

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NOS
HOSPITAIS DE PARINTINS: UM ESTUDO SOBRE OS
DESAFIOS E PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES**

LIA AUXILIADORA SOARES DO ROSÁRIO

MANAUS

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

LIA AUXILIADORA SOARES DO ROSÁRIO

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NOS
HOSPITAIS DE PARINTINS: UM ESTUDO SOBRE OS
DESAFIOS E PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Linha de Pesquisa Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

MANAUS

2013

LIA AUXILIADORA SOARES DO ROSÁRIO

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NOS
HOSPITAIS DE PARINTINS: UM ESTUDO SOBRE OS
DESAFIOS E PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Linha de Pesquisa Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia

Aprovado em 23 de dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Yoshiko Sasaki

Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Lucilene Ferreira de Melo

Universidade Federal do Amazonas

Aos meus Pais, que me proporcionaram nesta pisada ser uma pessoa livre para escolher o bem melhor e o meu próprio caminho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, o alicerce da minha vida.

Aos meus pais, Aristides do Rosário (in memorian) e minha mãe, Maria Auxiliadora Soares do Rosário por me conduzirem pela trilha da educação e incentivos infinitos.

A meus irmãos, que me incentivaram a dar continuidade neste caminho.

Ao meu irmão Ariosto Soares do Rosário pelo apoio nos momentos de estudo e reflexão mediante críticas construtivas.

À minha família, meus tios, Leovegildo Soares, Maria do Carmo Soares, Maria das Graças Soares Prola, Cláudio Soares e Raimunda Cardoso, pela preocupação quanto à temporalidade e término deste estudo.

À Minhas amigas de Parintins; Maria Natividade Barbosa, Elaine Pires, Carmem Suzana Ludovico, Maria Rosa Barbosa, Janaina Lima, Joelma Coelho por terem me feito sorrir nos momentos de angústia e solidão.

À minha Professora e orientadora, Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira pelo incentivo, amizade, apoio, neste grande projeto.

Aos professores da Universidade Federal do Amazonas de Manaus, em especial aos que ministraram as disciplinas teóricas do Mestrado.

À professora Msc. Rita de Cássia Montenegro (In memorian) por ter feito parte deste processo.

A direção dos dois hospitais pesquisados.

As Assistentes Sociais dos dois hospitais, pela paciência e tratamento digno.

Aos demais profissionais entrevistados, especialmente o Dr. Nascimento pela vontade de ter contribuído com este estudo e o Dr. Alberto pelo carinho, durante as entrevistas.

À minha amiga, Daizes Caldeira Pimentel, obrigada por estar ao meu lado neste momento impar de minha vida e por ter me incentivado, apesar da distância, a

nunca desistir dos meus sonhos, principalmente nas discussões e debates relacionados ao SUS.

Às professoras da Ufam – Parintins, Andreza e Milena Barroso pelo apoio e incentivo.

À minha colega de Mestrado Itacyara Malcher, pelas longas conversas e incentivo na escrita deste trabalho.

À todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

...Era uma vez, uma moça boazinha que o governo pagava para ter dó dos pobres. Esta mocinha amadureceu bebeu em outras fontes, e atualmente faz parte do legado em processo de construção de seu Projeto Profissional hegemônico. (autor desconhecido)

RESUMO

O presente estudo teve como propósito fazer uma análise sobre prática profissional dos Assistentes Sociais nos hospitais do Município de Parintins – AM, a partir da compreensão da dimensão técnico-operativa e ético-política, sob o olhar da interdisciplinaridade, enquanto perspectiva de prática coletiva em saúde. Deste modo, a investigação realizada, procurou à luz do projeto ético-político, contextualizar as ações destas profissionais, identificar a percepção sobre a Interdisciplinaridade na relação de trabalho entre os demais, e uma análise dos desafios e perspectivas para a consolidação do projeto profissional. A pesquisa é de natureza qualitativa, a amostra foi dez (10) profissionais que fazem parte do quadro de servidores dos dois hospitais estudados, dentre eles; médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfermeiros (as) e psicólogos, onde utilizamos como instrumento de coleta de dados, a técnica da entrevista semiestruturada, através do registro das falas dos profissionais, num constante ir e vir das questões analisadas em seus conteúdos. Pelas análises e reflexões, as aproximações as quais chegamos é que a pesquisa mostrou uma quantidade de demandas pontuais, individualizadas e fragilizadas nos plantões e sobre avisos, inviabilizando a qualidade dos serviços ofertados à população usuária, no que se refere às determinações sociais, inseridas em um contexto de concepção ampliada da saúde. Assim sendo, as ações das assistentes sociais revelaram traços tradicionais no trato das questões cotidianas do seu fazer profissional, sem criticidade, e nem reflexões de cunho coletivo implicando particularmente na concepção da interdisciplinaridade. Entendemos, portanto, que neste processo ficou claro o penhor da prática profissional neste campo, ao paradigma biocêntrico, com fragmentos de ações entre os profissionais estudados.

