necessidades sociais.

As políticas públicas de educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, para citar algumas, ainda se apresentam na maioria dos lugares "setoriais" e desarticuladas, com características centralizadoras e hierárquicas; além da existência de redes próprias de instituições e/ou serviços que prestam assistência de forma paralela às demais políticas, e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão gera fragmentação da atenção às necessidades sociais e divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fragilizando o usuário, que é o sujeito que merece a nossa atenção. Por isso, refletir e propor trabalho social em rede constitui-se, hoje, um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas.

A gestão do social ou gestão social - intersetorial e integrada demanda modelos flexíveis em que o processo de descentralização e participação social seja efetivado, de forma a favorecer parcerias com a sociedade civil organizada nas ações e decisões que dizem respeito a encaminhamento das políticas públicas. Faz-se necessário então esclarecer o que estamos chamando de gestão do social: "gestão do social é a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos. A política social, os programas sociais, os projetos são canais e respostas a estas necessidades e demandas." (MACHADO, 2016, p. 6)

Desencadear um processo de desenvolvimento social caracteriza uma gestão comprometida com a cidadania. As redes municipais intersetoriais devem sugerir idéias de conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, para garantir a integralidade aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco. Estas ações se estabelecem de forma desafiadora, pois implicam em efetivar articulações entre as

parcelas sociais instituídas, e dessas para com a sociedade, em suas diversas escalas. (MACHADO, 2016)

Referenciar a intersetorialidade na base das políticas públicas não significa acabar com as estruturas setorializadas, e sim obter meios para articulá-las em busca de resultados sinérgicos, visando à integração dos componentes específicos para a construção de um conhecimento comum. Portanto, mantém-se a especificidade de cada setor com o objetivo de torná-los interativos e articulados entre si na busca de resolutividade para problemas complexos na ordem social. (MACHADO, 2016)

Com base no que foi afirmado a respeito da intersetorialidade, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) justificam a necessidade da ação intersetorial como estratégia de viabilizar a inclusão social, uma vez que para efetivá-la exige-se a garantia de um conjunto de direitos relacionados entre si.

Eles citam:

A professora vê que seu trabalho perde a efetividade se a criança que está sob seu cuidado, além de não ter nutrição adequada, mora em condições adversas, não tem acesso a serviços de saúde, atividades culturais, ao esporte, lazer e não é protegida de riscos de violência. O médico e a enfermeira se afligem ao perceber que os agravos e riscos de saúde de determinado grupo não são superados porque sua moradia não tem saneamento, porque há um depósito de lixo nas proximidades etc. Só que nem a professora nem o médico têm nas organizações tradicionais setorializadas condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar estas necessidades e demandas, que são de áreas distintas da administração pública. (JUNQUEIRA, INOJOSA & KOMATSU, 1997, p. 23)

Neste sentido, percebe-se que a intersetorialidade é capaz de promover políticas públicas que ultrapassem a lógica da fragmentação, do paralelismo de ações e da centralização de informações, decisões e recursos.

Discutir a formulação das políticas públicas como uma forma de pensar a intersetorialidade compreende necessariamente considerar o sistema da seguridade social, instituído formalmente no Brasil em 1988, que pretende unificar em torno de três políticas públicas o sistema de proteção social brasileiro (AMARAL, 2008 apud PEREIRA, 1998).

Este sistema, conforme o artigo 194 desta constituição, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos

poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social” (Brasil, 1988).

Neste sentido, Couto (2004) afirma que “o estatuto legal, então, rompe com a lógica fragmentada e busca por meio da seguridade social dar um sentido amplo à área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos e da inserção da noção de responsabilidade do Estado Brasileiro frente a essas políticas”.

Assim, é possível afirmar que a política de seguridade social tem como concepção um sistema de proteção integral do cidadão, protegendo-o quando no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe apresentar, tendo para a cobertura ações contributivas, para com que a política previdenciária e as ações não contributivas para com a política de saúde e de assistência social. (COUTO, 2004)

Nesta abordagem, Behring e Boschetti (2006) afirmam que apesar da proposta constitucional de construir um sistema de proteção social que atue nas necessidades do cidadão de forma integral, articulando nos diversos setores da esfera pública, sua efetivação na prática ainda não ocorreu, pois as políticas de saúde, assistência e previdência social seguem geridas por ministérios e orçamentos específicos, sem a necessária e devida articulação.

Além disto, cada política possui um fundo orçamentário próprio, conselhos e conferências específicos, o que possibilita que as políticas sigam sendo pensadas isoladamente, com ações próprias, baixa participação e pouco diálogo na construção da política pública. (MACHADO, 2016)

Apenas formular intersetorialmente a políticas públicas não é suficiente para a efetivação da atenção integral. É necessário também construir mecanismos de cooperação e de gestão para que as políticas públicas possam responder efetivamente as necessidades individuais e coletivas da população usuária dos serviços públicos. (MACHADO, 2016)

A gestão intersetorial é uma estratégia de organizar, planejar, executar e avaliar as políticas públicas. A construção da intersetorialidade, neste sentido, parte dos problemas apresentados pelos sujeitos. A partir daí, criam-se propostas integradas, buscando as soluções não apenas no âmbito de uma política, mas na articulação das políticas de forma integral e intersetorial, reformulando a relação entre o Estado e a sociedade (JUNQUEIRA, 1997).

Assim, a intenção é colocar os sujeitos na centralidade das políticas públicas, considerando-os em sua totalidade, atendendo às suas necessidades individuais e coletivas, uma vez que os sujeitos deixam de ser objetos de intervenção e passam a fazer parte do processo da construção de proposta real para a solução dos problemas emergentes (AMARAL, 2008 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 e SCHEMES, 2004).

Neste sentido, a intersectorialidade é uma forma inteligente de trabalhar as políticas públicas. Ela é permeável à participação do cidadão na medida em que se permitem criar espaços para o estabelecimento do diálogo de decisões entre as instituições e diferentes setores do governo, os quais atuam na produção das políticas públicas, considerando, assim, ações no âmbito da saúde, educação, do trabalho, da habitação, cultura, entre outros, superando a fragmentação das ações e possibilitando uma atenção integral que garanta os direitos de acesso aos serviços públicos. (BRASIL, 2007)

Por isso, a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional que as informam. Neste nível, a intersectorialidade aponta para uma nova forma de gerenciar que passa pela identificação do problema e pela solução integrada, buscando garantir os direitos do cidadão. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses contrariados. (JUNQUEIRA, 1997).

É possível compreender que trabalhar intersectorialmente envolve a criação de espaços comunicativos, passíveis de negociações, que inclusive sejam capazes de gerenciar conflitos para que no final, se possa chegar com maior probabilidade, a algum resultado. Importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na solução ou enfrentamento final do principal problema, mas que possa somar na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir.

Salientamos que trabalhar envolvendo vários setores e ações é uma prática social recente, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático; é, portanto uma estratégia democratizadora. (MACHADO, 2016)

Segundo Machado (2016), a intersetorialidade envolve a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. São as questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o espaço possível de interação e de ação.

Os espaços da intersetorialidade são lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir que não se encontram estabelecidas ou suficientemente experimentadas. Ainda segundo Machado (2016), há uma necessidade de exercício permanente de paciência e de negociação, pois nenhum profissional está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro; ou que já percorreram caminhos já esgotados setorialmente, ou que nunca foram pensados na esfera setorial. Segundo a autora, o percurso é sinuoso, cheio de novidades, precisa sempre ser inventado e reinventado. Porém a descoberta de novas saídas, saídas que não necessariamente resolvem o problema, implicam na acumulação de forças e apontam possibilidades de enfrentamento e de resultados parciais, palpáveis e perceptíveis.

Ao pretender flexibilidade, sinergia, cooperação mútua, abertura de espaços democráticos de participação, necessariamente tem que haver repartição e compartilhamento de poder. Essa maneira de trabalhar está baseada no reconhecimento do não conhecimento, da insuficiência do que já é sabido, da necessidade de criar novas alternativas, que dependem de outros olhares, outros saberes, outras forças. (MACHADO, 2016)

Machado (2016) afirma que, o primeiro passo é reconhecer as limitações do olhar setorial - cada qual detém uma parte da verdade, das explicações, mas não a totalidade. É necessário reconhecer que não se têm todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema. Os vários segmentos devem estar dispostos a abrir mão de parcelas de poder para viabilizar uma ação mais potente. Ao surgir uma demanda relacionada a um tema de difícil solução, é fundamental não nos refugiarmos em nossas identidades profissionais e institucionais, para que não impere a lógica do “não é comigo”.

