



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: reflexões sobre a prática hospitalar

CAMPINA GRANDE – PB

NOVEMBRO DE 2012

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: reflexões sobre a prática hospitalar

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE – PB

NOVEMBRO DE 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

C837s Costa, Cilânea dos Santos.

O Serviço Social na saúde: reflexões sobre a prática hospitalar./ Cilânea dos Santos Costa . – 2012.
33f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Msc. Lúcia Maria Patriota, Departamento de Serviço Social”.

1. Serviço Social. 2. Trabalho em saúde 3. Atenção Hospitalar. I. Título.

21. ed. CDD 361.61

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 10,0.

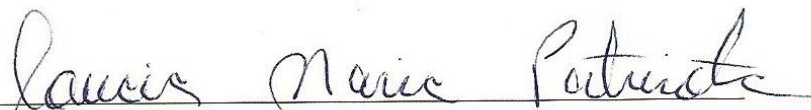
Aluno (a): CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

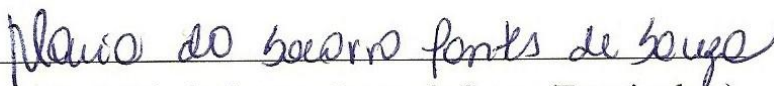
Artigo: O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: reflexões sobre a prática hospitalar.

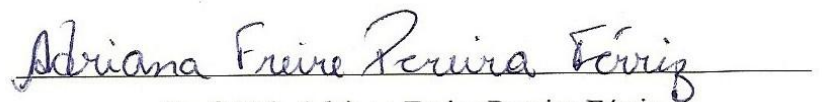
Data da Defesa 23 / 11 / 2012

Campina Grande – PB, 23 de 11 de 2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)
Mestre em Saúde Coletiva


Prof.^a Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)
Prof.^a. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social


Prof.^a Dr.^a. Adriana Freire Pereira Ferriz
Prof.^a. Universidade Estadual da Paraíba/Doutora em Sociologia

Dedico este trabalho a minha mãe e a minha irmã, por sonharem comigo os meus sonhos, sendo elas as minhas fontes de renovação e alegria na vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, que me deixou como legado, o norte de como se caminhar na vida.

Aos meus avós maternos, Eduardo e Luzia, pelo acalanto nas noites de frio.

A minha tia, Lourdes Silva, pelo zelo e carinho de sempre.

A minha orientadora, professora Lúcia Patriota, farol que iluminou toda trajetória.

“Nenhuma ideia grande. Nenhuma corrente política. Que soe a uma ideia grão. E o mundo quer a inteligência nova. A sensibilidade nova. O mundo tem sede de que se crie”. (Álvaro de Campos)

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
1. INTRODUÇÃO.....	07
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: uma discussão a partir da Reforma Sanitária.....	09
3. O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE: saberes e fazeres profissionais.....	16
4. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: caminhos e nortes.....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: reflexões sobre a prática hospitalar

CILÂNEA DOS SANTOS COSTA

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo fazer uma breve discussão acerca da intervenção do Assistente Social na política de saúde, destacadamente sua atuação em contextos hospitalares, enfatizando os dilemas e os caminhos que esse espaço sócio-ocupacional apresenta. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, evidenciando a importância da inter-relação entre a prática profissional, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a defesa da reforma sanitária e o que orienta o projeto ético político da profissão, considerando que a atuação do profissional respaldada nesses princípios contribui para efetivação dos direitos de cidadania dos usuários aquém dos espaços hospitalares.

Palavras - Chaves: Serviço Social. Trabalho em Saúde. Atenção Hospitalar.

ABSTRACT

This article aims to give a brief discussion about the intervention of the social worker in health policy, notably his role in hospital contexts, emphasizing the dilemmas and the ways that the socio-occupational presents. Therefore, we performed a literature search, highlighting the importance of the interrelationship between professional practice, the guiding principles of the SUS, the defense of health reform and ethics that guides the project's political profession, whereas the performance of professional backed these principles contributes to enforcing rights as citizens short of hospital spaces.

Keywords: Social Service. Work in Health. Hospital Care.

1. INTRODUÇÃO

A área da saúde historicamente é o setor que mais emprega assistentes sociais no país, mostra-se como um campo fértil para intervenção desse profissional, sua prática incidirá sobre os determinantes sociais que interferem no processo de saúde- doença dos usuários. Dessa forma, a política de saúde apresenta-se como “uma das políticas sociais que manifesta uma diversidade enorme de demandas e necessidades de vida humana” (SODRÉ, 2010, p. 473).

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, evidenciando as práticas socialmente construídas e as possibilidades de intervenção profissional que esse espaço sócio-ocupacional dispõe.

Nesse sentido, destaca-se que o acesso democrático ao direito a saúde se estabelece a partir do compromisso com o amplo cuidado em saúde que está assentado no tripé promoção, prevenção e cura da saúde, sendo determinado intrinsecamente com a articulação entre o trabalho coletivo na saúde, as políticas sociais e instituições que transitam nesse cuidado, bem como a gestão, a produção de conhecimentos e a participação popular dos usuários nesses serviços. Portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional da instituição hospitalar, objeto de nossas reflexões, como um todo, participando da malha de interações que se processa nesse espaço sócio-ocupacional (MARTINELLI, 2002).

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência de Estágio Curricular, desenvolvido no período de 09 de março de 2010 a 22 de junho de 2011, no programa de planejamento familiar do Instituto Elpídio de Almeida, em Campina Grande – Paraíba. Tal hospital compreende uma instituição pública, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, reconhecido como Hospital Especializado e Unidade Auxiliar de Ensino. O objetivo institucional é a prestação de serviços destinados a promoção da saúde da mãe e do filho, atendendo as demandas da população do município e regiões próximas, de forma espontânea e referenciada, executando ações voltadas à atenção a saúde da mulher e do filho.

Cabe aqui registrar que inicialmente nossa intenção era realizar uma pesquisa de campo, entretanto, encontramos alguns entraves, sobretudo no que se refere a disponibilidade dos profissionais assistente sociais participarem da pesquisa, em virtude disso, optamos pela realização de uma pesquisa de cunho bibliográfico utilizando os principais autores que trabalham a temática em tela.