Palavras – Chave: Prática Profissional, Saúde, Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The present study had as purpose to make an analysis of professional practice of social workers in the hospitals of the city of Parintins - AM, from the understanding of technical and operative dimension and ethical politics, under the gaze of interdisciplinary, while collective practice perspective on health. Thus, the research carried out, sought in the light of the ethical-political project, characterize the actions of these professionals, the perception of Interdisciplinary among others, doing an analysis of the challenges and prospects for the consolidation of professional design. The research took the perspective of qualitative approaches, using semi-structured interview technique, through lines of registry professionals, in a constant coming and going of the issues analyzed in their content. The analyses and reflections, the approximations which we reached is that research has shown a number of specific demands, individualized and fragile in shifts and about warnings, making the quality of services offered to the user population, as regards social determinations, inserted in a context of enlarged health conception. Therefore, the actions of social workers reveal traditional traits of the bargain of the everyday issues of your do without professional criticality, and even reflections of collective cleat. We believe, therefore, that in the process it became clear the pledge of professional practice in this field, the Biocentric paradigm, with fragments of actions among the professionals.

Keywords: Professional Practice, Health, Interdisciplinary.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I Política de Saúde Brasileira: breve resgate histórico.....	19
FIGURA II Multidisciplinaridade.....	37
FIGURA III Interdisciplinaridade.....	38
FIGURA IV Pluridisciplinaridade.....	38
FIGURA V Transdisciplinaridade.....	39

LISTA DE QUADROS

QUADRO I Média Complexidade e Alta Complexidade	27
QUADRO II Indicação quanto à entrada de usuários.....	28
QUADRO III Plantão.....	84
QUADRO IV Sobreaviso.....	85
QUADRO V Concepção dos profissionais a respeito do Serviço Social na Saúde.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I Interdisciplinaridade na visão dos Profissionais.....	99
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABEM – Associação brasileira de Ensino Médio

ABEPSS – Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRAMG – Associação brasileira de Medicina de Grupo

ABRASCO – Associação brasileira de Saúde Coletiva

CAP'S – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CA'S – Centros Acadêmicos

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais

CEBES – Centro brasileiro de Estudos

CELATS – Centro Latino Americano de Trabalho

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

D'As – Diretórios Acadêmicos

DANT's – Doenças não transmissíveis

DC – Desenvolvimento de Comunidade

ENESSO - Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

FBH - Federação Brasileira dos Hospitais

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MEC – Ministério de Educação e Cultura

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Programa Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SEMAST – Secretaria Municipal de Assistência Social e Trabalho

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SINAMGE - Sindicato Nacional das empresas de Medicina de Grupo

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas

TFD – Tratamento Fora Domicílio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: AVANÇOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	18
1.1.A política pública de saúde: um breve resgate.....	19
1.2.Interdisciplinaridade: um conceito em construção.....	35
1.3.A interdisciplinaridade no contexto das Práticas Profissionais na área da Saúde Pública.....	40
CAPÍTULO II - INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES PARA UMA NOVA PRÁTICA NA SAÚDE.....	48
2.1. Considerações sobre a trajetória histórico-política do Serviço Social brasileiro e a saúde nas décadas de 30 á 80.....	49
2.2. O Projeto Profissional e o Projeto Democrático de Saúde nos anos 80.....	58
2.3. O Serviço Social e a interdisciplinaridade no cenário do SUS.....	73
CAPÍTULO III - A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS JOFRE COHEN E PADRE COLOMBO NO MUNICÍPIO DE PARINTINS.....	82
3.1 Caracterização da prática profissional das Assistentes Sociais do Município de Parintins de Parintins.....	83
3.2 Interdisciplinaridade no trabalho na visão dos profissionais.....	98
3.3 Serviço social: desafios e perspectivas para a consolidação do projeto ético-político.....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERENCIAS.....	114
APÊNDICE.....	120

INTRODUÇÃO

*E aí... o óleo de girassol decompõe-se em um estudo do saber
fazer vivido no cotidiano dos Parintintins!*

(Desconhecido)

A pesquisa sobre “A Prática Profissional do Serviço Social nos hospitais de Parintins: um estudo sobre os desafios e perspectivas interdisciplinares” surgiu da necessidade de estudar e avaliar a prática dos assistentes sociais nas duas Unidades de Saúde existentes neste Município, com a intenção de obter respostas às inquietações causadas, a partir do acompanhamento destas ações.