O processo de trabalhar sob o prisma da intersetorialidade não é fácil, como podemos ver, de acordo com Machado (2016) existem dificuldades ao trabalhar a demanda numa perspectiva intersetorial, e talvez as principais sejam: a utilização de

meios tradicionais de comunicação, de alcance bastante limitado; a utilização de linguagem técnica de cada setor; a falta de gestão e ausência de cultura intersetorial; e os problemas referentes ao financiamento, considerando que as rubricas dos orçamentos públicos são setorializadas.

Outro problema é a definição dos tempos e da urgência. Normalmente existe uma perspectiva muito imediatista. É importante respeitar os limites e possibilidades impostos pela diversidade, pois se de um lado os processos coletivos são mais potentes, de outro são também mais lentos e trabalhosos. Às vezes o resultado só é alcançável a médio ou longo prazo, mas, a partir da definição, desencadeiam-se uma série de ações e trabalhos uni e intersetoriais e muda-se a perspectiva com que se trabalha o fator tempo, as expectativas e as próprias tarefas setoriais. (MACHADO, 2016)

O processo de gestão numa articulação intersetorial precisa, portanto, ser coletivo, participativo e realizado em instâncias amplas como fóruns e conselhos. Exige a criação de um núcleo coordenador formado por representantes dos segmentos envolvidos, tais como gerências técnicas, conselhos comunitários e outras entidades. O processo traz vantagens, entre elas: a de permitir o estabelecimento de espaços compartilhados de decisão entre Instituições; permite considerar o cidadão na sua totalidade; utiliza de parcerias com outros setores, dentro de uma idéia de rede e; demanda a participação dos movimentos sociais no processo de decisão. A desconcentração, representada pelo “empoderamento” dos diversos atores sociais, e a descentralização, marca de forma decisiva as experiências intersetoriais. Os resultados positivos obtidos através das intervenções têm promovido um envolvimento cada vez maior dos diversos setores da administração, contribuindo para a mudança do modelo de gestão. Tais articulações e arranjos têm sido possíveis através da construção de parcerias entre diferentes segmentos - instituições de ensino, de serviços e organizações comunitárias. A profundidade e os avanços das articulações são distintos em cada projeto - alguns processos são ainda pontuais e incipientes e outros mais abrangentes, e globais. (MACHADO, 2016)

Neste sentido, a intersetorialidade apresenta-se como um eixo estruturante nas políticas de atenção à saúde, pois assume relevância na afirmação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, o qual não contempla apenas a



atenção a doenças, mas garante o direito do cidadão de ter uma vida digna e com qualidade.

De acordo com Machado (2016), um elemento que contribui para que a saúde provoque mais enfaticamente estas articulações é a constatação cotidiana dos limites do setor para enfrentar os problemas de saúde. Dentre eles, a compreensão da determinação social do processo saúde doença; a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde como saneamento básico, urbanização, entre outros; a impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas. Tais limites fazem com que o setor esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetorial.

A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e outros. Remete também ao conceito de rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (MACHADO, 2016)

O contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem. A lógica clássica de intervenção sanitária não resolve uma série de questões de saúde que não cabem nos “compartimentos” setoriais das vigilâncias, como exemplo, a Saúde Mental. Existem dispositivos que não pertencem à saúde, mas são essenciais à rede de cuidados - centros de convivência, moradias, grupos de produção e geração de renda. É necessário este entrelace na malha social, reconhecendo a reconstrução da vida como direito de cidadania, no envolvimento ativo do usuário com as várias formas de negociação e de troca. (MACHADO, 2016)

A articulação em rede de diferentes formas e protagonistas não significa a diluição da importância do papel do SUS, onde o setor Saúde funciona mais como catalisador do que executor das várias ações de promoção, dependentes de outros

atores. Até porque os princípios de construção do SUS desenvolveram-se à luz dessa visão: a melhora da qualidade de vida e saúde da população não se limita apenas ao sistema de saúde em si, mas depende de como a sociedade se organiza e prioriza suas necessidades. (MACHADO, 2016)

Segundo Machado (2016), é preciso universalizar a Saúde, descentralizar suas ações e abrir a gestão do sistema à participação da população. Muitos avanços têm ocorrido desde então, em especial com a criação dos conselhos de saúde, nas três esferas, e com o processo de preparação e realização das Conferências de Saúde, como já foi discutido no capítulo anterior. As cidades produzem distintas dinâmicas de exposição das populações a diferentes situações de risco e as ações articuladas entre os diversos segmentos constituem uma forma singular de enfrentamento do problema. Ao encarar os desafios deixando prevalecer práticas na área social, abre-se possibilidades de promoção da condição humana. Entender a intersetorialidade como estratégia democratizadora, onde se compartilham saberes e poderes diversos, para enfrentar problemas diversos e dar uma resposta a uma necessidade ou situação. Tendo sempre o significante “construção” pois o processo intersetorial é construído, seu empoderamento não é espontâneo.

Dessa maneira, pode-se dizer que a atenção à saúde exige uma visão integral dos problemas sociais e sugere a integração de várias ações setoriais como resposta a estes problemas. Assim, a intersetorialidade constrói-se também no nível da assistência à saúde, pois a manutenção e a recuperação da condição de saúde da população dependem do desenvolvimento de ações integradas, tanto no âmbito do SUS como além dele, e por isso atinge outros setores das políticas de proteção social, proporcionando respostas adequadas aos problemas de saúde do cotidiano. (MACHADO, 2016)

Neste sentido, podemos afirmar que ações intersetoriais caracterizam a intervenção profissional do Serviço Social, uma vez que o assistente social transversaliza as políticas de proteção social, no âmbito geral, a fim de garantir de forma integral o atendimento das demandas e dos direitos dos usuários. Assim, o serviço social configura-se como um elo entre os “setores” e é fundamental na viabilização dos direitos.

### 3.1.2. O Serviço Social e a intersectorialidade

Para a discussão deste ponto, partimos do pressuposto de que o trabalho do assistente social, nos espaços sócio-ocupacionais, requisita a intersectorialidade para as necessidades da demanda do público usuário. Assim a intervenção de outros setores é fundamental para respaldar a atuação desse profissional, a partir da perspectiva da integralidade e da compreensão da totalidade em que estão inseridos os sujeitos sociais, reafirmando a importância de concebê-los considerando o contexto histórico, contraditório e dialético no qual estão inseridos.

O assistente social mostra o potencial que possui para articular o debate interdisciplinar, refletindo sobre as formas de atendimento em sua totalidade, tal característica tem pautado as reflexões no grupo de profissionais para reconhecer as necessidades em saúde e seus determinantes sociais.

Para que possamos pensar em concretizar a intersectorialidade na política de saúde é requisitada do assistente social a apreensão do contexto social em que está inserido e a provisão do arsenal ético-político, teórico-metodológico e prático operativo da profissão, como também do conhecimento a respeito da área da saúde, a política que a normatiza, assim como seus determinantes sociais. Esse profissional deve estar articulado com os movimentos sociais de usuários e trabalhadores que lutam pela efetivação do SUS, porque as investidas do projeto neoliberal de saúde tendem a distanciar a intersectorialidade no sistema de saúde ou utilizar esse argumento de maneira inconsistente sem considerar as contradições que existem na sociedade propondo soluções que beneficiem o mercado farmacêutico/hospitalar apesar do argumento de agilidade e eficácia para a sociedade. (FRANÇA E CAVALCANTI, 2017)

Analisando a atuação desses profissionais na área de saúde e suas articulações intersectoriais Costa (2010) afirma que as articulações intersectoriais ocorrem principalmente nas condições agudas e emergenciais, nas contradições e conflitos que envolvem necessidades de saúde, sobretudo quando há doenças crônicas. Como a política de saúde não é executada pela perspectiva de integralidade da atenção, apesar dessa premissa ser constitucional, a autora supracitada, afirma que a atuação do assistente social é frequentemente requisitada

quando há necessidade de articulação com outras políticas e instituições, principalmente na constatação de condições agudas de saúde.

