



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

DÉBORA EVELLYN SILVA SOUSA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO CONTEXTO HOSPITALAR**

**CAMPINA GRANDE
2022**

DÉBORA EVELLYN SILVA SOUSA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientador: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza.

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S725s Sousa, Debora Evellyn Silva.
Serviço social e intersetorialidade na política de saúde
[manuscrito] : desafios e possibilidades no contexto hospitalar /
Debora Evellyn Silva Sousa. - 2022.
33 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2022.

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Intersetorialidade. 2. Política de Saúde. 3. Serviço Social. I. Título

21. ed. CDD 362

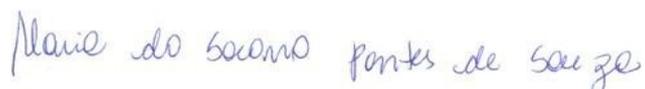
DÉBORA EVELLYN SILVA SOUSA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: ___/___/_____.

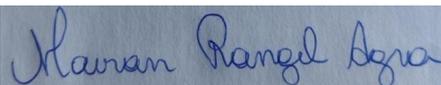
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza (Orientadora Acadêmica)
Departamento de Serviço Social/UEPB



Prof. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social/UEPB



Mairan Agra Rangel
Assistente Social do Hospital de Emergência de Trauma de Campina Grande/PB
Especialista em Saúde da Família - UNIPE
Mestranda em Serviço Social - UEPB

O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. “É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”. (IAMAMOTO, 2001)

LISTA DE SIGLAS

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
SUS – Sistema Único de Saúde
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
LOS – Lei Orgânica da Saúde
FHC – Fernando Henrique Cardoso
ONGs – Organizações Não Governamentais
OS – Organizações Sociais
OPNES – Organizações Públicas Não Governamentais
PT – Partido dos Trabalhadores
AB – Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
CF – Constituição Federal
PSF – Programa Saúde da Família
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ABESS – Associação Brasileira de Escolas em Serviço Social
ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Algumas considerações a partir do contexto dos anos 1980.....	9
3. A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: Algumas Reflexões.....	15
4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Trajetória da inserção profissional.....	20
5. INTERSETORIALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO COTIDIANO DO SUS	26
5.1 Serviço Social na Atenção Hospitalar: Desafios e Perspectivas da intersectorialidade na prática profissional.....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7. REFERÊNCIAS.....	38

SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO CONTEXTO HOSPITALAR

SOCIAL SERVICE AND INTERSECTORIALITY IN HEALTH POLICY: CHALLENGES AND POSSIBILITIES IN THE HOSPITAL CONTEXT

Débora Evellyn Silva Sousa¹

RESUMO

O presente trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado sob forma de artigo científico, resulta de um estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, respaldado no referencial teórico-metodológico crítico dialético. Tem como objetivo principal refletir sobre os desafios e possibilidades presentes no exercício profissional do serviço social, para a construção da Intersetorialidade na saúde pública brasileira e particularmente na atenção hospitalar do SUS. A realização desse estudo foi motivada através da experiência de estágio supervisionado obrigatório em serviço social, realizado no Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado na Cidade de Campina Grande/PB, no período de abril de 2019 a março de 2020. A vivência em tal espaço, e a articulação com as leituras em torno da temática, nos fez despertar para a importância do debate em torno da intersectorialidade enquanto diretriz estratégica da política de saúde, embora muitas vezes se reduza a ações emergenciais e improvisadas pelos profissionais de saúde, dentre os quais os assistentes sociais. Os resultados do presente estudo sugerem que, ainda que as respostas dadas pelo serviço social no campo da saúde, nem sempre se constituam em ações planejadas, os/as assistentes sociais têm buscado contribuir na permanente articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as demais políticas sociais, especialmente aquelas que integram o sistema de seguridade social Brasileiro.

Palavra – Chave: Intersetorialidade. Política de saúde. Serviço social.

¹Acadêmica do curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.
Email: deboraevellyn1997@gmail.com

ABSTRACT

This Course Completion work (TCC), now presented in the form of a scientific article, aims to bring as a goal the challenges and possibilities of the Social Service Intersectoriality within the scope of the Brazilian Health Policy. We present this work through a documentary and bibliographic research where research was carried out through books and scientific articles with themes focused on the theme addressed. Through insertion in the Mandatory Internship field at the Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, located in the Malvinas neighborhood, in the City of Campina Grande / PB, it allowed us to approach the theme from the moment the hospital interacts with other Social Security policies, such as assistance and social security. Thus, through the entire internship period, it is possible to perceive the need to deepen the knowledge on the theme of intersectoriality as the publications related to the theme are scarce, and deserve to be highlighted for the topic addressed. Thus, the article now structured, aims to present the real demands and difficulties encountered by Social Workers in what involves intersectoriality and interdisciplinarity with other social policies, their challenges and possibilities in the current context of state counter-reform and consequently of the others social politics.

Keyword: Intersectoriality, Social Policy, Interdisciplinarity, Against State Reform

1 .INTRODUÇÃO

A intersetorialidade na política de saúde, tema central deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), vem se constituindo no contexto atual, em importante objeto de debate e pesquisas nas várias áreas do conhecimento, dentre as quais o serviço social. Nesse sentido, entendemos que o aprofundamento do conhecimento em torno de tal temática se faz necessário, considerando que a realização de atividades de natureza intersetorial, se apresenta como objeto de ação profissional do serviço social, tanto no espaço sócio-ocupacional da saúde, como em outras áreas das políticas públicas e sociais.

Vale ressaltar que a área da saúde é caracterizada historicamente por ser um dos setores que mais absorvem assistentes sociais no país, mostrando-se como terreno fértil

para a intervenção profissional, tendo uma prática voltada para os determinantes sociais do processo saúde-doença. Para tanto, cabe destacar a importância das ações intersetoriais para atender as necessidades de suas demandas e respostas profissionais sobre os determinantes e condicionantes da saúde. Assim, a interlocução com 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.

A intersetorialidade, entendida como articulação de setores nas políticas sociais, é uma diretriz essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), para efetivar o princípio da integralidade, na perspectiva do enfrentamento do processo saúde-doença e de seus determinantes, possibilitando perceber o usuário em sua totalidade nas suas demandas individuais e coletivas.

O estudo ora apresentado traz sua relevância na medida em que busca contribuir com o debate em torno da temática aqui abordada, e refletir sobre os dilemas e desafios do exercício profissional do serviço social no âmbito da saúde, para a construção da intersetorialidade. A metodologia utilizada para a construção do presente artigo, se caracteriza como uma pesquisa de caráter documental e bibliográfica, fundamentada no referencial teórico-metodológico crítico dialético.

Cabe destacar que o interesse pela temática surge no período do Estágio Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no período de abril de 2019 a março de 2020, junto ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande/PB. Durante nossa inserção em campo de Estágio junto à referida instituição, foi possível perceber a necessidade do aprofundamento em torno do tema da intersetorialidade e da construção de reflexões que possibilitem a apreensão de sua importância estratégica, considerando que as ações e práticas intersetoriais, apesar de se constituírem demandas aos trabalhadores da saúde, tende a ser ignorada por grande parte dos/as profissionais que atuam em tal política. E, em geral, resulta em demandas voltadas ao serviço social.

Nessa perspectiva, o artigo ora apresentado resulta de um estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, e tem como principal objetivo refletir sobre os desafios e possibilidades presentes no exercício profissional do serviço social, para a construção da Intersetorialidade na saúde pública brasileira, e particularmente em contextos hospitalares.

O artigo se encontra estruturado da seguinte forma: na primeira seção, apresentamos uma breve introdução de nosso objeto de estudo, especificando o interesse pelo tema, além de sua relevância, como também a metodologia utilizada para realização do estudo. Na segunda seção, abordamos a trajetória da política de saúde no Brasil, buscando situar os avanços e retrocessos de tal política até a conjuntura atual. Na terceira seção, apresentamos algumas reflexões sobre a relação e importância da intersetorialidade na política de saúde Brasileira. Na quarta seção, discorremos sobre o Serviço Social e a sua interlocução com a Política de Saúde, situando a trajetória e inserção da profissão nesta área. Posteriormente abordamos a intersetorialidade no exercício profissional do assistente social no âmbito da política de saúde, buscando apresentar algumas reflexões sobre os desafios e possibilidades no contexto hospitalar. Por fim, apresentamos as considerações finais do trabalho e as referências que subsidiaram a fundamentação para a sua construção.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Algumas considerações a partir do contexto dos anos 1980

Conforme destaca Bravo (2009), nos anos 1980, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica permeada pela dificuldade na formulação de políticas econômicas, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias que, parafraseando Boschetti (2006), criou terreno fértil para o avanço do neoliberalismo.