Um dos elementos que nos chamou a atenção para o estudo foi devido a uma simples demanda por medicamento fora do horário de trabalho destes profissionais, no qual seria de competência administrativa da unidade hospitalar. Desta maneira foi levada ao Serviço Social desta Instituição, como forma de providencias, quanto à aquisição desta medicação, para ser administrada ao usuário internado.

Outro elemento foi a ausência de estudos, principalmente no âmbito local que observasse de forma reflexiva, a prática do Serviço Social no campo da Saúde e, por ser uma área de interesse profissional, no qual fazemos parte do quadro de profissionais em um destes hospitais pesquisados. Assim sendo, passamos a definir os objetivos, entre os quais, a contextualização da Prática dos Assistentes Sociais no Hospital Padre Colombo e Hospital Jofre Cohen; a identificação junto aos Assistentes Sociais sobre a percepção da interdisciplinaridade nos diversos setores de atuação; a verificação da dimensão ético-política da atuação profissional no contexto das correlações de forças no lócus Institucional; e por fim, o conhecimento da dinâmica do fazer dos assistentes sociais no processo de interação com as diferentes áreas do conhecimento.

Pensar a concepção de saúde de forma ampliada, no qual tem ao centro seus determinantes sociais como forma de superar os modelos excludentes, tornando-se um campo vasto de atuação para o Serviço Social, principalmente no conjunto das profissões que interferem no processo saúde/doença, objetivando, desta maneira, um atendimento integral à população usuária destes serviços, pensamos, que já não cabem mais, nesta atual conjuntura, os discursos e ações conservadoras, com

características individuais, pontuais, e nem tampouco a execução verticalizada de ações que não competem à profissão.

Neste sentido, o Assistente Social é reconhecido como um profissional da saúde, caracterizado através de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n.º 383, de 1999, considerando que as ações de saúde devam se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção de todas as necessidades da população usuária na mediação entre os seus interesses e a prestação de serviços (COLETANEA DE LEIS CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 15ª Região Amazonas - Roraima, 2009, p.39).

O contexto segue em direção às observações de Miotto; Nogueira (2009, p.273), no qual atestam através de suas análises, que a adoção deste paradigma social na saúde levou a uma articulação dos discursos e das práticas consideradas tradicionais neste campo, que, através das mais variadas discussões metodológicas, se fez, entre as áreas de diversos saberes. Desta forma, a perspectiva interdisciplinar no Serviço Social vem permitindo dar visibilidade à profissão, principalmente no que se refere às práticas historicamente construídas e re-visitadas sob a luz do Projeto ético político profissional hegemônico. Sendo assim, estas discussões impulsionam e asseguram as novas práticas no contexto da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde brasileiro enquanto uma política pública de direitos, uma vez que a universalidade, a integralidade, a equidade em saúde, não podem ficar reduzidos às demandas governamentais e institucionais.

Porém, para se chegar a uma aproximação deste objeto de estudo houve a necessidade de um pensar intenso, entre muitas idas e vindas, construções e reconstruções, pois como afirma Salomon (2006, p.9), [...] a realidade se dá indiretamente através de recursos a um conjunto de meios e percurso de fases e etapas. Justamente por ser um processo [...].

Para tanto, o universo desta pesquisa foi constituído por dez (10) sujeitos, todos pertencentes ao quadro das duas Unidades, dentre eles, destacam-se; duas (02) assistentes sociais, dois (02) médicos, dois (02) enfermeiros, dois (02) psicólogos e dois (02) fisioterapeutas. Para a escolha da amostra, segundo os princípios éticos da pesquisa científica, os assistentes sociais e demais profissionais foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Desta

forma, os critérios de inclusão dos sujeitos envolvidos neste estudo, não foram feitos de forma aleatória. Mas, a partir de dois anos de formação acadêmica, bem como, o mesmo tempo de atividades desenvolvidas na Instituição e de residência no Município em questão. Quanto aos critérios de exclusão, pensou-se em não envolver os profissionais da área de nutrição, por não haver no quadro funcional de um dos hospitais de Parintins, assim como o odontólogo. Entretanto, os bioquímicos destas duas unidades de saúde, não foram incluídos por não serem considerados como profissionais de ponta nas atividades do contexto hospitalar.

Na perspectiva da abordagem qualitativa, se fez uso da técnica de entrevista semiestruturada e captação de narrativas, com utilização autorizada de gravador. Com isso, buscou-se aproximações dessas informações mediante contato e diálogo com os informantes, permitindo que seja possível apreender e interpretar de forma mais precisa o significado das falas desses sujeitos.