Essa atuação é feita, na maioria das vezes, quase que de maneira exclusiva por esse profissional, tendo em vista a dificuldade que os demais possuem para realizar o encaminhamento dos usuários a outros serviços, em decorrência da falta de conhecimento, consequência da elipse da política da saúde que não assume a intersectorialidade como diretriz de execução. Assim, conclui Costa (2010), “[...] o Serviço Social tem respondido como atividade, demandas que deveriam ser objeto prioritário do planejamento em saúde como fruto de ações planejadas em parceria com as demais políticas que tem maior interface com a saúde.” (FRANÇA e CAVALCANTI, 2017)

De acordo com França e Cavalcanti (2017), se o modelo assistencial e gerencial de saúde estivesse estruturado com base no conceito ampliado de saúde, as demandas intersectoriais seriam tratadas pela equipe de saúde de forma simultânea, comprometendo toda a equipe e não tratadas caso a caso de forma improvisada e emergencial. No entanto, as demandas intersectoriais, em sua maioria, são reduzidas a atividades realizadas pelo Serviço Social, que identifica e entra em contato com as instituições, a partir de suas relações pessoais, articulando redes institucionais e sociais.

As articulações intersectoriais dependem do compromisso profissional e do conhecimento e capacidade de articulação de cada assistente social, por isso não são ideais, ademais os profissionais, as instituições e as políticas deveriam estar disponíveis para executar ações em conjunto para alcançar resultados efetivos a partir de temáticas comuns.

Segundo França e Cavalcanti (2017), um dos mecanismos utilizados pelo assistente social para permitir a satisfação das demandas é o encaminhamento, porém por vezes não traz os resultados esperados devido à trajetória setorial e fragmentada das políticas e da atuação frente à questão social. A esse percurso é somado à burocratização e a falta de cultura institucional que permita o diálogo entre os profissionais, resultado da não existência de uma política intersectorial que direcione, fiscalize e execute na União, nos Estados e Municípios essas articulações.

Devido a tais características, Schutz e Mito (2017) afirmam que os assistentes sociais acabam tendo em alguns profissionais comprometidos sua referência para encaminhamentos personalizando-os. A atuação do assistente social

sozinho não dá conta de materializar arranjos intersetoriais que respondam eficientemente e eficazmente as demandas sociais, e nem é esse o objetivo do capital ao chamar esse profissional. Porém o debate sobre a integralidade na saúde tem requisitado que a abordagem intersetorial seja trabalhada no âmbito dessa política, nesse processo o assistente social pode enriquecer a discussão devido a sua bagagem teórica e prática sobre esse setor. Além disso, pode repassar informações aos usuários e aos profissionais acerca das demandas prevaletentes que requisitam articulações entre políticas sociais. Cabe a esse profissional assessorar os movimentos sociais apropriando-os do debate e da necessidade de uma abordagem para além da questão técnica e administrativa da saúde, afinal a execução de melhorias no trato à saúde assim como a implementação da intersetorialidade depende de vontade política/institucional.

Atuar nas políticas públicas é histórico para os Assistentes Sociais, pois, é na disputa entre o Estado e as demandas da classe trabalhadora, frente às expressões da questão social, que se apresenta o trabalho profissional do assistente social, atuando como profissional nos serviços, tanto na gestão como na execução, buscando a garantia dos direitos sociais da população.

Lima, Oliveira e Sousa (2015), afirmam, que é possível evidenciar a temática da intersetorialidade no exercício profissional do Assistente Social, pois o profissional mobiliza diversas ações entre setores no atendimento à população. Sobre isso cabe evidenciar que o assistente social na área da saúde é como um agente da integração, ou seja, um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas públicas, cujo principal produto é assegurar a integralidade das ações.

Neste sentido, a ação intersetorial realizada pelo Serviço Social na saúde cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador das condições objetivas para realização do trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso da população aos serviços existentes, constituindo como elo invisível (MIOTO e SCHUTZ, 2011).

De acordo com Lima, Oliveira E Sousa (2015) as relações profissionais, elencadas pela intersetorialidade, trazem para os profissionais de Serviço Social a necessidade de estarem preparados para se inserir em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, tal como menciona Mito e Schutz, 2011, porém é importante ressaltar que nem toda profissão prepara para o exercício de atividades em equipe

de forma articulada. A intersectorialidade para realizar-se, requer do profissional que a executa um estudo criterioso de cada situação, sendo importante enfatizar que os sujeitos envolvidos nestas situações possuem particularidades específicas, que não podem ser generalizadas, mas tratadas em sua totalidade, bem como é posto por Amaral (2008, p. 60):

A construção da intersectorialidade exige desde a obtenção de informações, na perspectiva do direito e da cidadania, a construção de canais adequados para que os usuários sejam atendidos na perspectiva da integralidade que envolve também atividades administrativas e burocráticas: o preenchimento de formulários e guias, a reunião de documentos e emissão de estudos sociais que relatem a situação do usuário, e também as ações sócio-educativas desenvolvidas diretamente com os usuários. (AMARAL, 2008, p. 60)

Deste modo, como destacam Mioto e Schutz (2011), os assistentes sociais convivem com uma série de demandas trazidas pelos usuários e é preciso pensa-las e abordá-las na totalidade social. A necessidade de afirmar o caráter da integralidade observando a totalidade dos sujeitos diante de suas necessidades, de forma que se negue a fragmentação das ações e a falta de autonomia dos mesmos. (LIMA, OLIVEIRA E SOUSA 2015)

Não se reduz ao mero repasse de dados sobre as normas e recursos legais; é uma informação transmitida sob a ótica do direito social, em que os sujeitos individuais e coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, considerando a realidade macrossocial de que eles são parte e expressão. (IAMAMOTO apud MIOTO e SCHUTZ, 2011, p. 19)

A formação profissional do Assistente Social dá subsídios para uma articulação na execução de ações intersectoriais, sendo o profissional uma referência nos serviços para viabilização e chamada de outros setores, pois, a partir de sua formação e intervenção, deixa claro sua capacidade de promover arranjos entre setores. (LIMA, OLIVEIRA E SOUSA 2015)

Por mais simples que possa parecer um encaminhamento, o assistente social precisa ter domínio não apenas do funcionamento da instituição e/ou da unidade que trabalha, mas precisa conhecer a lógica do funcionamento do sistema de saúde, a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições/serviços públicos e privados que se apresentem como estratégia de viabilizar o atendimento as necessidades de saúde da população, extrapolando a

capacidade de um atendimento exclusivo nas instituições de saúde.  
(AMARAL apud COSTA, 2008, p. 59)

No entanto, a intersetorialidade ainda é uma competência a ser melhor explorada no cotidiano do trabalho, mesmo fazendo parte da rotina de trabalho do Assistente Social. Para sua execução é perceptível os diversos entraves, nas gestões das políticas em meio à organização dos setores e posicionamento de diferentes profissionais, sendo importante destacar o que diz Pereira (2012) acerca da intersetorialidade, ou seja, ela é um instrumento de otimização de saberes, competências e relações sinérgicas em prol de um objetivo comum, e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para realização de ações conjuntas. (LIMA, OLIVEIRA E SOUSA 2015)

Costa (2010) realizou uma pesquisa aqui no município de Natal/RN, na qual procurou responder quais as demandas de caráter intersetorial são colocadas, para os Assistentes Sociais das maternidades e serviços de urgência e emergência, e quais os significados das atividades de natureza intersetorial realizadas pela profissão. Dentre seus achados está a constatação de que o trânsito de arranjos setoriais entre a política de saúde e as demais políticas viabilizadoras de outros direitos, sociais e civis (tais como Assistência Social, Saúde Mental, Transporte, Habitação, previdência social) vem ocorrendo através de inúmeras atividades dos profissionais de Serviço Social, que exigem acúmulo de conhecimento sobre a legislação social e compromisso político com o usuário.