Dessa forma, esperamos que o presente estudo contribua para iluminar futuras reflexões acerca desse campo fértil de atuação profissional, tendo em vista que a atuação do assistente social se estabelece dentro do processo de produção e reprodução das relações sociais, sendo a dinâmica da realidade concreta que oferece novas demandas e, conseqüentemente, novas requisições a profissão.

O trabalho está estruturado em três itens. No primeiro, será discutida a política pública de saúde no país, especialmente a partir da Reforma Sanitária, tendo por referência os desafios para efetivação do SUS, e conseqüentemente a garantia do direito a saúde,

resguardados na legislação em vigor, a qual vem sofrendo com o processo de privatização das políticas sociais, de modo geral, frutos das investidas neoliberais.

O segundo item se deterá no trabalho do assistente social na saúde. Para tanto, evidenciamos a trajetória da profissão e sua inserção no campo da saúde no país, bem como os aportes teórico-metodológicos que nortearam a intervenção desse profissional na respectiva área, como também os rebatimentos que a atual conjuntura político-econômica imprime, tanto no nível de intervenção, quanto nas reconfigurações que ganha a questão social, objeto de seu trabalho.

No terceiro item, procurar-se tecer algumas reflexões acerca da atuação do assistente social no contexto hospitalar, bem como explicitar os desafios postos para uma intervenção qualificada nesse espaço sócio-ocupacional, de forma que assegure o que está contido na legislação do SUS, na reforma sanitária e no que preconiza o projeto ético - político da profissão. E por fim, tecemos nossas considerações finais.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: uma discussão a partir da Reforma Sanitária

O Movimento de Reforma Sanitária surgiu em meados da década de 1970, quando o Brasil vivenciava a Ditadura Militar. O país no referido período foi marcado pelo ressurgimento dos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país. O movimento apresentou-se como alternativa ao modelo de saúde em vigência que, conforme aponta Paim (2009, p. 31), se organizava de forma separada:

De um lado, as ações voltadas para prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

A reforma sanitária inserida nas lutas em torno das políticas públicas, reivindicando uma nova forma de relacionamento entre o Estado-sociedade teve como principais propostas no tocante à saúde a:

Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema

Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p.96).

O Marco histórico no processo de construção democrática da saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília – Distrito Federal. Seu temário central versou sobre a saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. A referida Conferência contou com a participação de diversos sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada, num total de cinco mil participantes e se configurou como uma Constituição da Saúde já que suas propostas inspiraram o arcabouço jurídico presentes na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006a). A partir desta a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever Estado “garantida 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 a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 131).

O SUS organizado a partir de então compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, ofertados por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar de forma complementar (BRASIL, 1990). De acordo com a Lei Orgânica da Saúde¹ (Lei nº. 8080/90), a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso os bens e serviços essenciais.

A legislação em vigor ao adotar a concepção ampliada de saúde rompe com a visão tradicional que identifica a saúde como ausência de doença, típica do modelo de medicalização da vida social. Essa nova abordagem reconhece a saúde como “um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população” (MENDES,1999, p. 237). Tendo como determinantes para as condições de saúde os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. O que, de acordo com o autor citado, pressupõe um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

¹ A Lei Orgânica da Saúde é composta pelas Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As ações e serviços de saúde executados seja no âmbito público ou privado que integram o sistema único de saúde devem resguardar os seguintes princípios: universalização em todos os níveis da assistência em saúde, com atendimento equitativo e integral em todos os níveis do sistema, através da rede hierarquizada, regionalizada, com descentralização político-administrativa e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Apesar de todos os avanços, a política de saúde construída na década de 1980 passa a ser tensionada pelo neoliberalismo que se instala no Brasil a partir da década de 1990, no governo de Fernando Collor de Melo, se consolidando no governo de Fernando Henrique Cardoso. De acordo com Marques e Mendes (2009) a adoção da política neoliberal se deu pela via das privatizações, da abertura econômica do país, na adoção do regime de câmbio flutuante, na fixação de metas para inflação como a principal variável econômica, na preservação dos superávits primários e no (des)aparelhamento do Estado, tendo como pressupostos a diminuição da atuação do Estado na economia, conforme aponta Behring (2003, p. 248):

Do ponto de vista da lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social vê-se fortemente tensionada pelas estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização das relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contratação dos encargos sociais e previdenciários, vistos como custos ou gastos dispendiosos; pela supercapitalização com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde incluem-se saúde, educação e previdência.

A partir do exposto, constata-se que dois projetos distintos convivem no campo da saúde: o projeto de reforma sanitária, que defende os princípios do SUS e a concepção ampliada de saúde construída na década de 1980 e inscrita na Constituição Federal de 1988, o qual:

Tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte a saúde (BRAVO, 2009, p. 101).

O segundo projeto de saúde, articulado ao mercado ou privatista, tem como norte a política de ajuste e contenção de gastos, bem como a isenção de responsabilidade por parte do Estado, hegemônico na segunda metade da década de 1990 que compreende um:

Projeto de saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2009, p. 101).

O fato é que o SUS vem sendo negligenciado ao longo de sua trajetória, em favor de políticas econômicas restritivas e de acordos políticos particularistas. Sua gestão tem sido tensionada por práticas clientelistas, no qual, a saúde das pessoas se converte em moeda de troca política, comprometendo dessa forma a efetivação de seus princípios legalmente construídos, além de violar os direitos de cidadania e democracia dos seus usuários.

Destacamos que a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para a Presidência da República, em 2002, gerou grande expectativa no tocante à redefinição das políticas sociais, ameaçadas pela investida neoliberal desde a década de 1990. No entanto, o modelo de política macroeconômica herdado do governo anterior foi mantido, e até mesmo aprofundado. Conforme destaca Behring (2004) foi preservado o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais oriundos da seguridade social para pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública; foram mantidas as taxas de juros parametrados no Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC); forte incentivo à política de exportação com base no agronegócio, o qual não amplia o mercado de trabalho, nem tampouco, se reverte para o mercado interno das massas; aumento da arrecadação da União, que não resulta, necessariamente, em investimentos produtivos ou em políticas sociais.