Neste processo vale destacar, que buscamos ao longo da pesquisa, principalmente nos momentos da realização das entrevistas com as Assistentes Sociais, manter a imparcialidade, pelo fato da não emissão de juízos de valor como parte de verdades no universo pesquisado, pois, cabe lembrar, que a pesquisadora, também é assistente social neste campo e em uma das unidades pesquisadas. Desta forma, este cuidado fez parte de todo o processo da pesquisa.

Quanto ao roteiro de entrevistas, sua composição foi através de questões abertas, cujas falas foram transcritas posteriormente. A Esta pesquisa ocorreu em um período de três meses, mais precisamente no mês agosto, setembro e outubro, contabilizando três viagens até o Município de Parintins, pelo fato da pesquisadora se encontrar residindo em Manaus. Outro ponto que merece ser destacado foi a falta de disponibilidade dos profissionais médicos, visto que durante o agendamento para a realização da pesquisa, eles se encontravam, geralmente com usuários, considerados em estado grave de saúde, ou até mesmo em consultas médicas em consultórios distantes da Unidade de saúde pesquisada.

O último momento da pesquisa encontra-se circunscrita à elaboração da dissertação. Este trabalho encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, a saúde é discutida enquanto um processo. E, para tanto houve a necessidade de fazer um breve resgate de sua trajetória histórica, econômica, política e social no País, com evidências, no movimento da reforma sanitária, até a

constituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Neste viés, pontuou-se os avanços e recuos desta política brasileira, com reflexões acerca da interdisciplinaridade no contexto das práticas profissionais na área da Saúde Pública.

No segundo capítulo foi posto em relevo, pontos reflexivos acerca da interdisciplinaridade enquanto uma perspectiva de prática profissional do Serviço Social na saúde, considerando o projeto ético-político profissional e a sua relação com o projeto da reforma sanitária brasileira. Esta discussão foi desenvolvida por entender, que o cenário do SUS, os seus determinantes sociais vão permitir aos assistentes sociais, direcionar suas ações, rumo à política social vigente, aos propósitos da reforma sanitária e do projeto ético-político profissional, uma vez que a universalidade, a integralidade, a equidade em saúde, não podem ficar reduzidos às demandas governamentais/institucionais. Ou seja; é através dos determinantes sociais no processo saúde-doença que a profissão vem contribuindo nas equipes que integram a saúde, pelo seu entendimento sobre a importância dos fatores sociais como aspecto das condições de vida e saúde da população usuária destes serviços, estando aberta a interlocuções diferenciadas com outras profissões em caráter interdisciplinar, em um processo de negociações e discussões. Assim sendo é sob uma perspectiva de ação integral e coletiva, que o assistente social construirá sua prática no campo dos direitos sociais, dispondo, portanto de um aporte teórico-metodológico, no processo saúde/doença.

O terceiro capítulo traz uma discussão acerca da caracterização da prática profissional dos Assistentes Sociais nos dois hospitais pesquisados, à luz do projeto ético-político da profissão, ressaltando a interdisciplinaridade na visão dos profissionais destas unidades de saúde, bem como os desafios e perspectivas para o Serviço Social neste campo.

CAPITULO I

SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: AVANÇOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

A saúde é considerada como um dos campos mais expressivos em termos constitucionais no País, tendo em vista o Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos complementos da Seguridade Social e uma das requisições do Projeto de Reforma Sanitária firmados pela Constituição cidadã de 88. Neste sentido pode-se dizer que este sistema trouxe uma nova concepção de saúde de forma ampliada, tendo em vista os fatores econômicos, sociais e culturais como parte deste processo. Além de seus princípios, como a Universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, o SUS tem como eixo central, as reformas sociais e a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