Segundo Costa (2010), embora tais ações auxiliem na viabilização de vários direitos inclusive o da saúde integral, vem funcionando apenas no espaço da micropolítica e com um papel de destravador, ou seja, através dos arranjos intra e intersetoriais, o Assistente Social constrói mediações que removem os obstáculos de ordem sócioeconômica e cultural que limitam ou mesmo impedem o processo de cuidado em saúde.

Entretanto, apesar desses reveses ela afirma que:

Embora as respostas dadas pelo Serviço Social não constituam ações planejadas no âmbito da macro-políticas do Sistema de Saúde, ou mesmo objeto do planejamento do próprio Serviço Social, tem funcionado como a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais e de seguridade social. (COSTA, 2010, p. 232)

De acordo com Lima, Oliveira e Sousa (2015), outra conclusão importante (de cunho mais estrutural) é a de que por não se constituir numa diretriz efetiva da política de saúde, o SUS através de seus níveis de complexidade, vem respondendo as demandas de matriz intersetorial reduzindo-as a ações individualizadas, a “problemas específicos”, não expressando em nível de planejamento a estreita relação entre os determinantes sociais e o processo saúde-doença. Assim, dada a sua análise reducionista, acaba por encarar a intersetorialidade como mera atividade, facilmente repassada para o Serviço Social.

Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

### **3.2. A representação social da profissão de Serviço Social**

Para avaliar a representação social do Serviço Social, partimos da pressuposição que sua configuração está permeada pelas contradições da ordem burguesa, por todo o processo de construção das políticas sociais no país, e, diante disso, a inserção do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, o que incide diretamente sobre ação cotidiana do assistente social.

Para se examinar os determinantes da imagem socialmente construída da profissão, é preciso se debruçar sobre as particularidades encontradas no exercício profissional, tendo em vista que tais representações constroem-se também a partir da forma como os agentes profissionais percebem, atuam e desenvolvem as atribuições a eles designadas. Tal atuação, por sua vez, tende a exprimir as



requisições sócio-profissionais postas pela inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho, as quais possuem caráter sócio-histórico. (ORTIZ, 2007)

Tomando como pressuposto central que a representação social do Serviço Social se constrói, não de maneira direta ou imediata, a partir da forma como esta profissão se insere na divisão do trabalho, e da relação que ela estabelece com as requisições sócio-profissionais, respondendo a determinados interesses e em um período histórico específico, quem eram esses profissionais, como trabalhavam, e a que demandas respondiam, tornam-se elementos fundamentais para se entender, a partir das peculiaridades sócio-históricas brasileiras, como se gestou para o Serviço Social um determinado caráter profissional e, por conseguinte, uma representação social específica. Veremos que essa imagem socialmente apresentada para a profissão, no cenário brasileiro, distanciou-se, paulatinamente, e em determinado momento histórico, da auto-imagem de seus profissionais sobre o Serviço Social e se expressa hoje no projeto ético-político ou projeto profissional hegemônico.

Segundo Ortiz (2007), a prioridade da vocação como requisito para ingresso na profissão nos seus primórdios, indica uma característica que contribui na constituição do caráter profissional, e que acolhe consequências presentes até hoje, como por exemplo, a dificuldade de o assistente social apreender o lugar que ocupa a teoria no exercício profissional; e o tratamento dado ao conhecimento teórico, ou a capacitação continuada na sua profissão.

A presença da Igreja como a tradicional mantenedora de obras de caridade, e depois como organizadora dos primeiros cursos de Serviço Social, sem dúvida, lançou fortes argumentos para a identificação do Serviço Social como uma mera evolução da caridade. Logo, uma profissão, cujo critério de ingresso se baseava nos valores morais e pessoais, não podia priorizar a produção ou a necessidade do conhecimento. Trata-se, dessa forma, do primado das qualidades morais do agente sobre seu saber, ou seja, a apreensão do conhecimento teórico como algo secundário para uma profissão cujo mote de adesão de seus postulantes, bem como as requisições feitas pela divisão do trabalho aos agentes profissionais, baseava-se na vocação e na boa vontade.

Ortiz (2007), pautada em Vérdes-Leroux (1986), neste sentido, é clara quanto ao objetivo da formação profissional em seus primórdios, quer seja, não visar primordialmente à transmissão de conhecimentos, mas a cristalização de determinadas posturas:

Formar agentes não consiste apenas em fornecer-lhes conhecimentos técnicos, como bem o demonstram a disparidade e a pobreza de conteúdo dos ensinamentos, e, sim, em constituir para eles um habitus, isto é, um código de apreensão e de resposta capaz de preservar a legitimidade de sua intervenção, na previsão das dificuldades funcionais e pessoais que não podem deixar de surgir no decorrer do conflito de classes. (VÉRDESLEROUX, 1986, p.13).

Assim, por muito tempo a falaciosa perspectiva, de que não era necessária a apreensão teórica para atuar como assistente social, atravessou o Serviço Social, a visão de seus empregadores acerca da profissão e da opinião pública em geral [o que ainda se faz presente], ampliando e ratificando a máxima: “só se aprende na prática”; “na prática, a teoria é outra”; “não precisa estudar muito para ser assistente social”. Dessa forma, qualquer um que disponha do perfil moral exigido pode desenvolver as atividades de assistente social, como por exemplo, as inúmeras pessoas que se autodenominam assistentes sociais ou “quase”, no caso brasileiro, as “primeiras-damas”. (ORTIZ, 2007)

Segundo Ortiz (2007), a imagem que até hoje muitos empregadores têm do assistente social continua sendo a mesma – quer seja, a “moça boazinha”, a “face humana” do hospital, da previdência, da empresa, de fala mansa, que possui uma “escuta qualificada” e que coage sem demonstrar. Ela afirma:

A manutenção dessa imagem social tem sido possível porque, embora a origem de classe dos agentes profissionais seja outra [é preciso explicitar que os extratos que compõem a chamada classe média não são significativamente diferentes da classe dominante do ponto de vista político e ideológico] e a fonte de legitimação passe a ser a própria instituição, o Serviço Social possui, tal como o Brasil em si, ainda uma forte herança conservadora, que em muitas situações reproduz o ideário vocacional, missionário, percebido em suas protoformas. (ORTIZ, 2007, p. 140)

O Serviço Social consistiu, portanto, em mais uma das profissões cuja inserção na divisão social e técnica do trabalho deu-se a partir de sua vinculação orgânica tradicional com as prerrogativas e princípios do projeto capitalista. Na verdade, foram as formas de tratamento das expressões da “questão social” empreendidas a partir dos pilares desse projeto, que geraram as condições objetivas para a emergência e institucionalização da profissão, que por sua vez estabeleceu e

apresentou suas respostas sócio-profissionais também balizadas por ele. (ORTIZ, 2007)

Observa-se, portanto, que a constituição de um determinado espaço sócio-ocupacional para o assistente social vincula-se a uma das estratégias utilizadas pelo capitalismo monopolista para minimizar a tendência de crises cíclicas, as quais tiveram no Estado, principal aliado. Cabe ressaltar que esse profissional responderá no âmbito das políticas sociais a uma determinada particularidade daquelas – a necessidade do atendimento imediato aos usuários. Assim, não será requisitado em princípio para formular ou gerir as políticas, mas, sobretudo, para executá-las. Ou seja, a profissão assume um lugar muito particular na divisão social e técnica do trabalho – a “execução terminal da política social” (NETTO, 1996).

É exatamente este lugar, ou melhor dizendo, este tipo de requisição feita ao sujeito profissional, que irá forjar um determinado perfil profissional, capaz de responder aos propósitos do projeto reformista-conservador brasileiro.

Por isso, um aspecto decorrente de sua particularidade em face da divisão social e técnica do trabalho é a tendência à subalternidade – trata-se de uma profissão que tende a assumir na divisão social e técnica do trabalho uma posição subalterna, se comparada às demais.<sup>14</sup> Porém, não é a presença ou a ausência de uma teoria própria ou seu caráter não científico, como acabamos de ver, que confere a esta profissão afirmação ou subalternidade, mas sua capacidade de oferecer respostas sócio-profissionais. (ORTIZ, 2007)

Além disso, outro aspecto que delinea a prática profissional, e se articula à condição de subalternidade tratada linhas atrás, é o fato de que o assistente social não representa o agente profissional principal no âmbito institucional. Assim, os assistentes sociais serão integrados ao tipo de equipamento já existente, como elementos auxiliares e subsidiários relativamente ao desempenho das práticas materiais principais de cada instituição particular. (ORTIZ, 2007 apud CARVALHO & IAMAMOTO, 1986).