Em contrapartida, a década de 1980 foi marcada por um redirecionamento político, a partir da ascensão e fortalecimento de novos sujeitos sociais, possibilitando um processo de redemocratização da sociedade, de intensas mobilizações populares, trazendo dentre as bandeiras de luta, a garantia do acesso aos direitos sociais, a promoção da cidadania e da emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como a ampliação dos espaços de atuação coletiva democrática e de controle social. Segundo Paim (2009), neste momento, a saúde passou a ser reconhecida como direito social gratuito e universal, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: a saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196).

Bravo (2009) destaca que a saúde nesse contexto deixou de ser interesse apenas dos técnicos, ocorrendo uma politização do setor. Dos sujeitos que entraram em cena, destacam-se aqueles que constituíram o chamado movimento de reforma sanitária (MRS), que contava com o apoio não só dos profissionais de saúde, mas também da sociedade civil. Esse movimento foi composto pela articulação dos trabalhadores da saúde e dos movimentos sociais, mediante seu projeto de emancipação humana apoiado nos pressupostos centrais de universalização do acesso, na descentralização com a participação popular para melhoria da qualidade de serviços. Na verdade, as propostas do MRS estavam para além de uma mudança no setor saúde, almejaram a consolidação da democracia e da cidadania para a sociedade brasileira, uma melhor qualidade de vida, com efetiva participação do Estado, que seria o responsável pela implementação de políticas públicas sociais e econômicas, com o objetivo de promover, prevenir e proteger a saúde do povo brasileiro.

Conforme destaca a referida autora, o MRS teve importante participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), realizada em março de 1986 em Brasília – DF, que contou com a participação de cerca de 4.000 pessoas, dentre essas, quase 1.000 delegados e os demais representantes da sociedade civil. Neste evento propunha-se não apenas a implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) antes tensionada pelo modelo de “proteção residual” nos anos de 1970.

Apesar da grande pressão do setor privado e de representações políticas conservadoras, foi possível, a partir da realização de tal Conferência, elaborar um documento onde se privilegiou grande parte das reivindicações formuladas pelos movimentos sociais e entidades da saúde. O relatório final elaborado na Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal 1988 e, posteriormente, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142/90 de 28 de dezembro do mesmo ano, as quais permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), embasado nos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe destacar que, apesar de não ocorrer o atendimento total das proposições defendidas pelo Movimento Sanitário, devido as pressões do bloco privatista, entretanto, temos importantes avanços no setor saúde, garantidos na Constituição Federal de 1988, através dos artigos 196 e 197 dispendo que:

Art. 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2002)

Neste sentido, é possível afirmar que a Constituição Federal de 1988 traz inúmeros avanços jurídicos em relação à Política Nacional de Saúde, dentre os quais destacam-se o conceito de saúde entendido a partir da articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social e universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

É importante ressaltar, conforme discutiremos no tópico a seguir, que a perspectiva de saúde apresentada pela regulamentação do SUS no Brasil, está pautada na intersectorialidade para atingir o enfrentamento das causas que envolvem o processo de adoecimento, por meio de práticas integradas com as demais políticas sociais. Entretanto, apesar dos avanços no texto constitucional, a conjuntura dos anos de 1990 é caracterizada pelo avanço do ideário neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, impactando diretamente no SUS Constitucional.

Cabe destacar que em tal contexto, caracterizado por um cenário de intensificação da agenda neoliberal e de um discurso de crise fiscal do Estado, se propõe um conjunto de medidas reformistas, que segundo Behring (2003), trata-se de um processo de *(contra)reforma*, que ganha visibilidade no país, no governo de Fernando Collor, que buscou estabelecer medidas neoliberais, mas apenas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que toma posse em 1994, a agenda de reformas ganha organicidade, em meio a um cenário econômico de crise da dívida externa, desemprego e crise estrutural do capital, colocando-se a necessidade de reformas estruturais, trazendo como ideia central a focalização, seletividade e descentralização – trinômio dos ideais neoliberal para com as políticas sociais. (BEHRING; BOSCHETTI 2008; MONTANÕ, 2002). Sendo assim, trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital (NOGUEIRA,1998).

Nessa perspectiva, o governo de Fernando Henrique Cardoso aprova a reforma administrativa do estado, “situando a saúde como área não exclusiva do estado”. É possível observar em tal conjuntura ações que impulsionaram a desresponsabilização do

Estado na execução do núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa), passando a responsabilidade para as Organizações Públicas Não Estatais (OPNES), Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações Sociais e (OS), formando parcerias entre o público e o privado, através da Lei nº 9.637/1998, para gerência de políticas sociais, englobando a de saúde. Analisando tal conjuntura, Soares (2010) destaca que a racionalidade instrumental burguesa se reatualiza no processo de contrarreforma do Estado a partir dos princípios do ideário neoliberal, particularizando-se na política de saúde.

Portanto, é possível perceber a partir de tal contexto, a disputa entre projetos antagônicos que se expressa na saúde através do Projeto de Reforma Sanitária com defesa da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, equidade, integralidade da assistência, tendo como premissa a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, e de outro lado do Projeto Privatista articulado ao mercado, visando os interesses do grande capital.

As eleições presidências de 2002, e a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da república, representante e líder do Partido dos Trabalhadores (PT), significou uma esperança para a classe trabalhadora, no que se refere à possibilidade de mudanças nas configurações do Estado, historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores. No entanto, o que ocorreu foi a continuidade da política macroeconômica do governo FHC.

A conjuntura que caracterizou o governo Lula, foi marcada pela perspectiva do neodesenvolvimentismo, que, conforme destaca Krüger (2014), buscou combinar desenvolvimento econômico com desenvolvimento social. Esse novo projeto surge da aliança entre o governo Lula com o capital produtivo, para se opor ao capital especulativo, e se caracteriza por ser uma política de conciliação de classes. No que se refere ao setor saúde, Soares (2010) chama atenção para o fato que a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS Constitucional.

Entretanto, apesar da expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, Bravo (2009) ressalta que o governo Lula subordina as políticas sociais à lógica econômica conservadora, adequada ao ajuste e à contrarreforma neoliberal. Através das ações do Ministério da Saúde, tem-se uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. No que se refere às medidas de fortalecimento do SUS, cabe destacar proposições como política de saúde bucal, as urgências/emergências, o acesso a medicamentos, com a criação da Farmácia Popular, a ampliação da Atenção

Básica (AB) através da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos, entre outros exemplos. Entretanto, Borline (2010) salienta que, em paralelo a essas iniciativas, foram mantidas e adequadas, medidas que retraíram o financiamento da Saúde, permitiam o desvio de recursos do fundo público, ampliavam a terceirização e subsidiavam novos projetos de privatização e ampliavam o desfinanciamento do SUS.

Em suma, é importante destacar que:

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos de 1990 continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 21).

A eleição de Dilma Vana Rousseff, gestão 2011/2016, como a primeira presidenta mulher do regime democrático, é marcada por medidas de continuidade do governo anterior. A focalização das ações continua, assim como a redução de recursos para a execução destas, o que fragmentou e fragilizou ainda mais a política de saúde. O que se fomentou foram as parcerias público/privado, com as discussões e fortalecimento de gestões que apoiavam a articulação da saúde com as Organizações Sociais (OSs), outra medida diz respeito à autorização e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei nº 12.550/11, o que possibilitou a ampliação da contratação terceirizada dos profissionais da saúde, gerando uma intensa rotatividade e flexibilização dos contratos de trabalho, somada à configuração do Projeto “SUS possível” que “moderniza”, ou melhor, reconfigura os princípios do SUS, e passa a ser concebido no interior do campo das “possibilidades”, conforme ressalta Soares (2010).