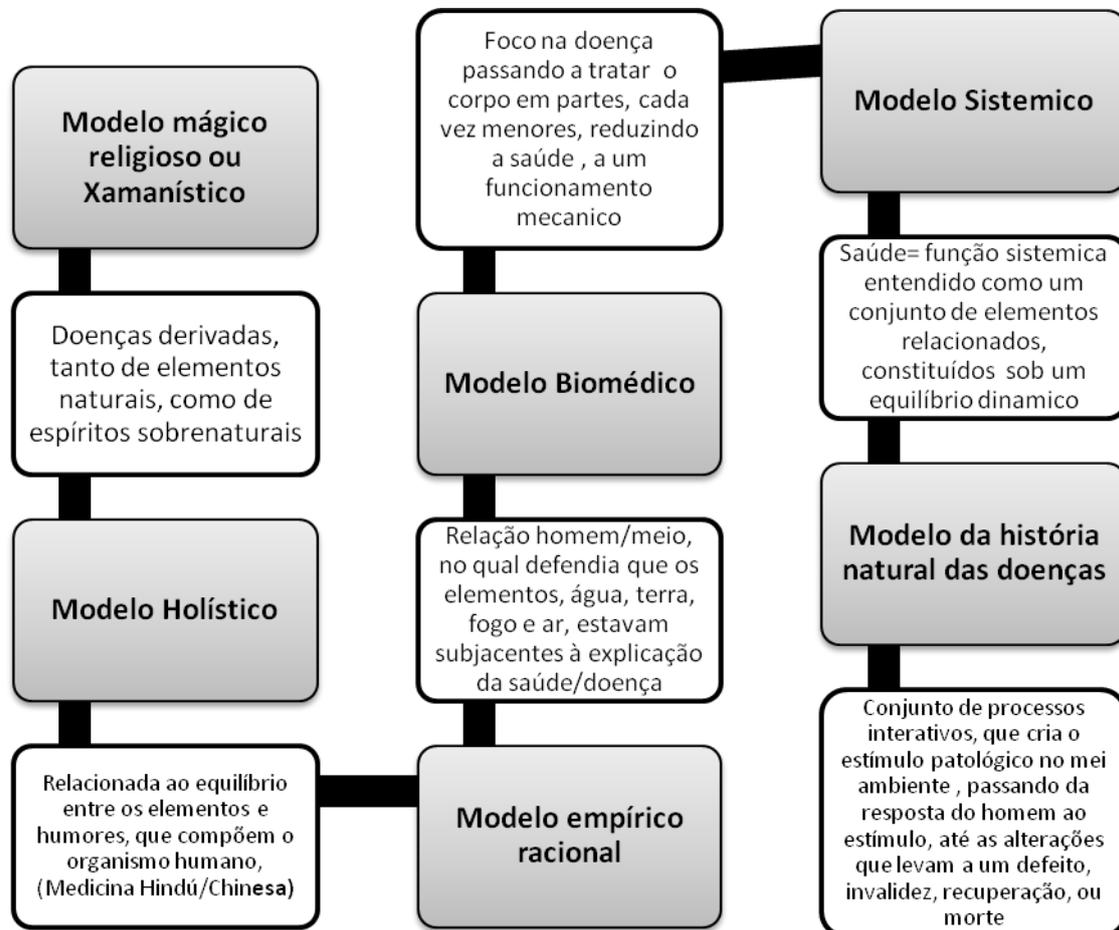
A integração de suas ações e serviços, enquanto caráter inovador vem criando condições, para a superação dos modelos excludentes, seja o biomédico¹, curativo ou o preventista por muito tempo concebidos na saúde brasileira. Com o seu esgotamento perante as mudanças sociais, políticas e culturais ocorridas nestas últimas décadas, desenvolve-se, o projeto da Promoção à Saúde enquanto uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos. Assim sendo é a partir dessa concepção ampliada do processo saúde-doença, que a atenção à saúde é organizada através de ações, numa perspectiva interdisciplinar.

Este trabalho traz como capítulo inicial, a saúde entendida como um processo social. Neste sentido há necessidade de resgatar seu processo histórico econômico social no País, com focos no Movimento da Reforma Sanitária e a Constituição do SUS a partir da produção social, para reflexões quanto à interdisciplinaridade enquanto uma nova perspectiva coletiva neste campo.

¹Modelo estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Disponível no site <http://epsjv.fiocruz.br>, acessado no dia 06 de agosto de 2013, às 10h.

1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: BREVE RESGATE HISTÓRICO.

Figura I



Fonte: (CRUZ,2009,p.23-27)

Elaboração Gráfica: Lia Auxiliadora.

A saúde e a doença são configuradas como sendo um processo dinâmico complexo e multidimensional, em se tratando de pessoas, de um grupo social ou de uma sociedade. Para Rouquayrol *apud* Cruz (2011, p.29), cada situação de saúde específica, individual ou coletiva é o resultado em dado momento de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. Portanto convêm-se que este processo não é estático.

Nesta perspectiva, o conceito de saúde vem sofrendo transformações ao longo da história, que vão desde o modelo mágico-religioso ou xamanístico, até a sua definição presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº 8. 080, de 19 de setembro de 1990, como apresentado no quadro I.

De acordo com a literatura do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a definição de saúde presente na LOS, n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 tem procurado ir além das apresentadas na figura I por tratar de um conceito mais amplo, explicado através dos fatores determinantes e condicionantes no processo saúde-doença.

[...] 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, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país [...] (CRUZ *apud* BRASIL, 2011, p.29).

É válido repetir neste contexto, que a saúde e a doença são determinadas socialmente, podendo variar conforme os tempos, os lugares e as culturas, cuja organização das ações do serviço de saúde necessita de planejamento, de gestão, de acordo com as necessidades da população.