Assim, enquanto a imagem socialmente existente do Serviço Social deriva dessas particularidades que esta profissão assume na divisão social e técnica do trabalho; a imagem que os assistentes sociais possuem da profissão e de si próprios, cuja expressão maior encontra-se plasmada no projeto profissional

---

<sup>14</sup> Veremos mais à frente, nos resultados da pesquisa, que ainda há traços dessa característica.

hegemônico, e que Ortiz (2007) chama de auto-imagem profissional, não consiste em uma espécie de “cópia fiel” da imagem que socialmente esta profissão tem, mas, revela-se enquanto um conjunto de representações capturado da realidade social e histórica e metabolizado por esses profissionais, o que significa dizer que, ao mesmo tempo, em que a auto-imagem profissional é inspirada na imagem da profissão socialmente posta, esta também tende a inspirá-la.

Ainda segundo Ortiz (2007), não é demais ratificar que foi exatamente o estabelecimento de um espaço sócio-ocupacional para o assistente social que permitiu que a profissão rompesse com suas protoformas<sup>15</sup>. Assim, a profissão passa a ser inscrita na divisão social e técnica do trabalho na medida em que se estabeleceu um mercado de trabalho, que a requisita, que identifica na atuação de seus agentes uma utilidade social para seu exercício.

Assim, a ruptura com as protoformas conecta-se diretamente com a condição de assalariamento, que pressupõe a constituição da profissão. O conteúdo da atuação desse profissional vincula-se à forma como as refrações da “questão social” são tratadas na ordem burguesa. Considerando-se a tradição conservadora brasileira somada à entrada tardia do Brasil no circuito capitalista internacional, a atuação desse profissional e sua auto-representação também sofrerão influxos importantes, como, por exemplo, sua histórica dificuldade de se identificar como partícipe da classe trabalhadora. (ORTIZ, 2007)

É incontestável, segundo Ortiz (2007), que a profissão adentra a década de 80 de uma forma radicalmente diferente, se comparada a toda sua trajetória sócio-histórica desde as protoformas. Observa-se que com a crise da ditadura e a conseqüente oxigenação política permitida pelos “ventos democráticos”, o Serviço Social brasileiro, cujo compromisso social vincula-se já nesta ocasião aos interesses da classe trabalhadora, busca também uma nova base de legitimidade, para além daquelas tradicional e historicamente conquistadas – Estado e patronato.

O Serviço Social almeja em fins dos anos 70 e na década de 80 afirmar sua legitimidade frente aos usuários de sua ação profissional – a classe trabalhadora. Ao buscar essa legitimidade e aliança, é expressiva a participação de segmentos

---

<sup>15</sup> Protoformas são as instituições sociais que se mostram com origem confessional, prática da ajuda, caridade e solidariedade, impregnadas pela filosofia tomista e a serviço da classe dominante.

profissionais e suas entidades na luta pela reconstrução da democracia no Brasil ao lado de várias outras organizações de caráter popular e sindical.

Ou seja, o debate do Serviço Social no Brasil dos anos 80 é adensado pelo contexto da transição democrática, que então desponta. Vale ressaltar aqui, ainda que em linhas gerais, os principais traços que conformaram a conjuntura dos anos 80, sem a qual, certamente a reconfiguração da auto-imagem do Serviço Social teria se apoiado em outros caminhos. Isto é, partimos do entendimento que o contexto democrático, ao lado do amadurecimento próprio da profissão conquistado nos anos que lhe precederam, incidiram diretamente no redimensionamento da autoimagem do Serviço Social, conferindo a esta contornos particulares. (ORTIZ, 2007)

Em síntese, segundo Ortiz (2007), observa-se que o processo brasileiro de transição democrática dos anos 80 oxigenou o Serviço Social, favorecendo, de um lado, a superação dos equívocos e controvérsias da Reconceituação; de outro, consolidando uma nova concepção de profissão, na qual as ações das entidades são evidentes, vinculada à ruptura com o Serviço Social tradicional.

Sendo assim, nos anos 80, militância político-profissional alcança a sua maturidade, evidenciada na organização sindical nacional dos assistentes sociais, na articulação com as lutas gerais dos trabalhadores e na inserção junto às demais entidades representativas da profissão; os eventos nacionais, gradativamente, revelam um contorno crítico e politizado. A produção marxista supera os equívocos das primeiras aproximações, o ethos<sup>16</sup> profissional é auto representado pela inserção do assistente social na divisão sócio técnica do trabalho, como trabalhador assalariado e cidadão.

A formação profissional recebe novos direcionamentos, passando a contar com um currículo explicitamente orientado para uma formação crítica e competente com as classes subalternas.

Com efeito, o chamado salto qualitativo experimentado pela profissão nos anos 80 permitiu, portanto, a construção de uma autoimagem profissional cujos traços centrais se contrapõem à imagem social e tradicionalmente veiculada do

---

<sup>16</sup>1. Conjunto dos costumes e hábitos fundamentais, no âmbito do comportamento (instituições, afazeres etc.) e da cultura (valores, ideias ou crenças), característicos de uma determinada coletividade, época ou região. 2. *ret* parte da retórica clássica voltada para o estudo dos costumes sociais. 3. conjunto de valores que permeiam e influenciam uma determinada manifestação (obra, teoria, escola etc.) artística, científica ou filosófica f.aport.: <sup>1</sup> ETOS.

profissional, conforme tratamos anteriormente. Trata-se agora de se conceber a profissão como uma especialização do trabalho coletivo, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, e seus sujeitos profissionais como assalariados e, deste modo, submetidos formalmente à lógica do mercado, o que lhes impõe determinadas condições de trabalho (remuneração, jornada de trabalho, forma de vínculo empregatício) objetivas e subjetivas. (ORTIZ, 2007)

De acordo com Ortiz (2007), o autoreconhecimento como força de trabalho assalariada reconfigura a autoimagem profissional e desvela, ao mesmo tempo, os limites da profissão. No entanto, a condição de assalariamento não se apresenta ao assistente social como um obstáculo, mas como matéria, tendo em vista que será no enfrentamento dos limites existentes no mundo do trabalho (atravessado atualmente por grandes transformações), que o assistente social desenvolve seu modo de ser, afirmando um perfil profissional marcado por traços radicalmente opostos daqueles presentes ao longo da trajetória sócio-histórica da profissão. Ou seja, a condição de assalariado tende a forjar entre os assistentes sociais os traços pertinentes a uma renovada autoimagem profissional.

Com isso, muitos dos assistentes sociais tendem a se ver como cidadãos e neste sentido, portadores de direitos. A defesa dos direitos como fonte do discurso e da ação profissional, de acordo com a mesma autora, torna-se prioridade para esses profissionais – resultado do acúmulo teórico e político nos marcos da profissão e adensado pela conjuntura brasileira marcada pela transição democrática – e, desdobra-se em uma nova concepção de profissão e de perfil profissional, que passa a fundamentar a intervenção dos assistentes sociais neste momento.

Se tal processo, que caracteriza um inegável avanço para o Serviço Social brasileiro no campo do exercício e da formação profissional, engendra-se na conjuntura dos anos 80, seu amadurecimento e concretização efetiva apenas se realiza na década de 90, a despeito do aprofundamento das contradições do capitalismo em sua fase monopolista, conforme a seguir.

Em síntese, nos anos 90, o Serviço Social, segundo Ortiz (2007), pôde aprimorar a tendência de ruptura com o chamado Serviço Social tradicional, posta desde algumas décadas atrás, conforme já assinalado, configurando-a em um projeto profissional claramente vinculado a um determinado projeto societário contrário à exploração e discriminação de qualquer natureza e com vistas à construção de uma nova sociedade. Assim, se os anos 80 puseram à tona diversos

avanços para a profissão no campo da ética, da fiscalização do exercício e da formação profissional, os anos 90, concretizam de fato esses avanços.