No entanto, Paim e Reis (2018) destacam que, apesar da continuidade da política neoliberal, certas iniciativas propostas pelo governo Dilma poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa mais médicos²; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9)

2 A Criação do Programa Mais Médicos ocorreu em resposta ao Movimento Jornadas de Junho, que teve início em São Paulo e a princípio defendia a redução do preço da passagem de ônibus, logo após teve outras pautas incorporadas e ganhou adesão no país inteiro. (PAIM; REIS, 2018)

Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras.

Assim, é possível afirmar que os governos do PT, durante o mandato de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Rousseff (2011- 2016), marcam essa nova fase orientada por uma política de conciliação de classes, pautada no social-liberalismo objetivando o crescimento econômico através da cooptação dos trabalhadores, estimulando a garantia de condições básicas por parte do Estado, ainda que focalizando suas ações na pobreza absoluta. Entretanto, as contrarreformas da Seguridade Social e demais políticas sociais ainda se estendem nesses governos, mesmo em consonância com algumas manutenções dos direitos.

A viabilização do golpe jurídico parlamentar de 2016, com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff e o acesso de Michel Temer (PMDB - 2016-2019) à presidência, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, dando continuidade ao processo de contrarreformas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

O governo ilegítimo de Temer se trata de uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. A partir desse governo ocorre o avanço do processo de contrarreforma através da intensificação do desfinanciamento, focalização, superprecarização, privatização e sucateamento da saúde, “desestruturando os alicerces do projeto de reforma sanitária” (SOARES, 2017, p. 122 e 124).

De acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), a partir do governo Temer verifica-se a aceleração das medidas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro, onde a manutenção dos direitos constitucionais é posta em xeque com mais intensidade, por via de uma nova versão da ofensiva neoliberal, o chamado ultraneoliberalismo em curso no País desde 2016. Em tal contexto, a política de saúde sofreu um enorme retrocesso a partir da Emenda Constitucional Nº 95/2016, que congela os investimentos sociais durante o período de 20 anos, e propicia, segundo as projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2016), perdas de mais de 600 bilhões no orçamento da saúde, podendo alcançar R\$ 1 trilhão, no fim desse período; a

redução de recursos do Orçamento da Seguridade Social, que implica restrição de 7% no orçamento da Saúde, esvaziando essa política. Cabe destacar ainda em tal governo, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, com medidas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enfim, a propagação do discurso da redução do SUS é presente durante todo o governo. Portanto, podemos afirmar que o governo de Michel Temer, além de dar continuidade às contrarreformas na saúde, iniciadas desde a década de 1990, aprofunda a retirada de direitos, com a diminuição da política de saúde universal e gratuita, avançando no Projeto de saúde privada, antagônico ao Projeto de Reforma Sanitária e aos princípios fundamentais do SUS.

Para intensificar esse catastrófico cenário de destruição dos direitos sociais, o governo Jair Messias Bolsonaro eleito em 2018, intensifica a proposta neoliberal implantada desde a década de 1990, e os retrocessos instaurados no país no que tange à política de saúde. Seus posicionamentos ameaçam a classe trabalhadora; no campo acadêmico inúmeros ataques à educação superior pública, “reforçando o modelo de universidade privatista e elitista” (BORGES, MATOS, 2020). Diversas tentativas de demolição aos movimentos sociais, com discursos de ódio aos grupos LGBTQIA+, indígenas, mulheres, quilombolas e descaso com o meio ambiente. Na saúde, o incentivo às parcerias público-privadas, culmina no desmonte do SUS, ameaçando a universalidade duramente conquistada na Constituição Federal de 1988.

Portanto, o SUS e suas principais diretrizes, a universalidade, a descentralização, a regionalização e integralidade no atendimento aos usuários e intersetorialidade como uma condição fundamental para a promoção à saúde e enquanto direção estratégica do SUS, vêm enfrentando na atual conjuntura, inúmeros desafios para sua efetivação, conforme discutiremos a seguir.

3. INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: Algumas Reflexões

Conforme mencionado no capítulo anterior, na particularidade brasileira a década de 1980 trouxe avanços significativos no que diz respeito aos direitos sociais de cidadania. Conforme destacam Monnerat; Silva (2011), como resultado do movimento de redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, ao menos do ponto de vista normativo, ultrapassa a perspectiva de seguro social e inaugura a concepção de seguridade social. Esta é entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa

dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2002, art. 194).

A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social, introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social. A incorporação da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a integram. No caso da saúde, o reconhecimento de que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2002, art. 196) marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde.

É importante destacar que o modelo de gestão da saúde característico do período anterior à década de 1980, dispunha de peculiaridades, pois se desenvolviam “através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2009, p. 95), tinha como forma basilar o modelo médico-privatista, por ser focalizado na doença e no tratamento individual, além de ser restrito àqueles que estivessem ligados formalmente ao mercado de trabalho, estando acobertados pela Previdência Social.

Conforme destaca Costa (2010), a concepção fundante do SUS unificou diversos atores sociais em uma frente sanitária, na perspectiva da ruptura com paradigmas biomédico, curativo, hospitalocêntrico e medicalizante e ratificou a determinação sócio-histórica do processo saúde-doença e o imperativo ético e estratégico de assegurar gestão democrática das políticas sociais numa perspectiva de indissociabilidade entre políticas de saúde e demais políticas sociais a partir de um viés intersetorial, objetivando garantir a integralidade do atendimento dos usuários no âmbito da política de saúde. É de relevância afirmar que esta política passa a ser entendida em sua totalidade, visando outros determinantes que auxiliam no processo saúde-doença, como moradia, habitação, lazer, saneamento, entre outros.

A regulamentação do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), incorporou dentre suas diretrizes a integralidade e intersetorialidade como condição para a promoção da saúde. É importante ressaltar que a intersetorialidade aparece como uma das dimensões que preveem, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde (MONNERAT; SILVA, 2011).

Cabe aqui ressaltar que a palavra Intersetorialidade é apontada na literatura com dois significados: Relações entre dois ou mais setores ou algo que é comum em diferentes setores (ANDRADE,2004; MONNERAT, 2009; PEREIRA, 2011; NASCIMENTO, 2010; BONZO, 2012). Nesta linha de pensamento, o termo empregado, “setor”, está relacionado às políticas públicas no que se refere ao processo de gestão, buscando a integralidade dessas ações com vistas a beneficiar a saúde das populações urbanas e rurais.

De acordo com Campos, a intersectorialidade é descrita como:

Processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer, que não lhe são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (2006 b, p.747).

No que diz respeito ao processo de gestão, a intersectorialidade permite que haja espaços compartilhados de decisões entre diversos setores do governo, possibilitando uma maior resolutividade no atendimento prestado aos usuários das políticas públicas e sociais. Assim, é possível afirmar que:

A intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que propiciem [...] a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de se transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL,2006, p.10-11).

Embora a intersectorialidade venha ganhando relevância nos últimos anos, pós CF 88, no que diz respeito ao campo da Seguridade Social, ainda existem muitas fragmentações nessas políticas. Giovannella et al (2002) e Mattos (2001) apontam que a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema, ao contrário das diretrizes da descentralização e do controle social, tomadas como centrais na trajetória recente do setor.

Vale enfatizar que a integralidade no atendimento é aspecto fundamental para se concretizar a intersectorialidade. A definição de integralidade, assim como o conceito de intersectorialidade, está relacionada a políticas sociais por meio da política de saúde, na perspectiva de se ultrapassar a fragmentação no atendimento, objetivando a visão ampliada de saúde e dos fatores que causam o adoecimento.

A integralidade pressupõe que o atendimento e as ações de saúde sejam realizados de forma integrada e voltadas para a promoção, prevenção e a recuperação da

saúde (Cezar, 2008 apud Santos, 2018). Nesse sentido, as práticas em saúde requerem ser organizadas em conjunto com os demais serviços de atendimento, e junto com os usuários, na perspectiva de alcançar as suas necessidades. De acordo com o referido autor, a integralidade no atendimento à saúde está assentada em dois pilares básicos, a interdisciplinariedade e a intersetorialidade, meios que devem ser transversais à prática dos assistentes sociais, conforme discutiremos posteriormente.

Cabe enfatizar que a articulação da saúde com outros setores de políticas sociais não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos profissionais da saúde, como também pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde (MONNERAT; SILVA, 2011). De acordo com as citadas autoras, embora a integralidade venha ganhando relevância na agenda setorial nos últimos anos, a partir do reconhecimento das lacunas advindas de sua não priorização ao longo da implementação do SUS, sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras.