Entretanto, para o entendimento acerca deste processo faz-se mister resgatar o percurso da política de saúde brasileira em seus aspectos histórico, econômico e político, para entender as mudanças ocorridas na sociedade, de uma forma geral.

É voz corrente entre os especialistas neste campo, que no Brasil, antes do século XX, a preocupação com a saúde, não se traduzia necessariamente pela questão do direito social. Mas sim, ligada aos interesses econômicos. Trata-se do período, em que a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira. Neste período, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Vale apontar como herança da República Velha, a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública e as Caixas de Aposentadoria e Pensão, (CAPS), o que significou uma embrionária assistência à saúde pela previdência social.

Para Bravo, (2009, p.90), as alterações ocorridas na sociedade brasileira, a partir da década de 30, tem como fatores principais, o processo de industrialização, a redefinição do Estado, o surgimento das políticas sociais como respostas às

reivindicações dos trabalhadores, que viviam em precárias condições de higiene, habitação e saúde.

[...] necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação [...].

De acordo com as observações desta autora, a política de saúde foi organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. A primeira teve a ênfase nas campanhas sanitárias, na criação do Departamento Nacional de Saúde, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a criação de combate às endemias, e a segunda, condizia com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), com caráter seletista, principalmente pela não cobertura a toda a população, sendo direcionada apenas a uma parcela de trabalhadores, em especial àqueles que possuíam carteira profissional assinada e que contribuíam para o Instituto. Uma espécie de modelos de Seguro Social, Previdenciário e assistencial, face ao processo de construção de um Estado interventor e centralizador.

Com o processo de industrialização acelerada, especialmente a partir do Governo Juscelino, o deslocamento do polo da economia para os centros urbanos, resultou em uma massa operária na qual usava o sistema de saúde com outros objetivos. Sobre isso, Mendes (1993 p.47), afirma que “o importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”.

Com isso, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas levou à adaptação e hegemonização na metade da década de 60, do modelo médico-assistencial privatista.

Para Simionatto, (1997, p. 16), esse modelo [...] determinou a assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, privilegiando o setor privado, através da assistência médica previdenciária e tratando com descaso a saúde pública [...]. Para essa autora, o direito à saúde esteve ligado à contribuição à Previdência Social, excluindo o acesso as camadas de classe não vinculadas ao mercado formal de trabalho.

Com o regime burocrático implantado no País em 1964, as características capitalistas ficam mais evidentes, à medida que é implantado um modelo com vistas à modernização e ampliação das funções econômicas, políticas, sociais e culturais do Estado, como expõe Netto (2006, p. 31);

As linhas-mestras deste “modelo” concretizam a “modernização conservadora” conduzida no interesse do monopólio: benesses ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, concentração e centralização em todos os níveis etc. – consagradas inclusive em tentacular repertório operativo e normativo (fora de qualquer controle democrático ou parlamentar) acionado por conselhos e coletivos diretamente atrelados ao grande capital.

Nesta perspectiva, a privatização é aprofundada, segundo as observações de Fleury (2011, p.27) com as seguintes características; extensão da cobertura previdenciária² de modo a abranger a quase totalidade da população urbana; a ênfase na prática médica curativa, individual e assistencialista, com articulação do Estado/exterior; a criação do complexo médico industrial, responsável pela elevação das taxas de capital acumulado das grandes empresas monopolistas internacionais; a interferência estatal na previdência, desenvolvendo uma organização da prática médica com orientações rumo à lucratividade do setor.

Torna-se conveniente ressaltar, que o fortalecimento deste modelo fragmentado e desigual, tendo no setor privado, os serviços para os ricos, os planos de saúde para grupo seleto de assalariados e classes médias, e, os serviços públicos para pagantes da previdência.

Na década de 70, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização símbolo do modelo médico, o Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social, o INAMPS. Seu principal objetivo foi destinar a assistência à população inserida no mercado formal de trabalho. Ou seja; esse Instituto esteve voltado para prestação de assistência individual, práticas

² Criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através do Decreto Lei nº 72 de 21/11/66. Maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural. (FINKELMAN, 2002, p. 240).

curativas prestadas através do conjunto médico-sanitário (PAMS), posto de Assistência Médica e Unidades Mistas.

O modelo médico-assistencial privatista, fez crescer enormemente o número de leitos hospitalares no País. Em 1969, havia 74.543 leitos privados, e em 1984, eles chegaram a 348.255, ou seja, em 24 anos dá-se um crescimento da rede privada em 465%. Por ampliar de maneira expressiva o número de hospitais privados no Brasil, tal modelo também foi caracterizado como um modelo hospitalocentrico (QUINELLATO, 2009, p.15).