Portanto, de acordo com a mesma autora:

O tensionamento das expressões da “questão social” e, de modo inverso, o esvaziamento das políticas públicas sob o contexto da crise do capital, por um lado; e por outro, o redimensionamento do mundo do trabalho com importantes conseqüências para os trabalhadores em geral, impôs ao Serviço Social, nos anos 90, o fortalecimento de um projeto profissional com clara direção social e política, significando não apenas o amadurecimento interno da profissão, mas principalmente sua posição de resistência em face ao contexto de crise do capital e do neoliberalismo.” (ORTIZ, 2007)

Ou seja, nos anos 90, são claras na lei que passa a regular o exercício do Serviço Social no Brasil, uma nova concepção e auto-representação da profissão, sobretudo a partir do conjunto de competências e atribuições privativas.

Esta “nova” autoimagem profissional – pautada na defesa dos direitos – não se constrói sem dificuldades, afirma Ortiz (2007), elas se fundamentam simultaneamente no processo mesmo da trajetória da profissão e no contexto atual marcado por profundas mudanças societárias na atual fase do capitalismo maduro.

Neste sentido, é possível finalizar a discussão introduzindo a seguir a segunda parte da pesquisa de campo revelando os resultados e analisando os mesmo sob a perspectiva deste debate.

### **3.3. O exercício profissional do Assistente Social sob para a equipe de saúde**

A partir deste aparato sobre as configurações da formação da representação social do Serviço Social no Brasil e dos avanços da mesma nessas últimas décadas, é possível, então, analisar criticamente a compreensão que os profissionais de saúde do Hospital Giselda Trigueiro têm sobre o trabalho dos assistentes sociais.

Do ponto de vista metodológico, além da análise bibliográfica, novamente optamos pela realização de pesquisa empírica com a aplicação de questionários junto a um público-alvo entrevistados composto de 24 funcionários do hospital,

destes 4 eram assistentes sociais, aos quais foi entregue o Questionário I<sup>17</sup>, e aos 20 restantes foi entregue o Questionário II, destes 4 eram médicos (as), 4 eram nutricionistas, 3 eram enfermeiros (as), 2 farmacêuticos (as), 2 eram fisioterapeutas, 2 eram terapeutas ocupacionais e 3 eram técnicos (as) de enfermagem. A intenção, a princípio, era entrevistar 4 profissionais de cada especialidade que acabei de citar, porém, após 15 dias de aplicação de questionário no campo, este foi o resultado obtido. Fora estas especialidades citadas, estava planejado questionar também os profissionais da psicologia, mas foi a única especialidade com a qual não conseguimos nenhum contato.

A primeira pergunta “Quando você concluiu o curso de graduação?” foi feita a fim de capturar e relacionar as recentes ou antigas formações acadêmicas com uma melhor compreensão do significado do Serviço Social, assim como apreender divergências acerca deste significado. A maioria dos questionados (13 deles) responderam que se formaram entre o ano de 2001 e 2015. O que mostra uma maioria de profissionais recentemente formados.

A segunda pergunta “O que você entende como saúde?” foi colocada com a intenção de captar o pareamento do entendimento de saúde da maioria da equipe com a definição de saúde da Reforma Sanitária, para fazer um paralelo entre o resultado do entendimento (ou não) da profissão dos assistentes sociais com a compreensão sobre saúde. A grande maioria (19 pessoas) escolheu a resposta que resume muito bem o conceito de saúde atual: “É o bem-estar de um indivíduo em relação às suas boas condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, saneamento básico, entre outros”. Mostra o reconhecimento da equipe que o significado de saúde vai além da ausência de doenças e depende de vários fatores objetivos e subjetivos para estar em plenitude.

Uma das perguntas mais importantes foi feita de forma direta, para entender o cerne do questionamento deste trabalho, que é apreender como os sujeitos da pesquisa entendem sobre a profissão, foi esta: “O que é Serviço Social?”. O resultado dessa questão foi, de forma geral, preocupante, tendo em vista que a maioria (12 profissionais) não elencaram a opção correta e sim entendem que o Serviço Social “É o serviço prestado por assistentes sociais inscritos (as) no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)”.

---

<sup>17</sup> Os resultados deste questionário já foi discutido em sessões anteriores.



A preocupação se torna maior quando observamos o que a minoria elegeu como resposta. Um grupo de 3 questionados entende que Serviço Social “É o grupo de assistentes sociais em uma instituição designados a ajudar os usuários de serviços de saúde” e 2 pessoas acreditam que “É uma profissão de nível superior, cuja regulamentação foi atualizada pela Lei 8.662/1993, que pode ser exercida tanto por um Assistente Social quanto por um Cientista Social”. É um resultado alarmante, porque apenas 3 entrevistados entendem que o Serviço Social “É uma profissão de nível superior, cuja regulamentação foi atualizada pela Lei 8.662/1993 e só pode ser exercida por um Assistente Social”.

A quarta pergunta: “O que você entende sobre o que é a atuação do assistente social no hospital?”, é também muito importante para compreender até onde vai o desentendimento sobre a profissão. Metade dos entrevistados (10 pessoas) elegeram como correta a alternativa “Acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os pacientes na intenção de garantir o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais”, sendo que por um detalhe muito importante a resposta correta e que foi escolhida pela outra metade (10 pessoas) era “Acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os usuários do SUS na intenção de viabilizar o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais”. Como bem sabemos o assistente social não tem condições de garantir o acesso dos usuários aos seus direitos, ele pode apenas, como exemplifica a resposta correta, fazer o que for necessário na intenção de viabilizar esse acesso, o que não garante o mesmo.

Nas próximas perguntas procuramos entender em qual nível o trabalho cotidiano desses profissionais perpassa pelo conceito anteriormente discutido da intersetorialidade, onde cada profissional entende a importância do trabalho do outro profissional e conta com ele para obter uma solução de qualidade para os usuários dos serviços de saúde.

Por isso, a quinta questão indaga “Com que frequência você precisa do Assistente Social no seu trabalho?” e para ela 5 profissionais responderam “Sempre”, 9 responderam “Frequentemente”, 4 responderam “Às vezes” e 2 responderam “Difícilmente”. Achamos compreensível que nem todos os profissionais precisem do assistente social do seu cotidiano, mas quando colocamos esse fato sob o prisma da intersetorialidade vemos que, no final das contas, a equipe de saúde nem sempre está envolvida na busca de um atendimento integral ao usuário.

A sexta pergunta “Qual a relevância do trabalho do Assistente Social?” é uma pergunta polêmica, mas essencial para entender a importância da profissão para os sujeitos e para a sociedade. Obtivemos 15 respostas para a alternativa “Alta”, 4 respostas para “Média” e, por mais pontual que seja, não deixa de ser necessário problematizar que 1 profissional de saúde entende que a relevância do trabalho do assistente social é “Baixíssima”. É positivo que a maioria das repostas tenha sido “Alta”, mostra que a equipe, no geral, reconhece a importância a relevância do assistente social no contexto hospitalar. Porém, se o assistente social é o profissional que mostra potencial em refletir debates interdisciplinares, é capaz de enxergar o usuário como com as suas mais diversas demandas, apresentar soluções sólidas para problemas emergentes complexos, qual a imagem da profissão está sendo projetada para os profissionais que acham que a sua relevância é “Média” e “Baixíssima”? Para nós, fica claro que nem todos entendem ou reconhecem a importância da profissão, vide a quinta questão, em que alguns profissionais afirmam que dificilmente precisam do assistente social no seu cotidiano, ou seja, não há encaminhamento da parte deles para o Serviço Social.

Em contrapartida, a sétima e última questão “Qual o lugar do Serviço Social no Hospital Giselda Trigueiro?” contou com a maioria dos sujeitos (18) elegendo o lugar do Serviço Social no hospital como “Central. Junto com todas as outras profissões do hospital”. Apesar de ser minoria, acho importante colocar que os 2 outros profissionais, acreditam que o lugar do Serviço Social no hospital é “Periférico. Está no hospital para auxiliar os demais profissionais”. Apesar de nem todos reconhecerem a alta relevância do assistente social, admitir que o lugar da profissão é central, junto com todas as outras profissões mostra que a maioria da equipe sabe a importância de cada profissional para a totalidade do serviço de saúde. É prudente não deixar passar em branco os dos profissionais de saúde que responderam que o lugar do serviço social no hospital é periférico e que está no hospital para auxiliar os demais profissionais. Esse tipo de pensamento nos leva aos primórdios da profissão, quando o assistente social auxiliava médicos e outros profissionais de saúde. A reminiscência desta imagem é, no mínimo, preocupante, depois de tudo que foi discutido neste trabalho.