Conforme estudo realizado por Machado, Baptista e Nogueira (2011) tendo como foco a agenda federal do Governo Lula (2003-2010) no tocante a política de saúde, as autoras identificaram como prioridades quatro políticas: Estratégia de Saúde da Família (ESF); Brasil Sorridente; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular.

A Estratégia de Saúde da Família tem se constituído o pilar de reorganização da atenção a saúde, compreende a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, preconizando a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007b). De acordo com o Painel de Indicadores de Saúde (BRASIL,

2010) em 2010 o país contava com 30.782 equipes de estratégia da família, cobrindo 97,3 milhões de pessoas.

No que se refere ao Programa Brasil Sorridente, este compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Tem como objetivo principal a reorganização do modelo de atenção à saúde e a ampliação do acesso às ações de saúde bucal, sua principal estratégia consiste na implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que compreende unidades de referencia para as equipes de saúde bucal da atenção básica, integra-se a esse programa a implantação de laboratórios de próteses dentárias (BRASIL, 2006b). De acordo com dados do Painel de indicadores de Saúde (2010) no ano de 2009 o Brasil contava com 18.982 equipes de saúde bucal presentes em 4.717 municípios, cobrindo 131 milhões de pessoas.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, formados por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, compreende serviços de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192, tal serviço tem a finalidade de reduzir o número de mortes por acidentes e urgências, os períodos de internação e as sequelas por falta de socorro em tempo adequado. Para tanto, realiza atendimentos de urgência e emergência, através de ações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas, de abrangência municipal ou regional (BRASIL, 2006c; 2010). De acordo com dados do Portal da Saúde, atualmente existem 175 Centrais de Regulação das Urgências que regulam em torno de 1.955 municípios somando uma população com acesso ao SAMU 192 no Brasil de 123.429.882 milhões de habitantes. Cobrindo 65% da população Brasileira.

De acordo com documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) o programa Farmácia Popular foi criado em 2004, pelo Governo Federal com a finalidade de ofertar remédios a baixo custo à população. Atua a partir de duas modalidades: a rede própria, sendo operacionalizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com parcerias firmadas com estados, Distrito Federal, municípios e os órgãos conveniados. A Fiocruz é responsável pelos procedimentos de aquisição, armazenamento central e da distribuição dos produtos e capacitação dos profissionais. Aos órgãos conveniados compete contribuir com os custos que envolvem manutenção das farmácias, bem como disponibilizar e gerenciar a equipe de recursos humanos das mesmas. Tal modalidade disponibiliza para venda um elenco diverso de

medicamentos classificados como essenciais. Conforme dados do Portal da saúde em janeiro de 2011, o Brasil contava com 550 unidades desse tipo. A outra modalidade do programa, consiste no sistema co-pagamento, criado em 2006, a partir do credenciamento de farmácias privadas parceiras do Ministério da Saúde, no qual, o Governo Federal arca com 90 % do valor do medicamento, enquanto ao usuário lhe incumbe o pagamento de 10 % do valor corresponde. Tal programa tem ofertado medicamentos utilizados no tratamento de hipertensão, diabetes, asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de fraldas geriátricas. Registros do Portal da saúde em janeiro de 2011, o país contava com 14.574 empresas credenciadas nesta modalidade.

O programa farmácia popular ao introduzir o co-pagamento entre Estado-usuário na compra de medicamentos fere as diretrizes legais que norteiam o SUS, o qual assegura atendimento integral à saúde, inclusive na assistência farmacêutica. Outro ponto negativo refere-se a expansão da parceria público-privado com ampliação dos convênios privados reforçando caráter mercantil no acesso aos serviços de saúde, reiterando dessa forma a lógica privatista que fragiliza a saúde pública desde a década de 1990 (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A partir do exposto verifica-se a valorização da focalização centrada em programas e serviços específicos, que mais impulsionam a lógica privada, do que oferece avanços significativos a área da saúde. De acordo com Paim (2009, p. 120) o ponto mais grave da política de saúde fragilizada pela lógica do capital, tem sido a negação do direito ao estado de saúde da nossa população. “Se a exclusão e as desigualdades sociais em si já produzem mortes, doenças, acidentes, violências, sofrimentos e múltiplos risco, as políticas econômicas e sociais implementadas no Brasil nos últimos anos contribuem, ainda mais, para subverter o direito a saúde”. Concordamos com o citado autor quando este enfatiza que a luta pelo direito à saúde compreende, necessariamente, a reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que promovam a redução das desigualdades, o exercício da cidadania plena e o acesso amplo a qualidade de vida e a democracia.

Com a chegada de Dilma Rousseff ao poder, em 2011, o que se observa é a continuidade do modelo anterior, tanto no âmbito econômico quanto social. Conforme destaca Bravo e Menezes (2011), o início do governo é marcado por cortes orçamentários, permanece o pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, tendo em vista a manutenção do superávit primário, a ênfase na privatização de aeroportos e leilões do petróleo do pré-sal. O atual governo demonstra índices de insatisfação da população, o que se expressa através de grandes manifestações e greves de diversos setores da sociedade. No tocante a política de

saúde permanece a ênfase no projeto privatista. O Governo Dilma, no campo da saúde, tem privilegiado as políticas e programas focalizados com destaques para a lógica privada no setor.

Cabe ainda destacar que o atual Governo recolocou no cenário da gestão da saúde, por meio do projeto de lei (PL 1749/2011), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), orientada pela MP 520, de 31/12/2010, que autoriza o Poder Executivo a criação de uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os hospitais federais. Conforme prevê o PL que orienta a EBSERH, as medidas que regem tal empresa poderá se expandir para qualquer unidade hospitalar na esfera do SUS. A partir desta empresa será possível a contratação de profissionais regidos pela CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando dessa forma com a estabilidade no emprego e implementando a lógica da rotatividade, comum no setor privado, fragilizando dessa forma a continuidade e qualidade do atendimento prestado no âmbito da saúde pública. Outra medida do mesmo cunho diz respeito ao Decreto 7.508 publicado no DOU de 26/06/2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080/90. Em várias partes do texto aparece a ênfase na parceria público – privado, com destaques para o artigo 3º no qual sobressai a participação complementar da iniciativa privada e no artigo 16º é ressaltado que o planejamento devem ser considerados os serviços e ações prestadas pela iniciativa privada.