As mudanças econômicas e políticas que se deram especialmente a partir do início dos anos 80 determinaram o esgotamento deste modelo, na medida em que ficam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas, e dentre estas, as rurais. Neste sentido, Simionatto (1997, p.16), afirma que essa década demarcou o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. Para a autora, a desorganização da rede, a baixa resolutividade, a centralização do processo decisório, fez emergir na arena sanitária, sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram moldando o projeto sanitário brasileiro.

Com o grande crescimento de representatividade popular no que diz respeito à reivindicação dos direitos e necessidades do país, houve uma cobrança por parte da população tendo em vista o provimento de um sistema de saúde eficaz, que atendesse às necessidades de toda a população.

Contudo foi na segunda metade da década de 70 e início de 80, que a corrente democrática crescente se põe como pano de fundo às transformações ocorridas na sociedade brasileira, em que os movimentos sociais põem em xeque o regime da ditadura Militar. Foi nesta conjuntura, portanto, que o Brasil assistiu a uma reorientação política, mediante a abertura dos espaços políticos e institucionais, no qual contribuíram para os diversos debates que permearam a sociedade civil, com vistas à reformulação da política de saúde, pautada nas condições de vida da população.

Neste período, o Movimento Sanitário surgiu da organização de pessoas e grupos partidários ou não, que tinham como objetivo, um projeto tendencioso a uma saúde democrática. [...] a saúde deixaria de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente voltada à democracia [...] (BRAVO, 2009, p.96).

O caráter político-ideológico deste movimento pautou-se pela difusão de uma nova consciência sanitária, que contou com as diferentes manifestações de oposição à política de saúde vigente no País. Fleury (2011, p.206) exemplifica o contexto, apontando para a edição da Revista Saúde em Debate através do Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), em que passou a editar um conjunto de livros, publicações, promoções de eventos, conferências etc., e com isso, consolidou-se uma rede de relações, envolvendo além de intelectuais, setores da burocracia, lideranças populares, profissionais de saúde entre outros, com o objetivo comum na transformação do Sistema de Saúde brasileiro.

Para além do ideológico, este movimento explicita suas propostas, sempre em busca de uma reestruturação da saúde, assumindo uma caracterização mais pragmática. Ressalta-se a concepção de uma saúde de forma ampliada enquanto melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais, visto que a saúde plena não envolve apenas a recuperação da doença. Mais sim, [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...] (SCOREL 2011, p.182); a organização de um Sistema Único, em conformidade com os princípios da integralidade, da descentralização, da universalização, da participação social e da redefinição da União, do Estado, dos municípios e territórios, tendo em vista a prestação dos serviços de saúde a toda a população usuária destes.

Sumariamente, o marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde³, cujo lema era; “Saúde, Direito de todos e Dever do Estado”. Seus principais temas debatidos giraram em torno da saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de saúde e o financiamento do setor. Seu relatório final deu margem à elaboração da Carta Magna de 1988, considerada como “cidadã”.

³ A 8ª Conferência ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade. A grande novidade dessa conferência foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo o País como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde coletiva (Abrasco) (CRUZ, 2011,p.38).

A política de saúde brasileira passou por variadas mudanças ao longo destes anos, cujas evidências estão contidas em seus diferentes contextos históricos. Conforme Mendes (1993, p. 2), neste processo de evolução, encontra-se o Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como processo social em curso, tendo em vista sua dimensão política na sua construção, em um ambiente democrático, onde os que se apresentam na arena sanitária, são diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados.

Das propostas tendenciosas por mudanças na organização dessa política, idealizou-se um sistema de saúde baseado em três princípios: universalidade (todos têm direito ao atendimento de saúde); equidade (tratar a cada um de acordo com suas particularidades); integralidade (objetivo de uma saúde integral, não tratar apenas pelos sintomas).

Além de seus princípios, do ponto de vista do funcionamento do SUS, deve-se considerar suas diretrizes organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento deste sistema, dentre as quais encontram-se; a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária.

Nas observações de Cruz (2011, p.43), o processo de descentralização levou os municípios, a assumirem um papel de atores estratégicos, para prestar, com a cooperação técnica financeira da União e dos estados, os serviços de atendimento à saúde da população. Entretanto, como aponta Noronha, Lima e Machado citados pela autora, [...] A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização [...].

Como uma das estratégias para este fim é constituído uma estrutura normativa, que de acordo com o Ministério da Saúde⁴, nos anos 90 é representado pelas Leis Orgânicas da saúde, Lei (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993, 1996, e na década de 2000 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002, e em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde. Neste contexto ressalta-se que as Normas Operacionais, a partir do estágio e implantação e desempenho do SUS, estão voltados para a definição de estratégias, na qual orientam a operacionalidade deste sistema. Ou seja; são frutos de um processo político de pactuação intergestores que, após a Lei Orgânica da Saúde,

⁴ Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/s>>, Acesso em: 09 de agosto de 2013, às 14h30min.

vem criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde (CRUZ, 2011, p.45).