As referidas autoras destacam ainda que os estudiosos de tal temática têm sido unânimes em apontar que a atuação, a partir das múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença que se inserem nas formulações recentes, agrupadas sob o conceito de promoção da saúde, é desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto técnico, considerando a marca histórica inscrita na política de saúde brasileira e sua persistente ineficácia frente a um conjunto significativo de agravos. Além disso, também porque muitas das ações necessárias para a promoção da saúde, envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde. A promoção da saúde implica, necessariamente, no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor saúde (MONNERAT; SILVA, 2011, apud CAMPOS, 2003). A perspectiva da intersetorialidade requer um processo socialmente construído e que requisita o conhecimento das demandas individuais e coletivas dos usuários em sua totalidade.

Conforme ressalta Costa (2010), apesar da importância da integralidade e da intersetorialidade para efetividade das políticas de saúde numa perspectiva de promoção, prevenção e a recuperação da saúde, o processo de implementação do SUS não se realizou de forma integrada às demais políticas sociais que compõem o sistema de seguridade social e não reuniu as condições para garantir as reformas pretendidas. A preocupação com a necessária interface da política de saúde com outros setores pode

ser observada a partir da retomada de questões que foram, nos últimos anos, relegadas a segundo plano, a exemplo do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e o retorno à concepção original de reforma sanitária (MONNERAT; SILVA, 2011). Nessa perspectiva a intersetorialidade se apresenta como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença.

No entanto, é importante destacar que o avanço da agenda neoliberal desde os anos de 1990, possibilitou ainda mais a abertura de lacunas que fragilizam e fragmentam a agenda intersetorial, e outras importantes diretrizes que norteiam a política de saúde no Brasil. Diante das inflexões postas frente ao avanço do projeto ultraneoliberal no país, ficam evidentes as contradições entre os direitos universais garantidos constitucionalmente e o avanço de políticas focalizadas em meio a redução dos gastos públicos, rebatendo significativamente na agenda intersetorial das políticas sociais do país.

É importante enfatizar, que a intersetorialidade envolve todos os níveis de atenção, básica, média e alta complexidade, e para viabilizar a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, requer não apenas articulação dos diversos níveis de atenção, mas também ações e articulações intersetoriais. Vale ressaltar, no que se refere aos diferentes níveis de complexidade do SUS, que o Programa Saúde da Família (PSF), como era denominado no contexto de sua criação, e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (ACS's), implementadas nos anos 1990 como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, têm como uma de suas atribuições atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Porém, conforme Costa (2010) chama atenção, o que se observa no cotidiano do SUS é que os determinantes e os condicionantes da saúde e as ações assistenciais e atividades preventivas têm sido negligenciadas, e a integralidade tem sido tratada de forma reduzida ao acesso e articulação entre os níveis de complexidade do SUS. Praticamente ignorando a formulação e a ação articulada com outras políticas públicas.

Ainda de acordo com a referida autora, cabe destacar que é nesse contexto operacional e técnico-político de reducionismo e fragmentação do acesso a serviços sociais básicos, e da atenção à saúde especialmente de alheamento ao debate e da

construção de reflexões sobre as ações e a prática intersetorial, que os assistentes sociais vêm sendo demandados a realizarem ações que se vinculem a inerente necessidade de articulação intersetorial.

Parafraseando o pensamento de Mito (2006), é com base nessas demandas que o profissional precisa utilizar uma instrumentalidade dirigida a uma atuação interdisciplinar, buscando em seu arsenal técnico-operativo, subsídios para interagir de modo equânime com outros campos de saberes, na perspectiva da viabilização do acesso ao direito à saúde dos usuários, que se estabelece a partir da articulação do trabalho coletivo em saúde. É importante mencionar que a riqueza do arsenal teórico-metodológico acumulado historicamente pelo serviço social, possibilitam à profissão importante contribuição em tal política, considerando sua centralidade no trabalho coletivo em saúde e sua histórica interface com a área da saúde, conforme discutiremos a seguir.

4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Trajetória da inserção profissional

Compreender a prática profissional do serviço social no âmbito da saúde, implica reconhecer que a profissão é socialmente determinada pelas contradições gestadas no contexto da sociedade capitalista e no processo de produção e reprodução das relações sociais. Nessa perspectiva, Iamamoto (2009), ao analisar o significado da prática profissional, procura apreendê-la no contexto da especialização do trabalho da sociedade e do processo de produção e reprodução das relações sociais inscritas na sociedade capitalista. Nesta linha de pensamento, a autora ainda reflete que:

O processo de reprodução das relações sociais não se reduz, pois, à reprodução da força viva de trabalho e dos meios materiais de produção, ainda que os abarque. Ele refere-se à reprodução das forças produtivas sociais do trabalho e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo sujeitos e suas lutas sociais, as relações de poder e os antagonismos de classes. Envolve a reprodução da vida material e da vida espiritual, isto é, das formas de consciência social – jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas e científicas – por meio das quais os homens tomam consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção de vida material, pensam e se posicionam na sociedade. (IAMMAMOTO, 2009, p10)

Ao se inserir nas relações contraditórias que fazem parte da sociedade do capital, o Serviço Social inscreve-se dentro da reprodução das relações sociais no seu sentido ampliado, tendo como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social,³

³ “A *questão social* se refere às expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do

geradas e exponenciadas através do capitalismo monopolista que se apropria de toda e qualquer riqueza socialmente produzida. Iamamoto (2009) evidencia que este profissional, inserido no âmbito de tais relações, é proprietário de sua força de trabalho especializada, no entanto, tal força só se transforma em atividade/trabalho, quando aliada aos meios necessários à sua realização, quais sejam: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização desse trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas sociais.

Conforme chama atenção Yazbek (2009), o serviço social brasileiro se institucionaliza e se legitima como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da igreja católica, para o enfrentamento e regulação da questão social no contexto dos anos 1930, no momento em que as condições degradantes da classe trabalhadora adquirem expressão política.

De acordo com Bravo e Matos (2004), entretanto, a expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial. Nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se em um dos setores que historicamente mais vem absorvendo os assistentes sociais. É neste período também que ocorre uma maior absorção de assistentes sociais na área da saúde, resultado principalmente do novo conceito de saúde elaborado em 1948, que evidenciou os aspectos biopsicossociais ao processo saúde-doença e determinou a entrada de outros profissionais para trabalhar no setor, dentre eles o assistente social.

É importante mencionar que o espaço que mais absorveu os assistentes sociais foram os hospitais. Bravo; Matos (2009), destacam que a tarefa deste profissional estava diretamente ligada a uma ação socioeducativa, exercendo a função de orientar a população sobre os hábitos de higiene e saúde, com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, apresentando como eixo central de sua atividade a dimensão individual, culpabilizando o próprio indivíduo pelos problemas, que seria fruto do seu comportamento. Ainda com base nos citados autores, outro fator que sobremaneira contribuiu para uma maior inserção do serviço social na saúde, refere-se:

empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, além da caridade e repressão.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 77)

[...] à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO; MATOS 2009, p.199)

Cabe ressaltar, que neste período o Serviço Social não buscou privilegiar a saúde coletiva como seu objeto de intervenção, o que se refletiu em ações burocráticas e focalistas a partir de uma perspectiva de cunho psicossocial junto a pacientes e familiares, desenvolvendo seu exercício profissional de forma subsidiária e subordinada à prática médica, o que se refletiu na falta de cooperação desses profissionais com o movimento de reforma sanitária que ganha expressão na década de 1970. O movimento sanitário com seus princípios pautados na Universalização e concepção ampliada da saúde, na garantia dos direitos à saúde através do Estado e organização do sistema através do SUS, não teve repercussão no âmbito da categoria dos assistentes sociais.

Bravo (2007) chama atenção para o fato que os assistentes sociais ao assumirem as propostas da reforma sanitária brasileira, poderiam ter orientado sua intervenção, na perspectiva de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, com o aprofundamento das ações interdisciplinares, com o aprofundamento da consciência sanitária e a participação dos usuários nas instituições.

É importante destacar que esse distanciamento do projeto de reforma sanitária por parte da categoria dos assistentes sociais, ocorreu em virtude da profissão estar vivendo nesse período um processo de revisão interna que se expressa por um movimento⁴ denominado de reconceituação, que ocorre a nível da América Latina, e que, de acordo com Netto (2009), emerge dentro de um quadro de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, decorrentes das novas configurações do capitalismo mundial.