É possível observar que a maioria dos profissionais de saúde questionados compreende que, num contexto relativo a promoção de qualidade de vida, ou seja, de integralidade na saúde, não é cabível entrar num discurso de que, o Serviço

Social ou qualquer que seja a profissão inserida no cotidiano hospitalar, é irrelevante ou pode ser considerada dispensável, periférica. O que existe é uma rotina, muitas vezes automatizada, que não os permite enxergar a rede de serviços, dentro do próprio hospital, interligada e que sustenta o funcionamento do mesmo.

Nota-se, também que a possibilidade de trabalho intersetorial, apesar de ser sinalizado pelos assistentes sociais no primeiro questionário, não é percebida com a mesma unanimidade por parte dos outros profissionais. Em outras palavras, alguns poderiam afirmar que sem o trabalho do assistente social, o seu serviço continuaria sendo possível. Entretanto, após o que foi debatido aqui, fica nítido que os serviços podem sim continuar funcionando e atendendo os usuários que deles precisam sem estarem pautados pelo exercício intersetorial, porém não com a maior potência, sinergia e eficácia.

O maior exemplo disso, aos observamos e tomarmos nota na experiência de estágio, é a grande quantidade de reinternação hospitalar dos pacientes em tratamento de tuberculose. A saber, boa parte dos pacientes que dão entrada no hospital com tuberculose, tratam-se em regime de internamento e, após algumas semanas após a alta, retornam com o mesmo problema. O porquê? Porque em algum momento aquela rede citada anteriormente, em alguma extremidade, falhou. Aí recaímos novamente na importância urgente de um exercício intersetorial, em todos os níveis, pois a falha pode ter acontecido desde dentro do hospital enquanto o paciente tuberculoso estava internado, passando pelo atendimento domiciliar após sua alta ou pela falta de condições adequadas de moradia, saneamento básico e higiene que podem chegar alcançar a responsabilidade do Estado.

Para satisfazer o principal questionamento desde trabalho, a quarta pergunta feita aos profissionais nos mostrou um resultado que ao ser analisado criticamente, nos faz compreender que a captação da imagem do Serviço Social está comprometida em algum momento desta comunicação.

Acontece que para metade dos sujeitos entrevistados afirmarem que entendem que a atuação do assistente social é acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os pacientes na intenção de **garantir** o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais, é porque, possivelmente, por um lado, os indivíduos realmente acreditam que o assistente social é dotado deste “poder”. E se é este o entendimento, significa uma reminiscência do messianismo da profissão. Ou, por outro lado, os questionados acreditem que é isso que a categoria quer ouvir, como

se fizessem isso para promover uma valorização forçada da profissão, tendo em vista que todos estavam cientes do que se tratava o tema do trabalho em questão.

É um desafio saber por qual dessas razões metade dos sujeitos escolheram essa alternativa, porém tendemos a acreditar que, sim, há uma reminiscência do messianismo da profissão, mesmo que mínimo.

Em contrapartida, é preciso destacar a outra metade dos profissionais que apreenderam a verdadeira atuação do assistente social no lócus da pesquisa, que de forma extremamente resumida e para pessoas alheias ao conhecimento sobre a profissão, se sintetiza em: acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os usuários do SUS na intenção de viabilizar o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais.

#### **4 CONCLUSÃO**

Como vimos, o assistente social é essencial para o exercício da intersetorialidade, sendo o elo orgânico que buscará articular as várias demandas do usuário para uma possível solução eficaz, numa conjuntura de demandas e problemas cada vez mais complexos que é a saúde dentro de um contexto neoliberal. O assistente social se insere nesse cenário como um trabalhador assalariado, que precisa lidar com as inúmeras contradições da própria profissão.

A tensão que atravessa a representação social desta profissão se expressa através do convívio, nem sempre muito explícito, de elementos claramente oriundos das protoformas do Serviço Social, e outros mais recentemente incorporados ao rol de representações que circunscrevem a profissão, os quais possuem na defesa dos direitos, seu principal aspecto.

Ao analisar as respostas obtidas nessa pesquisa, fica claro que existem algumas divergências de compreensão sobre o trabalho da equipe de Serviço Social, mas que, no geral, a análise é satisfatória, para uma profissão há poucas décadas regularizada. A maioria dos profissionais de saúde reconhecem a importância do exercício profissional dos assistentes sociais no hospital e compreendem qual o verdadeiro papel nele. Porém, mesmo que seja minoria, chama atenção algumas respostas negativas, obtidas pela média de 5 profissionais.

O que podemos concluir é que, como categoria, seguimos avançando no amadurecimento da representação social da profissão, que é interdependente da conjuntura na qual está inserida, mas diretamente ligada a autoimagem que detemos dela e no caminhar coletivo a uma luta pela valorização (em todos os níveis) e divulgação da importância da profissão, enquanto classe trabalhadora e ao lado da mesma, em defesa dos nossos direitos.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm) Acesso em: 05 set. 2015.

AMARAL, G. 2008. **As ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade: construindo marcos de referências para o exercício profissional dos assistentes sociais.** Florianópolis: UFSC, 2008.

ANDRADE, L.O.M. 2006. **A saúde e o dilema da intersectorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, S. 2014. **Há 60 anos, o potiguar Café Filho assumia o comando do país.** Disponível em: <<http://www.novojornal.jor.br/noticias/politica/1925>>. Acesso em: 12 de setembro de 2014.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. 2006. **Política social: fundamentos e história.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constitui...](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitui...)>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2009. O SUS de A à Z. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3\\_ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf). Acesso em: 21 nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: . Acesso em: 01 maio 2015.

BRAVO, M. I. S. (2009) **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acesso em: 18 junho 2017.

BRAVO, M. I. de S. 2007. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S. 2006. **Política de Saúde no Brasil. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CASCUDO, L. C. 1999. **História da cidade do Natal.** Natal: Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, CFESS. 2010. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (2010). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. 1993. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

COSTA, M. D. H. 2010. **Serviço Social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** Tese de Doutorado. Recife. UFPE - PE, 2010.

COSTA, M., D., H. (2011). **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** Disponível em: < [http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-7.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf)> Acesso em 15 de Outubro de 2015.

COUTO, B. R. 2004. **O direito social, a constituição de 1988 e a seguridade social: do texto constitucional “a garantia da assistência social.** In: \_\_\_\_\_. O direito social e a assistência na sociedade brasileira: uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2004.

FRANÇA, M. C.; CAVALCANTI, P. B. 2017. **A intersetorialidade e o assistente social na saúde.** Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/12.pdf>. Acesso em: 01 Junho 2017.

GUERRA, Yolanda. 1995. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V. 1982. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982.

IAMAMOTO, M. V. 2002. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do (a) assistente social. Brasília: CFESS, 2002.

JUNQUEIRA L. A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. 1997. **Descentralização e intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** Série Concurso de Ensayos CLAD. Caracas: UNESCO/CLAD, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. & INOJOSA, R. M. 1997. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária.** São Paulo, FUNDAP, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. 2000. **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, nov./dez. 2000.

LIMA, R. D. O.; OLIVEIRA, R. A.; SOUSA, F. M. 2015. **Intersectorialidade, Política de Saúde e Serviço Social: um processo de ações na busca da integralidade.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2015.

MACHADO, Lourdes A. 2016. **Construindo a intersectorialidade.** Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com>. Acesso em: 22 jul. 2016.

MATOS, M. C. 2003. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. 2006. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde.** In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. 1996. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo. Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. 2004. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 7ed. São Paulo: Cortez, 2004.

ORTIZ, F. S. G. O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, 2007.