De acordo com Paim et al (2011) para que o SUS possa romper com as amarras que prendem a sua efetivação, urge implantar uma nova estrutura financeira, bem como realizar uma reordenação ampla das relações público-privado. Destacam ainda, que o maior desafio do SUS é político, pois as questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser solucionados unicamente na esfera técnica, mas a partir de esforços coletivos dos indivíduos e da sociedade de forma que pressione o Estado a cumprir o que é assegurado na legislação vigente e garanta ao SUS a sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

O item a seguir, abordará a trajetória do serviço social na área da saúde, suas demandas, e os aportes teóricos, metodológicos e políticos que nortearam as respostas interventivas desses profissionais nesse setor.

3. O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE: saberes e fazeres profissionais

Compreender a prática do assistente social no campo na saúde implica reconhecer que a profissão é socialmente determinada por condições objetivas que independem de sua vontade e escolha, estando polarizada pelas contradições que são gestadas nas relações entre as classes sociais. Nesse sentido, sua atuação é partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais, inscritas na sociedade capitalista, que na tradição marxista expressa:

A 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 (IAMAMOTO, 2009, p. 10).

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), o modo de reprodução das relações sociais produz e expressa a reprodução de domínio de classe, que na sociedade do capital tem como sujeitos os trabalhadores assalariados e os capitalistas que detém os meios de produção e o produto do trabalho alheio. A produção é cada vez mais social, em contraponto a apropriação da riqueza que se dá de forma privada, sendo monopolizada por uma pequena parcela da sociedade. Temos a partir desse processo, a lei que rege o capitalismo, a exploração do trabalho pelo capital, gerando a partir deste, diversas expressões da questão social, que no entender de Behring (2009, p. 10) “a mais perversa é a desigualdade econômica, política, social e cultural a que estão submetidas milhões de pessoas”.

Dessa forma, a base de fundação da questão social, matéria prima do assistente social, encontra-se relacionada na contradição existente entre o capital e o trabalho. Na qual a expansão “do trabalho social e a apropriação privada das condições e dos frutos do trabalho, se traduz na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria relativa do trabalhador” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 86).

Segundo os citados autores, a questão social na ótica da Igreja Católica está dissociada das bases materiais que a gera, enquanto o capitalismo se apresenta como ordem natural e a

luta de classe como desvios que são criados em virtude da secularização da sociedade, da crise moral, do paganismo, do laicismo das instituições e do socialismo.

É a partir desse processo sócio-histórico de produção e reprodução das relações sociais que surge o Serviço Social no Brasil, na década de 1930, período marcado pelo estágio do capitalismo monopolista, pela expansão urbano-industrial e pela evidência da questão social que ganha expressão a partir do desenvolvimento da classe operária e da luta pelo reconhecimento dos seus direitos sociais e políticos junto ao Estado e ao empresariado. A profissão emerge dentro do bloco católico, a partir da necessidade de formação doutrinária e social do laicato, especialmente de sua parcela feminina, para atuar junto às classes subalternas, particularmente à família operária, num momento em que a Igreja Católica tenta recuperar seus privilégios materiais e ideológicos perdidos em decorrência da secularização da sociedade. Nesse sentido a prática profissional dos primeiros assistentes sociais será de cunho missionário, dentro de um projeto de recristianização da sociedade, a partir do comunitarismo cristão (IAMAMOTO, 2007).

Essa concepção que norteou a prática do assistente social em seus primórdios esteve iluminada pela influência europeia, em especial a franco-belga, na qual o autoritarismo, o paternalismo, o doutrinamento e a falta de base técnica são predominantes no exercício profissional. O período que marca essa influência se estende até os anos de 1940, momento em que o Serviço Social se aproxima dos aportes teóricos - metodológicos norte-americanos casando seus referenciais cristãos com técnicas profissionais embasadas na teoria social positivista, particularmente com o funcionalismo.

Cabe aqui destacar que o processo de institucionalização do Serviço Social corresponde também a sua profissionalização, que com a ampliação desse mercado de trabalho, vai requisitar um profissional com formação técnica especializada, “dotado de qualificação específica que atenda as necessidades sociais a partir de suportes intelectuais e materiais” (RAICHELES, 2011, p. 424) para atuar junto às políticas sociais formatadas pelo Estado.

No entender de Netto (2011, p. 71) a profissionalização do Serviço Social, corresponde ao processo pelo qual seus agentes, “ainda que desenvolvendo uma auto-representação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade, se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recurso e objetivos são determinados para além do seu controle”.

Se a base de profissionalização do serviço social se encontra nas políticas sociais, a política da saúde é a área/campo que historicamente mais absorve esses profissionais. A

finalidade da intervenção do assistente social nesse setor é compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que condicionam a relação saúde-doença, bem como acionar estratégias políticas-institucionais para responder de forma qualificada a essas questões (CFESS, 2010).

A expansão do espaço sócio-ocupacional para os assistentes sociais no campo da saúde se processou na década de 1940, concorrendo para esse acontecimento alguns fatores, a saber: o novo conceito de saúde adotado em 1948, que relaciona os aspectos biopsicossociais ao processo saúde-doença. Destaca-se também a ênfase no trabalho multidisciplinar, com a requisição do assistente social na equipe. Outro determinante reside na consolidação da política nacional de saúde no país, com expansão dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. A intervenção do assistente social se efetivou, predominantemente, no âmbito hospitalar, atuando entre a instituição e os usuários, na viabilização do acesso a serviços e benefícios. Sua prática se materializou a partir de ações como: plantão, triagem, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009).

Conforme destaca Bravo (2007) o fato do serviço social não ter privilegiado a saúde coletiva como espaço de intervenção profissional, teve sua atuação limitada a ações burocráticas, focalistas, de cunho psicossocial junto a pacientes e familiares, desenvolvendo seu exercício profissional de forma subsidiária, subordinada a prática médica, sem questionamentos, de acordo com as práticas que historicamente foram determinadas. Esses fatores concorreram para a falta de cooperação desses profissionais com o movimento de reforma sanitária que ganha expressão na década de 1970.