Na particularidade brasileira, o processo de renovação do Serviço Social desenvolve-se no cenário político em que o país vivenciava a Ditadura Militar, apresentando três direções: reatualização do conservadorismo, guiada pela perspectiva

⁴Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Neste processo de discussão o universo acadêmico do serviço social gravitou sobre fenômenos como a estrutura social brasileira, a disparidade socioeconômica, o desenvolvimento excludente e subordinado e qual o papel sócio-político da categoria, seguido de uma revisão na formação profissional e da intervenção institucional sob uma nova ótica de liberdade e valores como: as lutas sociais, democracia e participação social junto às classes subalternas na luta por transformações societárias que levem a um estado democrático e contra as diversas formas de opressão social e econômica. Cabe salientar que esta não é a perspectiva teórica hegemônica do serviço social.

do funcionalismo, a modernização conservadora, guiada pela fenomenologia, e por último a intenção de ruptura, embasada na teoria marxista, guiada por uma perspectiva da totalidade numa visão crítica dialética.

No entanto, conforme destacam Bravo; Matos (2009), o Serviço Social na saúde vai receber as influências da perspectiva modernizadora que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica, previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.

A década de 1980 representa o início da maturidade intelectual e política do serviço social no país com a tendência de intenção de ruptura e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços (BRAVO, 2007). O Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, porém, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção, considerando que a vertente crítica manteve seus adeptos vinculados predominantemente às universidades.

Conforme destaca a referida autora, existiu uma distância entre os referenciais teóricos e as possibilidades de intervenção dos assistentes sociais, havendo dificuldades em ultrapassar os limites da prática cotidiana. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde – um dos maiores espaços sócio-ocupacionais de inserção dos assistentes sociais.

Bravo; Matos (2009), fazendo um balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 1980, afirmam que mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) com outros conselhos federais da área da saúde. No entanto, é importante enfatizar que:

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde chega à década de 90 ainda com uma incipiente alteração da

prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária, e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde. (BRAVO, 2007, p. 104)

Vale enfatizar que tal período também sinaliza a consolidação do projeto ético-político do serviço social, que encontra terreno fértil no momento de redemocratização do país, apresentando dimensões políticas e priorizando os interesses da classe trabalhadora, tem na sua base o enfretamento e a denúncia ao conservadorismo profissional, e como núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central. Tal projeto se expressa no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares de 1996.

É importante mencionar a nítida relação entre o projeto ético político do serviço social com o projeto da reforma sanitária, principalmente a partir dos seus aportes teóricos e seus princípios. Tais projetos são estruturados dentro do processo de redemocratização do país, e confluem também na orientação teórica e princípios políticos, considerando que ambos defendem a consolidação da cidadania, a participação política, a universalização de bens e serviços e a equidade (CFESS, 2010).

É possível observar que o serviço social na área da saúde no contexto dos anos 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ganha um amplo espaço de atuação em diversas instituições, de modo que se vê tensionado por dois projetos distintos em disputa e que exigem requisições distintas da profissão, assim:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social entre outras demandas: seleção sócio econômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde, com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p.209).

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão, considerando que o embate entre esses projetos vem rebatendo diretamente nas práticas profissionais. Na saúde, Soares (2019) chama atenção para o fato que, no espaço da saúde pública, cada vez mais crescem as demandas relacionadas à seletividade das práticas institucionais, além do estímulo cada vez maior a uma racionalidade que justifica toda a violação ou restrição

do direito à saúde em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste fiscal. A referida autora destaca ainda que outro importante impacto desse processo nos diversos espaços sociais tem sido a forte influência da cultura neoconservadora, inclusive na saúde. Cabe destacar que:

[...] a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, com o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, (contraditoriamente), [...] os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se presta facilmente para práticas pragmáticas que retificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais (SOARES, 2017, p. 125).

A ofensiva conservadora apresenta-se de uma forma nítida, principalmente no que se refere à crítica ao projeto hegemônico do Serviço Social e pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (CFESS, 2010).

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui algumas reflexões, conforme aponta o CFESS (2010). A primeira é a constatação que ainda existem segmentos na categoria que ao realizarem a formação em saúde pública, não se reconhecem mais como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas. Valendo ressaltar que, isto nada tem a ver com o fato de não buscarem estudos na área da saúde, e sim quando este profissional passa a realizar outras funções que não estão nas atribuições e competências do assistente social. Outra questão que merece destaque, é o resgate para a profissão do privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico e que fez parte das marcas conservadoras da profissão. E, por fim, percebe-se, gradativamente, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada.

Conforme destacam Bravo; Matos (2009), na saúde os principais desafios para a profissão na contemporaneidade, se voltam, portanto, para a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a supressão de modelos voltados para a assistência médica.

Portanto, diante de tais desafios, é preciso que a atuação dos profissionais em tal política, seja construída cotidianamente pela busca de conhecimentos e formas de intervenção na realidade, pautadas nas dimensões: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, com o objetivo de buscar estratégias para o exercício profissional, caminhando em direção a uma perspectiva crítica, aliada ao movimento de reforma sanitária, tendo em vista principalmente o fortalecimento da integralidade enquanto um dos princípios fundamentais do SUS, e a intersetorialidade como estratégia para alcançar maior efetividade das ações profissionais, conforme discutiremos no próximo item.

5. INTERSETORIALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO COTIDIANO DO SUS

Conforme abordamos anteriormente, a adoção de práticas intersetoriais ainda é um desafio no cotidiano do trabalho em saúde no contexto do SUS. Ao se debruçar sobre tal temática, Costa (2010) ressalta que implementar políticas sociais com esse enfoque, implica na superação de saberes e práticas fragmentadas e de ações nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos, demandando mudanças individuais e institucionais.

A referida autora destaca que organizar serviços moldados pela intersetorialidade remete a mudanças no campo da macropolítica (planejamento e gestão) e da micropolítica (processos de trabalho, práticas em saúde):

- a) No campo da macropolítica, remete ao compartilhamento de poderes fundados no princípio da participação social, no processo de formulação, avaliação e monitoramento dos serviços e das ações e sua interface com as demais políticas;
- b) No plano da micropolítica, remete ao desenvolvimento da capacidade de análise e habilidades para atuar de forma interdisciplinar como condição para empreender análise ampliada da realidade e intervir de forma global sobre os problemas detectados COSTA (2010).

Neste sentido, a intersectorialidade nada mais é do que uma rede de gestão, que tem como objetivo articular estratégias e ações, sejam elas no campo da macropolítica ou no campo da micropolítica, compreendendo os condicionantes da saúde. Conforme discorreremos no decorrer deste trabalho, Junqueira (1997) destaca que a intersectorialidade não é um conceito que engloba somente as políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. Para o autor, a intersectorialidade por si só exige uma estrutura organizacional, com vistas para a totalidade das ações.

É de suma importância destacar que, embora a intersectorialidade venha ganhando destaque, ainda não se configura como uma estratégia de gestão das políticas sociais. Com isso, fragiliza ainda mais a gestão destas políticas e na particularidade da área da saúde, segundo Costa (2010), dificulta ainda mais a incorporação da concepção ampliada de saúde, se refletindo na organização fragmentada e setORIZADA no trabalho nessa área, considerando a influência exercida pela ótica privatista e biomédica na rede de atendimento, priorizando ações e práticas pontuais, curativas e em contrapartida, as de prevenção e promoção à saúde.

Trabalhar com saúde corresponde a englobar todos os aspectos da vida cotidiana. Mito; Nogueira (2009) definem que a integralidade tem como pilares a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, valorizando assim os saberes de ações profissionais de diferentes áreas, entre essas o Serviço Social, que passa a ter uma nova possibilidade de atuação diante do alinhamento do projeto ético-político da profissão com a Reforma Sanitária.

O debate sobre a integralidade na saúde tem requisitado que a abordagem intersectorial 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. A formação profissional do Assistente Social possibilita 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.