RAICHELLIS, R. (2011) **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.** São Paulo: Serviço Social & Sociedade, 2011.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. 2010 **Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate.** 2010. Disponível em: < [http://www.ucpel.tche.br/revista\\_soc\\_debate](http://www.ucpel.tche.br/revista_soc_debate)> acesso em 07 jun. 2017.

SESAP/ASSECOM. **O Hospital Giselda Trigueiro passa a atender apenas pacientes referenciados.** Disponível em: <<http://www.escoladegoverno.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=17378&ACT=null&PAGE=null&PARM=null&LBL=NOT%C3%8DCIA#sthash.Llcj2mld.dp>>. Acesso em: 04 de setembro de 2014.



SESAP/TI. **Hospital Giselda Trigueiro – Natal.** Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7926>  
Acesso em: 15 de setembro de 2015.

SOUSA, M. A. S. L. 2010. **As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação.** Textos e Contextos: Porto Alegre, 2010.

SOUZA, D. O.; SILVA S. E. V.; SILVA, N. O. 2011. **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>. Acesso em: 18 junho 2017.

TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. 2000. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** Revista de Administração Pública, 2000.

## ANEXOS

### Questionário 1 – Assistentes Sociais

1 - Quando você concluiu o curso de graduação?

- a) Anterior a 1970
- b) Entre 1971 e 1980
- c) Entre 1981 e 1990
- d) Entre 1991 e 2000
- e) Entre 2001 e 2015

2 - O que você entende como saúde?

- a) É a ausência de doença num indivíduo.
- b) É o bem-estar físico de um indivíduo.
- c) É quando um indivíduo possui integridade física.
- d) É o bem-estar de um indivíduo em relação às suas boas condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, saneamento básico, entre outros.
- e) É um elo entre prevenção de doenças e promoção da saúde.

3 - Qual o seu papel no hospital?

- a) Lutar pela garantia dos direitos sociais dos usuários do SUS, mudando a realidade de cada indivíduo.
- b) Trazer soluções para os problemas sociais dos indivíduos, visando a cooperação nos tratamentos das doenças infectocontagiosas.
- c) Informar os usuários sobre os seus direitos e deveres, seja fora ou dentro do hospital.
- d) Fazer uma escuta qualificada do usuário e apresentar estratégias de intervenção na sua realidade, com o objetivo de viabilizar o acesso do mesmo aos direitos sociais.
- e) Garantir o bom funcionamento do hospital através da relativa autonomia profissional.

4 - Quais as principais demandas e encaminhamentos que você realiza?

- a) Acolhimento, atualização do censo, controle de visitantes e acompanhantes, orientação e informações sobre as normas do hospital e dos direitos e deveres do paciente, apoio à equipe multiprofissional do hospital.
- b) Entrevista social, orientação sobre as normas do hospital, controle de visitantes e acompanhantes, visita leito a leito.
- c) Acolhimento, avaliação do perfil sócio-econômico do usuário através do formulário de entrevista social e da escuta qualificada; visita leito a leito e atualização do censo; encaminhamentos para a rede sócio-assistencial; orientações e informações sobre os direitos e deveres relacionados à realidade do usuário, seja fora ou dentro do hospital, participação nos meios de gestão compartilhada, entre outros.
- d) Entrevista social, visita leito a leito e atualização de censo, encaminhamento para a rede sócio-assistencial, orientações e informações sobre os direitos e deveres do paciente.

- e) Visita leito a leito e atualização do censo, controle de visitantes e acompanhantes, orientações diversas ao usuário e apoio à equipe multiprofissional.

5 - No hospital existe a possibilidade de um trabalho multiprofissional ou alguma relação do seu trabalho com o trabalho dos demais profissionais? Se sim, quais são esses profissionais?

- a) Não.
- b) Sim. Enfermeiros.
- c) Sim. Enfermeiros e médicos.
- d) Sim. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e nutricionistas.
- e) Sim. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas.

**Questionário 2 – Nutricionistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.**

1 - Quando você concluiu o curso de graduação?

- a) Anterior a 1970.
- b) Entre 1971 e 1980.
- c) Entre 1981 e 1990.
- d) Entre 1991 e 2000.
- e) Entre 2001 e 2015.

2 - O que você entende como saúde?

- a) É a ausência de doença num indivíduo.
- b) É o bem-estar físico de um indivíduo.
- c) É quando um indivíduo possui integridade física.
- d) É o bem-estar de um indivíduo em relação às suas boas condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, saneamento básico, entre outros.
- e) É um elo entre prevenção de doenças e promoção da saúde.

3 - O que é Serviço Social?

- a) É o grupo de assistentes sociais em uma instituição designados a ajudar os usuários de serviços de saúde.
- b) É uma profissão de nível superior, cuja regulamentação foi atualizada pela Lei 8.662/1993 e só pode ser exercida por um Assistente Social.
- c) É o serviço prestado por assistentes sociais inscritos (as) no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).
- d) É uma profissão de nível superior, cuja regulamentação foi atualizada pela Lei 8.662/1993, que pode ser exercida tanto por um Assistente Social quanto por um Cientista Social.
- e) É o grupo de assistentes sociais de uma instituição formados em Ciências Sociais.

4 - O que você entende sobre o que é a atuação do assistente social no hospital?

- a) Orientar os usuários sobre questões de condutas sociais.
- b) Resolver os conflitos entre os usuários dos serviços de saúde no hospital.
- c) Acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os usuários do SUS na intenção de viabilizar o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais.
- d) Resolver qualquer conflito dentro do hospital, pela capacidade de mediação destes e facilidade com as relações sociais.
- e) Acolher, ouvir, dialogar, informar e orientar os pacientes na intenção de garantir o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais.

5 – Com que frequência você precisa do Assistente Social do seu trabalho?

- a) Sempre.
- b) Frequentemente.
- c) Às vezes.
- d) Dificilmente.
- e) Nunca.

6 - Qual a relevância do trabalho do Assistente Social?

- a) Alta.
- b) Média.
- c) Baixa.
- d) Baixíssima.
- e) Nenhuma.

7 - Qual o lugar do Serviço Social no Hospital Giselda Trigueiro?

- a) Central. É a principal profissão do hospital.
- b) Central. Junto com todas as outras profissões do hospital.
- c) Periférico. Está no hospital para auxiliar os demais profissionais.
- d) Periférico. É uma profissão alheia aos principais serviços oferecidos no hospital.
- e) Não há lugar para o Serviço Social no hospital. É dispensável.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

### Esclarecimentos:

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO”** que tem como pesquisador responsável Dalyanne Lorena Elias de Araújo.

Esta pesquisa pretende analisar criticamente a compreensão que os (as) médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Hospital Giselda Trigueiro têm sobre o trabalho do Serviço Social.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a preocupação acerca dos desentendimentos sobre a atuação do assistente social, especificamente no âmbito da saúde.

Caso você decida participar, você deverá responder um questionário com perguntas estruturadas. É importante destacar também que caso algum questionamento lhe cause qualquer tipo de constrangimento, você poderá se recusar a respondê-lo.

Durante a aplicação dos questionários a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre refere-se ao uso indevido das informações coletadas. Tal risco será praticamente inexistente, tendo em vista que todas as informações obtidas serão sigilosas e que você não precisará se identificar na aplicação dos questionários, precisamos saber apenas a profissão do questionado. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: a exposição do tema abordado para a direção e a equipe técnica do Hospital Giselda Trigueiro poderá trazer melhorias verticalizadas aos serviços prestados pelo hospital, possibilitando abrir as portas para um debate ampliado pela socialização e apreensão coletiva sobre o cotidiano de atividades dos colegas de trabalho, na tentativa de que os profissionais conheçam, ao menos, minimamente qual a função de cada trabalhador na prestação de serviços de saúde, o que faz com que a equipe multiprofissional esteja bem articulada e traz eficácia aos serviços prestados.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas ligando para Dalyanne Lorena Elias de Araújo, através do número (84) 9 9831-1113. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Dalyanne Lorena Elias de Araújo.

### **Consentimento Livre e Esclarecido:**

Após ter sido esclarecido (a) sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, eu,

---

\_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa: “O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

**Declaração do pesquisador responsável:**

Como pesquisador responsável pelo estudo: “O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO” declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Dalyanne Lorena Elias de Araújo  
**Pesquisadora Responsável**