O movimento sanitário com seus princípios de universalização da saúde, pautado na concepção ampliada de saúde, na garantia dos direitos sociais pelo Estado e organização do sistema, através do SUS não teve repercussão dentro da categoria profissional dos assistentes sociais. De acordo com Bravo (2007) os profissionais ao assumirem as propostas da reforma sanitária poderiam ter orientado sua intervenção no sentido de contribuir para melhoria da qualidade dos serviços, com fortalecimento das ações interdisciplinares, com o aprofundamento da consciência sanitária e a participação dos usuários nas instituições. O não engajamento desses profissionais com o movimento lhe furtou a possibilidade de ampliar sua participação nos níveis: da elaboração da política, no contato parlamentar, na articulação sindical e na produção teórica na área.

Esse distanciamento da categoria profissional com o movimento da reforma sanitária ocorreu em virtude da profissão estar vivenciando no período um processo de revisão interna

que se expressa com a Reconceituação do Serviço Social na América Latina, que de acordo com Netto (2009a) emerge dentro de um quadro de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais decorrentes das novas configurações do capitalismo mundial.

No Brasil, o processo de renovação do Serviço Social desenvolve-se durante o período da Ditadura Militar, apresentando três direções distintas: a Perspectiva Modernizadora com influência do funcionalismo, a Reatualização do Conservadorismo norteada pela fenomenologia e a Intenção de Ruptura embasada pelo marxismo. Não é intenção desse trabalho aprofundar o debate acerca de cada uma das vertentes, mas explicitar que o Serviço Social no campo da saúde foi norteado durante muitos anos pela Perspectiva Modernizadora, que, conforme ressalta Netto (2009b), expressou a primeira vertente da renovação do Serviço Social no Brasil, que teve como núcleo central a tematização do Serviço social como interveniente, dinamizador e integrador do processo de desenvolvimento da autocracia burguesa.

A perspectiva modernizadora no campo da saúde influenciou a prática do assistente social, principalmente no âmbito da assistência médica previdenciária, norteando as ações de cunho curativo, com ênfase no serviço social de caso. Sendo privilegiadas as “técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO; MATOS 2009, p. 202).

A década de 1980 representa o início da maturidade intelectual e política do Serviço Social no país. A vertente intenção de ruptura norteada pelo marxismo tornou-se hegemônica tanto no âmbito da academia, como junto às entidades representativas da categoria. No entanto, no âmbito da intervenção profissional não se constatou alterações de relevo, pois a intenção de ruptura manteve seus adeptos vinculados predominantemente à universidade ou na prática direta com os usuários nas instituições (MATOS, 2003).

De acordo com Bravo (2007, p. 275), “existiu uma distância entre os referenciais teóricos e as possibilidades de intervenção do assistente social, havendo dificuldades deste para ultrapassar os limites da prática, focar as demandas das classes trabalhadoras, ou seja, a perspectiva do trabalho”. De acordo com a referida autora esse fato tem intrínseca relação com a incorporação tardia do marxismo pela profissão, essa aconteceu sem recorrer às fontes originais, destaca ainda, a ausência de tradição em pesquisa, os determinantes histórico-sociais do surgimento da profissão, como também o lugar que o assistente social ocupa dentro da divisão social do trabalho na sociedade capitalista.

Esse período também sinaliza a consolidação do projeto ético - político do serviço social, representando enquanto projeto profissional a “imagem ideal da profissão, os valores

que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc” (NETTO, 2009b, p. 147).

De acordo com o autor citado, o marco inicial do projeto ético - político situa-se no III Congresso de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como Congresso da Virada e caracteriza-se pela busca de ruptura com os aportes teóricos, ideológicos e políticos que marcaram o conservadorismo do serviço social tradicional. Para tanto, reconhece a liberdade como valor ético central e destaca o compromisso com a autonomia, a emancipação e a justiça social. Tal projeto encontra-se sintonizado com os projetos societários das classes trabalhadoras vislumbrando com esses a construção de novas relações sociais e a luta por uma sociedade livre de exploração, dominação de classes, etnia e gênero.

O projeto ético-político da profissão se expressa, a partir do Código de Ética dos Assistentes Sociais (1996), na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº 8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social (1996). Vale ressaltar que tal projeto compreende um processo, em permanente construção.

Denota-se uma nítida relação entre o projeto ético - político do serviço social e o projeto de reforma sanitária, tais projetos são estruturados dentro do processo de redemocratização do país e se consolidam da década de 1980. Confluem também, na orientação teórica e nos princípios políticos, ambos defendem a consolidação da cidadania, a participação política, a universalização dos bens e serviços e a equidade, destacando a articulação entre os projetos profissionais e os projetos societários a via de se promover as transformações políticas e sociais almejadas (NETTO, 2009b; CFESS, 2010).

O Serviço Social na área da saúde na década de 1990 se vê tensionado pelos dois projetos que convivem em disputas e exigem requisições distintas ao profissional. De acordo com Bravo e Matos (2009, p. 206):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da 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.

O embate entre esses projetos tem provocado barreiras para efetivação dos princípios do SUS, bem como, trazendo rebatimentos nas práticas profissionais, no cotidiano das

instituições e nas demandas em saúde que são colocadas aos assistentes sociais. A via de superação desses entraves se encontra nas possibilidades que são apresentadas na realidade concreta. “Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p. 21) articulando a essas, os projetos ético - político do serviço social e o de reforma sanitária, pois, é respaldado nesses projetos que os assistentes sociais responderão de forma qualificada as suas demandas e encontrarão meios para efetivar o direito social á saúde (BRAVO; MATOS, 2009).

No próximo item faremos uma breve discussão acerca da atuação do assistente social no âmbito hospitalar enfatizando, especialmente, os limites e possibilidades que esse espaço sócio-ocupacional oferece a intervenção profissional.

4. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: caminhos e nortes

Antes de adentrarmos na questão central aqui proposta, faz-se necessário tecer algumas ponderações acerca da organização do sistema de saúde brasileiro. Conforme regulamenta a Lei Federal nº 8.080/90, o SUS organiza seus serviços em três níveis de complexidade: a Atenção Básica, a Atenção Média e a Atenção de Alta Complexidade. No que concerne a atenção básica esta compreende a base orientadora do sistema de saúde, sendo a porta de entrada preferencial nos atendimentos aos usuários, tendo no programa de saúde da família o pilar que estrutura suas ações, que respondem a nível individual e coletivo, abrangendo ações de promoção e proteção a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento reabilitação e manutenção da saúde. No tocante a média complexidade, está é composta por ações e serviços que respondem pelos principais problemas e agravos que acometem a população, na qual a complexidade de sua assistência no âmbito clínico demanda profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, sendo prestados em ambulatórios especializados, centros de referencia, policlínicas e hospitais de baixa complexidade. Por seu turno, a alta complexidade abrange um conjunto de procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo, tendo como objetivo oferecer a população acesso a serviços de qualidade, sendo prestados em hospitais (BRASIL, 2007a).

Segundo formulação do Ministério da Saúde:

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 regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos 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, 1977, p. 9).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2000), o novo papel dos hospitais nos sistemas integrados de serviços de saúde exige deles um conjunto de requisições, a saber:

Ser um lugar para manejo de eventos agudos; Deve ser utilizado exclusivamente em casos de possibilidades terapêuticas; Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc; Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade; Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários (BRASIL, 2004, p. 03).

Neto, Barbosa e Santos (2008, p. 668) apontam ainda que os hospitais são classificados de acordo com os seguintes critérios:

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.

Sinalizam ainda os citados autores que os estabelecimentos hospitalares são caracterizados também pelo regime de propriedade: se público (federal, estadual ou municipal) de acordo com o sistema jurídico que o rege: administração pública direta ou indireta (autarquia, fundação ou mesmo uma empresa estatal), no tocante aos privados são classificados por sua finalidade, os com fins lucrativos e os sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos).

O registro que se tem do primeiro hospital no Brasil data de 1543, nomeado de Hospital de Todos os Santos, posteriormente conhecido por Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Verifica-se que a ampliação da rede hospitalar e do modelo de atenção centrado no médico-hospitalocêntrico se estabelece a partir da unificação da assistência médico-previdenciária com Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPS) na década de 1960, seguindo à lógica de desenvolvimento econômico preconizado pela Ditadura Militar (NETTO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Não é nossa intenção aprofundar a trajetória dos estabelecimentos hospitalares no país, entretanto faz-se mister frisar que tais instituições passaram por transformações ao longo de sua história condicionadas por fatores políticos, econômicos, sociais e culturais de acordo com a realidade de cada momento histórico.

A incursão do serviço social em contextos hospitalares, de acordo com Miranda (2011), se efetivou nos anos de 1940, na Policlínica de Botafogo no Rio de Janeiro, constando-se também em 1942, sua atuação na equipe do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na capital paulista. Esse ano também demarca oficialmente a inserção do serviço social na previdência social, que se processou a partir do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Comerciários (IAPC), sua atuação era marcada pelo discurso de humanização das grandes instituições burocráticas, no qual seus objetivos profissionais confluem com os objetivos institucionais (YAZBEK, 2008).

A intervenção dos assistentes sociais junto aos departamentos médicos, os hospitais e ambulatórios centrava-se “nos aspectos sociais e morais da doença, na educação social quantos aos princípios básicos de higiene e puericultura e, principalmente, na readaptação á vida familiar e reintegração á produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 313).

Destacamos que as transformações engendradas nas últimas décadas na política de saúde condicionam mudanças tanto no nível institucional de atendimentos as necessidades de saúde, quanto às novas demandas e requisições que são postas aos profissionais no interior do sistema de saúde, em especial o assistente social. Denota-se que, os referidos profissionais continuam preservando a organização de seu trabalho, seja em respostas individuais ou coletivas, dentro de uma mesma lógica reproduzida por anos. Sua intervenção, destacadamente a hospitalar, tem se materializado geralmente, em torno de programas, projetos e principalmente, nos plantões, traduzindo suas atividades em ações socioassistenciais de caráter emergencial-assistencial que chegam até o plantão. Este por sua vez, se configura, de acordo com Vasconcelos (2009), um espaço receptor de qualquer

demanda usuário/instituição, funciona geralmente, em salas pequenas, sem recursos materiais e físicos adequados, tendo a privacidade e o sigilo profissional comprometido, pois um ou mais assistente social ocupa o mesmo ambiente. Os usuários que se direcionam ao plantão do serviço social o fazem através da procura espontânea, de encaminhamentos intra-institucional e de setores externos a unidade. O atendimento as demandas dos usuários se processa de forma individual, por meio de orientações, encaminhamentos, esclarecimentos, informações, providências, apoio, aconselhamento, geralmente, em salas com recursos ínfimos, nos corredores, ou nas enfermarias junto ao leito do paciente.

De acordo com a autora mencionada, as principais requisições dos usuários aos assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional, giram em torno da:

Procura espontânea: os usuários procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações. Encaminhamentos internos: encaminhamentos dos usuários para o plantão do Serviço Social – por assistentes sociais - para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos. Encaminhamentos externos: na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à unidade os usuários demandam acesso aos recursos/ serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas (VASCONCELOS, 2009, p. 248).

A referida autora ressalta que o “plantão não se constitui, num serviço ou atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para resolver os problemas do usuário” (VASCONCELOS, 2009, p. 247). Assim, compreendemos que o profissional que limita sua atuação em responder as demandas dos usuários a partir de encaminhamentos burocráticos, acrícos, com ações pontuais, não planejadas, restritas a relações interpessoais, sistematicamente reproduzidas e alicerçadas na resolução de demandas imediatas acaba suprimindo um direito pleno a ser garantido, “favorecendo sim, a lógica do consumidor que enfatiza o bom serviço restrito á esfera do privado e a lógica institucional harmônica, organizada em torno dos interesses da instituição” (MIRANDA, 2011, p. 120). Tal situação reporta-se ao que nos adverte Sodré (2010, p. 466) “ao assistente social que se resume a dar plantões e encaminhamentos, as políticas de saúde

lhes reservam lugares extenuantes de trabalho, equipes despreparadas, ambientes insalubres, condições inferiores de administrar seu processo de trabalho”.