[...] 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, 2008, p. 59)

Costa (2010) chama atenção para o fato que, dentro da política de saúde, o profissional que possui maior capacidade de contribuir para as vias intersetoriais, é o assistente social, por possuir uma matriz teórico-metodológica capaz de atender as demais variadas expressões da questão social, dentro de uma perspectiva da totalidade social. Parafraseando com o pensamento de Amaral (2008, p. 59):

As práticas intersetoriais dos assistentes sociais nesse território funcionam como o de um agente que articula, integra, e dá unidade ao todo, passando pelas diversas instâncias de funcionamento do equipamento e seus membros, e extrapolando para as diversas políticas públicas, tendo como objetivo desse movimento a resposta adequada a uma perspectiva de atendimento baseada na integralidade e no reconhecimento, da necessária compreensão sobre a importância dos determinantes sociais do processo de adoecimento e recuperação.

Segundo Schutz (2009), o assistente social ao responder as demandas postas no cotidiano de sua prática, busca as redes de serviços e as informações sobre o seu funcionamento. Ao sistematizar demandas coletivas, tem maior capacidade para pressionar os gestores das políticas sociais, a fim de que a intersetorialidade aconteça a partir da gestão e também de acionar as instâncias de controle social.

No entanto, a intersetorialidade ainda é desafio, mesmo fazendo parte da rotina de trabalho do assistente social, é perceptível os diversos entraves, nas gestões das políticas em meio à organização dos setores e posicionamento de diferentes profissionais, sendo importante 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.

A intersetorialidade 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.

[...] a construção da intersetorialidade 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).

É importante destacar, na particularidade da política de saúde, que assistentes sociais convivem com uma série de demandas trazidas pelos usuários e é preciso pensá-las e abordá-las na totalidade social, na perspectiva de afirmar o caráter da integralidade observando a totalidade dos sujeitos diante de suas necessidades.

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, p.16).

Refletindo sobre tal questão, König (2018) destaca que, apesar da contribuição do trabalho de tais profissionais para as ações intersetoriais, a atuação do assistente social sozinho não dá conta de materializar arranjos que respondam eficientemente e eficazmente às demandas sociais. Costa (2010, p 209) chama atenção para o fato que [...] “a intersetorialidade por não se constituir objeto do conjunto de práticas em saúde, e como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão”. As demandas postas à categoria profissional devem ser respostas conjuntas, contando com a participação de cada área, no entanto, ocorre que, em sua grande maioria, são tratadas de forma individual e imediata.

A referida autora afirma que na condição de mera atividade, as ações intersetoriais não têm avançado na superação do conjunto das ações fragmentadas, ao contrário, têm se ajustado a tal fragmentação suprimindo lacunas desse processo.

Embora a intersetorialidade venha sendo tratada como atividade e não como diretriz estratégica na implementação da política de saúde no contexto do SUS, o trabalho de articulação intersetorial realizado pelos assistentes sociais, constitui a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais. (COSTA, 2010. P.49)

Cabe mencionar, uma relevante pesquisa realizada no município de Natal/RN pela citada autora, na perspectiva de 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 os resultados de seu estudo, está a constatação de que o trânsito de arranjos setoriais entre a política de saúde e as demais políticas viabilizadoras de outros direitos sociais (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 os usuários.

Com base nos resultados do referido estudo, embora tais ações contribuam 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 possibilitam enfrentar os obstáculos de ordem socioeconômica e cultural que limitam ou mesmo impedem o processo de cuidado em saúde. Os resultados da pesquisa apontam ainda que, embora as respostas dadas pelo serviço social não constituam ações planejadas no âmbito da macropolítica do sistema de saúde, tem funcionado como a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais e de seguridade social (COSTA, 2010).

Outro resultado importante (de viés mais estrutural), apontado a partir dos resultados de tal estudo, é o de que, por não se constituir numa diretriz efetiva da política de saúde, o SUS através de seus níveis de complexidade, vem respondendo às 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. Nesse sentido, dada a sua análise reducionista, acaba por encarar a intersetorialidade como mera atividade, facilmente repassada para o Serviço Social, conforme mencionamos anteriormente.

Compreende-se que a ação intersetorial traz como indispensável a construção de objetos de intervenção em comum. Diante da complexidade das demandas que chegam aos serviços de saúde, torna-se cada vez mais imperativa a atuação interdisciplinar na perspectiva de atender integralmente o usuário, prestando-lhe assistência que considere os determinantes do processo saúde-doença. Para tanto, é fundamental reconhecer que uma só política social não consegue dar conta das necessidades básicas dos sujeitos a partir de uma perspectiva ampliada da saúde coletiva. Para tanto, se faz necessário arranjos intersetoriais, os quais são promovidos/estimulados a partir do cotidiano dinâmico dos mais diversos serviços, se colocando como um desafio para os profissionais da saúde, e nesse contexto para os/as assistentes sociais que atuam em âmbito hospitalar, enquanto importante espaço sócio-ocupacional dos/ as assistentes sociais, conforme discutiremos no tópico a seguir.

5.1 Social na Atenção Hospitalar: Desafios e Perspectivas da intersectorialidade na prática profissional

Antes de iniciarmos as considerações sobre a questão central que aqui nos propomos refletir, é importante tecer alguns traços relevantes sobre a organização do Sistema de Saúde Único do Brasil. Conforme é regulamentado através da Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde é categorizado em três grandes níveis, estão são: Atenção Básica, onde temos como porta de entrada a estratégia saúde da família, a Atenção de Média Complexidade e a Atenção de Alta Complexidade. Neste trabalho temos como foco abordar a Atenção da Alta complexidade, onde se incluem os centros hospitalares, objeto das nossas reflexões.

No que se refere à alta complexidade, ela é composta por hospitais que disponibilizam atendimento especializado para os usuários, utilizando-se de materiais de alto custo para o tratamento das doenças. Cabe destacar que:

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1997, p.9)

Costa (2012, p.22), utilizando as contribuições de Neto, Barbosa e Santos (2008), ressalta que os hospitais seguem a seguinte classificação:

I - O porte do estabelecimento, resultando em hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos. II - O perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa. III - o nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário. IV - O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Guedes e Castro (2009) denominam o hospital como uma instituição que deveria ser pensada como um importante espaço na construção do cuidado em saúde, pois nele circulam pessoas, detentoras de diferentes necessidades, e em diferentes momentos de suas vidas singulares, que chegam ao serviço para serem atendidas de forma mais

fragilizada. Assim, o espaço hospitalar deve ser necessariamente um local de realização do acolhimento, escuta, responsabilização e vínculo, constituindo um lugar estratégico para a realização do cuidado em Saúde em seu sentido amplo.

É importante destacarmos também que os hospitais são instituições que foram consolidadas ao longo da história. No Brasil, por exemplo, a implantação do primeiro hospital foi no ano de 1540, nomeado de Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Olinda, que foi instaurado junto com a Igreja de Nossa Senhora da Luz, hospital brasileiro mais antigo em funcionamento (BRASIL, 1997).

Com base nas reflexões de Costa (2012), cabe ressaltar que a expansão do modelo médico-hospitalocêntrico no Brasil, ocorre a partir da unificação da assistência médico-previdenciária com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), no ano de 1960. Concordamos com Mello (2012) quando este afirma que os hospitais sofrem transformações, e respondem a diversas finalidades sociais, que variam de acordo com cada momento histórico, de modo que, “o trabalho em saúde se organiza para suprir necessidades econômicas, sociais ou políticas da sociedade” (p.26)

No que diz respeito à inserção do/a assistente social em âmbito hospitalar, ocorre a partir dos anos de 1940, na Policlínica de Botafogo, no Rio de Janeiro, seguido posteriormente pelo Hospital das Clínicas em São Paulo no ano de 1942. É importante mencionar, que nesse mesmo ano ocorre a inserção do serviço social na previdência social, através do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Comerciantes (IAPC) (MIRANDA, 2011). A atuação dos assistentes sociais junto aos departamentos médicos, hospitais e ambulatórios tinha como foco “os aspectos sociais e morais da doença, na educação social quanto aos princípios básicos de higiene e puericultura e, principalmente, na readaptação à vida familiar e reintegração à produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p.313).

As transformações que ocorreram nas últimas décadas na política de saúde, como também o processo de renovação da profissão, vêm se refletindo em mudanças tanto no nível institucional do atendimento, como também nas requisições e respostas às demandas dadas pelos profissionais. Sua intervenção, particularmente em contextos hospitalares, tem se materializado através de programas, projetos e principalmente nos plantões, traduzindo suas atividades em ações socioassistenciais de caráter emergencial (VASCONCELOS, 2009).

É importante destacar que, na maioria das vezes, as demandas ocorrem de forma imediata, necessitando serem respondidas através de uma forma superficial, o que acaba

por levar a situações e respostas sem teor crítico (VASCONCELOS, 2009). Desse modo, os assistentes sociais que se limitam apenas em responder demandas imediatas, sem uma ação investigativa, acabam por reproduzir seu exercício profissional de forma mecanizada, resultando em ações sem criticidade.

Nessa perspectiva, cabe destacar a importância do profissional buscar construir uma postura crítica e ao mesmo tempo desenvolver uma posição investigativa no sentido de sistematizar o perfil destes usuários e demandas, visando construir respostas mais efetivas na direção da afirmação de direitos dos usuários. Há, portanto, uma necessidade social concreta, que se coloca para a profissão, que é ir além das demandas imediatas, espontâneas. Para tanto, as ações interdisciplinares e intersetoriais podem contribuir significativamente.

Segundo Costa (2009), vale destacar algumas ações que são pertinentes ao trabalho do assistente social no âmbito hospitalar:

- Atividade de levantamento de dados socioeconômico e cultural dos usuários: geralmente é norteada por um questionário, que é realizado na admissão. Sua principal finalidade é conhecer as condições de vida, os diversos fatores que perpassam o seu cotidiano e a influência desses no processo saúde/doença, assim como a identificação de familiares, para assim autorizar e acompanhar a realização de exames, uso de medicamentos, notificações de altas e óbitos.
- Interpretação de normas e rotinas: no contexto hospitalar o profissional de serviço social é convocado para instruir os usuários e acompanhantes acerca das normas e rotinas da instituição, como os horários de visitas e troca de acompanhante, a quantidade de pessoas que podem visitar, as vestimentas adequadas para estar em circulação na instituição, até mesmo o comportamento que devem ter durante o período de internação.
- Atividades Socioeducativas com informações de saúde: muitos dos profissionais realizam estas atividades com o objetivo de promover o conhecimento sobre saúde aos usuários e acompanhantes que estão internando. É uma atividade de “educação”, realizada através de visitas aos leitos objetivando repassar informações de saúde.

É importante ressaltar, com base nos parâmetros para os assistentes sociais na saúde (2010), que são objetivos do assistente social no âmbito de tal política, identificar/reconhecer as determinações sociais, culturais e econômicas que interferem no processo saúde-doença, elaborar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões, articuladas com outros segmentos profissionais/sociais, cuja finalidade seja a consolidação do SUS (CFESS, 2010).

Quanto aos eixos de atuação, são compostos por: o atendimento direto ao usuário que deve transpor o caráter emergencial/burocrático nos diferentes níveis de atenção à saúde e esfera governamental, que se dá com as ações socioassistenciais tidas como a principal demanda para o Assistente Social, e as ações socioeducativas reconhecidas como o foco da atuação, que ocorrem com a democratização de informação e orientação individual, coletiva ou grupal aos usuários/sociedade junto com a equipe, de modo a promover a construção de uma nova cultura, facilitar o acesso aos serviços e fortalecer a interdisciplinaridade; a mobilização, participação e controle social que tem como finalidade a construção e fortalecimento do usuário como sujeito político; a investigação, planejamento e gestão com o intuito de desvelar as reais condições de vida/trabalho dos profissionais de saúde e usuários, fortalecer a gestão democrática/participativa e a intersetorialidade; e a assessoria, qualificação e formação profissional que tem como principal finalidade a melhoria na qualidade dos serviços prestados ao usuário, a formação permanente, a assessoria a movimentos sociais e a gestão, além de supervisionar estágios (CFESS, 2010).

No que se refere particularmente a questão da intersetorialidade, cabe ressaltar sua importância enquanto estratégia fundamental no exercício profissional do assistente social, uma vez que é de extrema relevância a interlocução com outras políticas sociais, utilizando a interdisciplinaridade como elemento fundamental para a integralidade das ações.

Amaral (2008 p. 62) destaca que:

A intersetorialidade na saúde a partir da necessidade de responder, de modo integral, as demandas complexas que chegam aos serviços de urgência e emergência, ocorre em três níveis de articulação setorial na saúde: no âmbito da formulação; da gestão, e no âmbito de execução dos serviços. [...] no campo da assistência à saúde, as atividades intersetoriais estão classificadas em três grupos: 1) ações que desenvolvem articulações dentro do próprio hospital; 2) ações que exigiram articulações no âmbito do sistema de saúde e; 3) ações que exigiram articulações com outras políticas públicas.

Em âmbito hospitalar, as demandas que surgem aos assistentes sociais são diversas, em regime de plantão, as atividades que são realizadas desde os encaminhamentos para os programas, viabilização de leitos, transferência ou remoção hospitalar, notícias de óbitos, comunicação de quadros clínicos para as famílias, informações sobre visitas nas alas vermelhas e UTIs, providências com relação à violação de direitos sobre mulheres, crianças e idosos, entre diversas outras demandas. Para isto,

todas essas atividades são realizadas em regime de plantão, como destaca Vansconcelos (2009):

O plantão não é planejado, sistematizado nem avaliado nas suas conseqüências; assim, não conta com quantificação estatística dos atendimentos objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade; conseqüentemente, não conta com observação/análise/avaliação sistemática do seu processo (VANSCONCELOS, 2009, p. 79)

A autora ainda conclui que:

Constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s). Ações como um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos (VASCONCELOS, 2009, p. 83)

Conforme explicitamos anteriormente, as demandas que são apresentadas, no cotidiano da prática nas instituições hospitalares, se caracterizam em sua maioria por ações emergenciais e imediatas, levando conseqüentemente a ações fragmentadas e sem teor crítico, principalmente no contexto dos plantões, se refletindo para uma prática voltada mais para as questões burocráticas do que assistenciais. As demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social, ficam negligenciadas (VASCONCELOS, 2009).

A referida autora destaca ainda que as demandas que chegam ao assistente social no cotidiano de seu trabalho nos serviços de saúde, independente da unidade de saúde, subjagam o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à dinâmica interna das instituições.

Nessa perspectiva, Miranda (2011) ressalta que é recorrente nos vários níveis de atenção, em especial, no contexto hospitalar, a percepção que a intervenção do assistente social é complementar à prática médica. Nessa perspectiva, se o profissional não consegue mediar a intersetorialidade e integralidade das ações, terá sua atuação norteadas por tarefas internas do hospital, em detrimento das reais demandas e direitos dos usuários. Nesse sentido, os parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde do CFESS, destaca que o “profissional precisa ter clareza de suas atribuições e

competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários” (CFESS, 2010, p. 43).

O referido documento, reforça a importância de “[...] estimular a intersetorialidade, na perspectiva de realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p. 30). Portanto, a intersetorialidade com um viés macro depende da integração da Seguridade Social, dos conselhos de cada setor se comunicando, da criação de espaços de educação permanente, ou seja, de uma mudança estrutural na forma como as políticas são executadas atualmente.

O fortalecimento das políticas públicas deve ser um horizonte para o profissional de serviço social na rede de cuidados, mesmo frente aos inúmeros desafios postos no cotidiano da prática. Na particularidade da política de saúde e nos diversos níveis de complexidade do SUS, são muitos os desafios para se avançar na intersetorialidade frente ao desmonte de tal política, em um contexto de avanço da contrarreforma que precariza as condições de trabalho, o que rebate diretamente nas práticas em saúde e na articulação dos saberes.

No que se refere à atuação do serviço social em contextos hospitalares, cabe afirmar que o assistente social por sua formação generalista, seu conhecimento das políticas e sua identificação política com a classe que vive do trabalho, é o profissional mais requisitado na pretensão do atendimento integral. Nesse sentido, mesmo diante de todos os desafios e inflexões da política de saúde, se faz necessário afirmar a perspectiva intersetorial, voltada para a garantia da integralidade não apenas como uma diretriz do SUS prevista constitucionalmente, mas como uma bandeira de luta na perspectiva de ruptura com práticas fragmentadas e reducionistas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersetorialidade, considerada essencial para aumentar a resolutividade da política de saúde e efetivar o princípio da integralidade, vem se constituindo um dos grandes temas de pesquisa e campos de desenvolvimento de estratégias fundamentais para a consolidação do Sistema único de Saúde (SUS).