Não se pretende aqui desconsiderar as ações realizadas no plantão, sabemos que elas, mesmo que de forma imediata, respondem as necessidades sociais que interferem no processo de saúde - doença e no acesso os serviços de saúde dos usuários, entretanto tais demandas não se esgotam nesse atendimento pontual. O que queremos elucidar é que essas demandas perpassam o controle burocrático da teia institucional, ficando por vezes negligenciadas as:

Demandas que, contidas nas solicitações dos usuários, precisam de teoria para ser identificadas. Demandas implícitas, que não reconhecidas, conseqüentemente, não são consideradas, pelos assistentes sociais, como demandas para o Serviço Social. Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não tem condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problemas, expresso e/ou manifestado pelos usuários (VASCONCELOS, 2009, p. 251).

Cabe ainda compreender que as demandas que chegam ao assistente social no cotidiano do seu trabalho nos serviços de saúde são “saturadas de determinações econômicas, políticas, culturais, ideológicas, então elas exigem mais do que ações simples, repetitivas, instrumentais, de rápida execução, de resolução imediata, de decisões tomadas em caráter de urgência, isentas de conteúdos ético-políticas” (GUERRA, 2005, p. 24-25). É necessário decifrar o que está além das demandas imediatas, implícitas e potenciais, pois, elas carregam em si a totalidade das exclusões que revestem a questão social, sendo tarefa de grande relevância para o assistente social, ao passo que lhe confere “tanto apreender as várias expressões que assumem na atualidade, as desigualdades sociais, sua produção e reprodução ampliada, quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida” (IAMAMOTO, 2011, p. 28).

Ao se reportar ao trabalho dos assistentes sociais no processo de trabalho coletivo, no interior do SUS, Costa (2009) assinala que a prática profissional está imersa dentro de um processo de cooperação, o qual determina uma certa lógica a organização e funcionamento dos serviços de saúde e das práticas coletivas que as compõem. Dessa forma, estão envoltos nessa cooperação, saberes, diversas atividades especializadas e habilidades que articulam e operacionam a rede de serviços. Discorre ainda a referida autora que esse processo se traduz na cooperação vertical: diversas ocupações ou tipos de trabalhos que participam de uma determinada hierarquia e cooperação horizontal: diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

Em reforço ao que foi tecido anteriormente, salientamos que a integralidade das ações no âmbito da saúde, além de seguir os preceitos do SUS e as prerrogativas do processo de trabalho coletivo, corrobora para uma inserção diferenciada do assistente social nos serviços de saúde, rompendo com a visão de profissão complementar as práticas médicas. Os pilares estruturadores dessa integralidade se situam na intersetorialidade e na interdisciplinaridade.

No que concerne a intersetorialidade esta é concebida:

Como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, visa a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (NOGUEIRA; MIOTO, 2009b, p. 230).

Conforme nos asseveram Mioto e Nogueira (2009a, p. 279):

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Sendo assim, a própria formação do assistente social o capacita a apreender a totalidade que reveste a realidade dos usuários em seus diferentes aspectos “sociais, econômicos, políticos e culturais”, ou seja, as condições objetivas que condicionam suas necessidades em saúde, abrangendo os aportes da promoção, prevenção e cura nos âmbitos individuais e coletivos. Nesse sentido, as atividades interdisciplinares tem na intervenção do assistente social a possibilidade de evidenciar temas que historicamente ficaram alheios, em virtude do modelo biomédico de se produzir saúde, a saber: “violência, dependência química, questões de gênero, sexual e etnia, poluição do meio ambiente, saneamento, movimentos sociais na área da saúde mental, direitos reprodutivos, de portadores de patologias, controle social e participação social” (KRÜGER, 2010, p. 141).

Assim, concordamos com Nogueira e Mioto (2009b), quando destacam que a atuação em equipe confere maior rentabilidade ao trabalho desenvolvido, superando as atividades fragmentadas e fornecendo uma visão de totalidade ao processo saúde-doença. Na mesma direção Yamamoto (2002, p. 41), afirma que, “tal perspectiva de atuação não leva a diluição das identidades e competências de cada profissão; ao contrário, exige maior explicitação das

áreas disciplinares no sentido de convergirem para a consecução de projetos a serem assumidos coletivamente”.

Costa (2009) afirma que a atuação do assistente social no processo de trabalho coletivo na saúde cumpre o papel de reestabelecer o elo perdido/quebrado pela burocratização e verticalização das ações, entre os níveis de atenção do SUS, os saberes, os profissionais com as demais políticas sociais, setores e instituições, apesar das adversidades do contexto que essas articulações se estabelecem, buscando promover sempre a integralidade das ações.

Miranda (2011) destaca que ainda é recorrente em todos os níveis de atenção, em especial, o hospitalar, a visão que a intervenção do assistente social é complementar a prática médica, dessa forma se o assistente social não consegue mediar a intersectorialidade entre as políticas sociais e as diversas instituições que participam do cuidado em saúde, como esperam os outros profissionais da saúde e a direção do hospital, terá sua atuação norteadas por tarefas internas do hospital, em detrimento das reais demandas e direitos dos usuários.

Sendo assim, cabe aos assistentes sociais que tenham como norte uma intervenção qualificada, aprimorar a produção teórica do conhecimento tanto em relação ao serviço social, quanto junto a perspectiva multidisciplinar que perpassa seu trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Destacamos aqui a pesquisa que se apresenta como a ponte que liga a construção de saberes consistentes com a qualidade das respostas profissionais a serem engendradas. Urge, portanto aprimorar o conhecimento para fortalecer a intervenção, o que requer:

Realizar a pesquisa a partir da prática; construí-la a partir do lugar de experiência; trabalhar a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos; ter sempre no horizonte o valor social do conhecimento produzido, seu retorno ao campo da intervenção e aos sujeitos que dele partilham; intercambiar experiências, dialogar pela via interdisciplinar, para ser criativo na construção do conhecimento; ancorar esse modo de produzir conhecimentos nas próprias vivências, na experiência social cotidiana, dando-lhe visibilidade e transformando o conhecimento silencioso em conhecimento partilhado por meio de sua socialização (MARTINELLI, 2011, p. 504).