Conforme destaca Costa (2010), ao conceituar a saúde como resultante das condições de vida e como resultado das formas de organização social da produção, ficou clara a compreensão do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), de que a

conquista e o direito à saúde enquanto direito social e de cidadania, extrapola o âmbito do Sistema Único de Saúde e, portanto, tem caráter intersetorial.

Nessa perspectiva, deixa evidente que a garantia do direito à saúde requer a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais, capazes de reduzir os riscos de doenças e outros agravos que se expressem no estabelecimento de condições que assegurem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de articulação intersetorial, medidas e articulações para além da política de saúde, a partir da interface entre as políticas econômicas e sociais, bem como a integração entre os diversos eixos e níveis de intervenção. Portanto, é preciso considerar que no contexto de uma sociedade tão desigual como a brasileira, a construção da intersetorialidade constitui condição estratégica para produzir impactos na melhoria das condições de saúde e para a consolidação do SUS como política social (COSTA, 2010).

Conforme discorreremos no decorrer do trabalho aqui apresentado, a formação profissional do assistente social possibilita uma articulação na execução de ações intersetoriais, 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. No entanto, a intersetorialidade ainda é desafio no exercício da prática no âmbito da política de saúde, mesmo fazendo parte da rotina de trabalho do Assistente Social.

Apesar dos avanços da política de saúde a partir da implementação do SUS e dos seus princípios e diretrizes, ainda existem muitas fragmentações no campo das políticas sociais, principalmente a partir do avanço da perspectiva neoliberal que suprime e fragmenta cada vez mais as ações e serviços sociais, impactando diretamente no trabalho do assistente social no âmbito da saúde, como também de outras profissões.

No que se refere à particularidade do trabalho do assistente social em âmbito hospitalar, cabe destacar que a inserção dos assistentes sociais em tal espaço, encontra-se na linha tênue entre buscar estratégias e ações com vistas a garantir um atendimento de qualidade e universal, numa perspectiva de integralidade das ações, e por outro lado responder as demandas imediatas e emergenciais que fazem parte do cotidiano da prática. Estas, por sua vez, tornam seu trabalho cada vez mais superficial, levando à imediaticidade e fragmentação dos serviços disponibilizados. Dessa forma, as dificuldades para a efetivação da intersetorialidade são imensas, haja vista a imediaticidade das ações que caracterizam o trabalho de tais profissionais na atenção

hospitalar, com pouco teor crítico, dificultando a construção de ações voltadas para uma atenção integral em saúde.

Outra dificuldade que se apresenta na atuação dos/as assistentes sociais na perspectiva intersetorial na atenção hospitalar, é o fato dos profissionais, dada a imediatividade das ações, acabarem deixando de lado as questões relacionadas à educação em saúde, enquanto importante ferramenta no campo da atenção integral à saúde dos usuários do SUS. É importante ressaltar que o profissional de serviço social é uma referência no momento de promover arranjos intersetoriais, portanto, é fundamental no exercício da prática, uma atuação voltada para a efetividade da intersetorialidade enquanto mecanismo que possibilita o atendimento das necessidades dos usuários que acessam os serviços de saúde.

7. REFERÊNCIAS

AMARAL.G. **As ações intersetoriais na atenção na saúde na alta complexidade**: construindo marcos de referências para o exercício profissional dos assistentes sociais. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF:Senado Federal, 2017. 123 p.

_____. **Lei° 8080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde (MS) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde “**Malha de cuidados ininterruptos à saúde**”. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, p.103-113. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/Fiocruz,2005. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília,1988.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**, Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p. 88-110

_____. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. **Cadernos de Saúde**. p. 16-28, set. 2011

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **História, histórias**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.

BORGES, M. E. S.; MATOS, M. C. As duas faces da mesma moeda: ultraconservadorismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. São Paulo: Navegando, 2020. p. 71-88. ISBN 978-65-86678-20-8. Ebook.

CAMPOS, G. W.S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**, v. 87, 2006.

SOARES, C. R. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

_____. A Contrarreforma na Política da Saúde e o Serviço Social: Impactos, desafios e Estratégias em Tempos de Neoliberalismo Ortodoxo. In: 7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social, Vitória, ES, 3 a 6 de junho de 2019.

_____. Contrarreforma da política de saúde e Serviço Social. In: SILVA, A. X et al. (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

CAVALCANTI, P. B. et al. A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, n. 39, p. 192-215, 2013

CAVALCANTI, P. B.; MACEDO, E. F. T. A relação complexa entre o serviço social no contexto da saúde e o uso da intersectorialidade. **Serviço Social e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 187-210, 2015.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 2, p. 265-271, 2007.

COSTA, C. S. **O Serviço Social na Saúde**: reflexões sobre a prática hospitalar. 2012. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Cap. 4. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br>. Acesso em: 30 set. 2020

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

_____. **SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

IAMAMOTO, M. I.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, 2009.

JUNQUEIRA, Luciana A. Prates. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v.13, nº 1, 2004. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>. Acessado em: 20 julho. de 2022.

KÖNIG, I. V. **O trabalho da (o) assistente social na atenção hospitalar do SUS**: a intersectorialidade na garantia de integralidade em saúde. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálysis**, v. 17, p. 218-226, 2014.

MACÊDO, Erica Fernanda Torres et al. **O desafio da intersectorialidade na prática do assistente social na saúde**. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7215/1/arquivototal.pdf>. Acessado em: 20 julho de 2022

MELLO, C. F. Q. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) -

Curso de Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Cap. 2

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, v. 11, n. 25, p. 221-243, 2009.

MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. **Intersetorialidade na Política Social: Reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais**. Pelotas-RS, 2011. Disponível em: Acessado em: 5 de julho. de 2022.

MIRANDA, A. P. R. S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde- concepções e práticas: estudo de caso em um hospital universitário- João pessoa-pb**. 2011. 357 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIM, J. S. **O que é o Sus**. 5 ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2009.

REIS, C. R.; PAIM, J. Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rouseff (2011-2016) **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. 2018.

SILVA, G. N. **Intersetorialidade na saúde: estratégia de atuação do Serviço Social**. 2013.

SILVA, G.H. et al. **Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde**. Serviço Social em Revista, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, p. 453-475, 2010.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 42, p. 11-21, 2018.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p.242-272

YAZBEK, Maria Carmelita et al. O significado sócio-histórico da profissão. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 125-143, 2009.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar dedico este trabalho de conclusão de curso ao meu Deus, por ter me proporcionado saúde e força de vontade para concluir mais essa etapa da minha vida. Foram dias e dias de choro, desespero, alegria e esperança, que no final me trouxeram momentos incríveis de aprendizado.

Este trabalho também é dedicado à minha família. Minha mãe Maria do Socorro, meu pai, Damião Luiz e ao meu irmão, Diego Ewerton, por sempre buscarem estarem presente ao meu lado, me apoiando nas decisões e me incentivando a continuar nesta jornada do curso.

Aos meus tios também o dedico-os, Maria de Lourdes Maria Aparecida e ao meu tio Hermano Lourenço, por sempre acreditarem que um dia eu chegaria até aqui.

Aos meus amigos, em especial Jéssica Patrícia, Adysson Ferreira, que sempre torceram pela minha vitória.

Ao meu companheiro, Wesley, por sempre me apoiar e nunca me deixar desistir.

A minha companheira de Estágio Bruna Valeska e minha orientadora de campo Mairan Agra, que diante de todos os desafios impostos ao Hospital de Trauma, me trouxeram momentos ricos de aprendizado e felicidade, sem contar no álbum de fotos todas as sextas-feiras. (risos).

Minhas amigas de curso, Flávia Ferreira, Clara Emanuely e Daiane Regina, que apesar da distância sempre estiveram presentes na minha vida.

Aos meus professores do curso de Serviço Social porque sem eles eu não teria chegado até aqui. Moema Serpa, Aparecida, Thereza Karla, Mônica Barros e minha orientadora acadêmica, Socorro Pontes, que foi uma luz ao longo desses quatro anos de curso.

Aos funcionários e técnicos da rede UEPB, que sempre buscaram resolver as demandas burocráticas do curso da melhor forma possível, Viviane, Olímpio e Lourdes.

E por fim, dedico à Universidade Estadual da Paraíba, que me abriu as portas no momento mais importante da minha vida. Toda gratidão e amor por essa grande família.