Em alusão ao que versou a citada autora, tem-se que se ter sempre presente, a consciência de que é a partir da construção do conhecimento acerca das condições de saúde e trabalho da população, de forma que sejam fontes geradoras de informações que se estabeleçam de forma reflexiva, que os assistentes sociais disporão de um importante capital a serviço dos usuários, sejam da saúde ou de qualquer outra política.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o assistente social seja reconhecido como profissional liberal nas normatizações legais e éticas que rege a profissão e lhe assegura autonomia teórica-metodológica, técnico-operativa e ético-política no desenvolver de sua intervenção profissional, o trabalho do assistente social é atravessado pela relação de compra e venda da sua força de trabalho especializada. Sendo assim, seu exercício profissional encontra-se historicamente condicionado por determinantes objetivos e subjetivos. De acordo com Guerra (2005), nas condições objetivas tem-se o lugar que a profissão ocupa da divisão social e técnica do trabalho, seus espaços de intervenção, o contexto, a conjuntura histórico-social. Nas dimensões subjetivas estão as finalidades profissionais, as escolhas e a capacidade teórico-metodológica do assistente social.

Raichelis (2011) ao reporta-se para as condições objetivas de trabalho, destacadamente o lócus da intervenção profissional, alude que são as instituições empregadoras as que detêm os meios pelos quais a prática do assistente social pode se desenvolver, definindo dessa forma, o contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade e as metas de produtividade a serem alcançadas. Destaca ainda, a supracitada autora que tais instituições além de recortarem a questão social sobre qual incidirá as respostas desse profissional, são elas que disponibilizam as condições materiais para o desenvolvimento desse trabalho, ou seja, os recursos humanos, técnicos, institucionais e financeiros, que rebateram diretamente na intervenção desses profissionais junto às requisições dos usuários, oferecendo possibilidades ou cerceando os direitos sociais dos mesmos, bem como ampliando ou reprimindo a materialização de seu projeto profissional.

Frente ao exposto, afirmamos que a intervenção do assistente social é determinada pelas condições políticas, econômicas, culturais e institucionais que permeiam tanto as demandas que o desafia em seu cotidiano, quanto às respostas que o mesmo oferece. Assinala-se, contudo, que para além das dimensões objetivas que perpassam o fazer profissional, é preciso também reportar-se para as dimensões subjetivas que envolvem “o modo pelo qual o profissional incorpora na sua consciência o significado do seu trabalho, as representações que faz da profissão, as justificativas que elabora para legitimar a sua atividade que orienta a direção social que imprime ao exercício profissional” (RAICHELIS, 2010, p. 752).

Dessa forma, o assistente social encontra-se diante de um duplo desafio do desenvolver de seu trabalho no campo da saúde: de um lado, não produzir e reproduzir práticas conservadoras no interior de seu trabalho, o que o requisita a elaborar propostas e projetos de intervenção que requalifique as demandas tradicionais com quais lida cotidianamente e lhe cobra respostas imediatas e resolutivas, articular a essas, novos conhecimentos e habilidades que estejam afinadas com os direitos dos usuários. Ter sempre presente a apreensão das mudanças contemporâneas, seja na cultura organizacional ou nas demandas que tais transformações criam e recriam, e responder a tudo isso, com uma prática sistematizada, continua e coletiva, articuladamente com a população usuária por meio de ações sócio-educativas e de controle social. De outro lado, assistir o desencontro entre o que a legislação social assegura e o que na prática dos serviços de saúde realmente é ofertado, fruto das contradições que perpassam a política de saúde, que na atualidade sofre com seu desfinanciamento, privatização e desresponsabilização do Estado subtraindo, dessa forma, o caráter universalizante da política de saúde.

Queremos pontuar que é a visão do profissional eticamente comprometido, teórico e técnico capacitado que vai transpor suas ações fora dos muros do hospital, norteará seu alcance profissional aquém das demandas imediatas e das práticas rotineiras, burocráticas, acríticas com finalidade em si mesma. Sua prática encontrará respaldo na comunidade, nos equipamentos sociais, nessa teia social que constrói a realidade concreta dos usuários. Sintetizando, “é na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação” (MARTINELLI, 2011, p. 503).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conceitos e definições em saúde**. Ministério da Saúde. Coordenação de assistência médica e hospitalar. Secretária nacional de ações básicas de saúde. Brasília: 1977. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

_____. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n.º8080 de 19 de setembro de 1990 – Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa farmácia popular do Brasil: manual básico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. COSTA, J.F.R. et al. (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**, nº 7. Brasília: 2010.

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

_____. Políticas sociais no Governo Lula: uma reflexão. **Revista Inscrita**, nº. 9. Brasília: CFESS, 2004.

_____. **Questão social e direitos**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.) Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2ª 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.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. **Revista cadernos de saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n. 2, Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

GUERRA, Y. O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas. **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social,** ano 2, n. 3, dez. 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: CFESS. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **Renovação e Conservadorismo no serviço social. Ensaio Crítico.** 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 20 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 15. ed. São Paulo: Cortez, [Lima, Peru]: CELATS, 2011.

KRÜGER, T. R. Serviço Social: Espaços de Atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP Campinas, v. 9, n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Política de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 521-532, mar. 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. O SUS versus as diretrizes da política econômica. **Revista Ser Social**, Brasília, v.11, n. 25, p 55-81, jul/dez.2009.

MARTINELLI, M. L. Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 1, n. 1, p.1-12, 2002.

_____. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATOS, M. C. O debate do serviço social na saúde na década de 90. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 74. São Paulo: Cortez, 2003.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p. 221 – 243. 2009b.

MIRANDA, A. P. 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**. 2011.358 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I.S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências.** In: Giovanella, L. et al. (orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social.** 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS? Coleção Temas em Saúde,** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J.S.et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet,** Philadelphia – EUA, n.1, p. 11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Farmácia Popular no Brasil.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269. Acesso em: 26 de setembro de 2012.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e condições de trabalho no SUAS. **Revista Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n.104, p.750-772, out/dez. 2010.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.107, p. 420-437, jul./set. 2011.

SODRÉ, F. Serviço Social e o Campo da Saúde: Para Além de Plantões e Encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 103. São Paulo: Cortez; 2010.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

YAZBEK. M. C. Análise da matriz teórico-metodológica do Serviço Social no INSS (1995), considerando a política previdenciária, suas determinações sócio-históricas e o projeto hegemônico do Serviço Social. In: BRAGA, L. et al. (orgs.) **O SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDÊNCIA**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.