A regionalização e a hierarquização, conforme Teixeira (2011, p.6) diz respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. Ou seja; permitirá um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, tendo como propósito, a repartição dos recursos entre as regiões, seguindo à distribuição da população pelo território nacional.

Para tanto, na hierarquização há um ordenamento do sistema por “níveis de atenção”, com variações acordadas entre as respectivas densidades tecnológicas. Dessa forma, os serviços ofertados à população devem obter todas as modalidades de assistência, e, principalmente o acesso a todo tipo de tecnologia disponível para a solução de problemas.

Para Quinellato (2009, p.20) são três os níveis de atenção: o primário ou básico, que é a “porta de entrada” no sistema; o secundário ou serviços de média complexidade e o terciário ou serviços de alta complexidade. Estes três níveis são divididos em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica e outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (CONASS) ⁵.

A Atenção Básica de Saúde é o primeiro nível de atenção à saúde, conforme a hierarquização do SUS. As suas ações podem ser de caráter individual (curativa) e coletiva (campanhas de prevenção).

Neste contexto, embora a atenção básica seja o contato preferencial dos usuários, como afirma o Ministério da Saúde (2007, p.16), ela emprega tecnologia de baixa densidade. Ou seja; na atenção básica inclui-se um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade.

Faz parte deste processo, a unidade básica de saúde, com ou sem saúde da família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Seus insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades da saúde local, com a garantia de fluxos de referencia e contra

⁵Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_proggestores_livro9.pdf>, Acesso em: 10 de agosto de 2013, as 13 h00min.

referencia aos serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

A média complexidade ambulatorial, de acordo com o Ministério da Saúde (2007, p. 17) pode ser definida como;

[...] ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento [...].

A atenção secundária, ou de média complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, o qual aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições e competências estão descritas no artigo 15 da proposta de regimento interno da Secretaria da Assistência à saúde, presentes no anexo I deste trabalho.

A atenção Terciária, ou de alta complexidade, segundo o Ministério da Saúde (2007,p.17) é apontado enquanto um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvendo alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção (atenção básica e média complexidade), de acordo com o quadro abaixo;

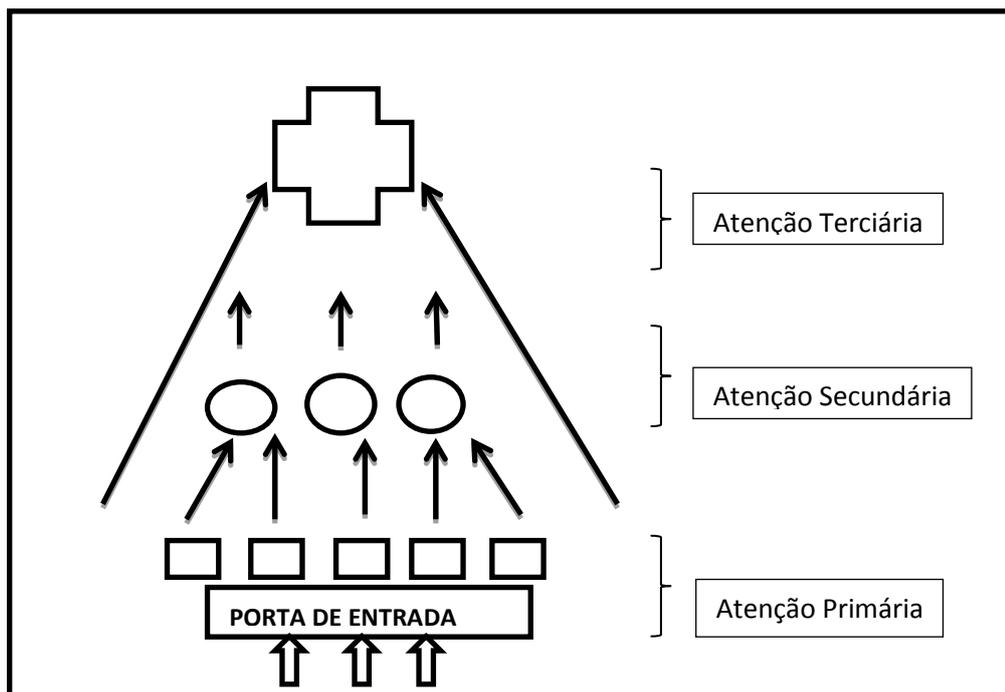
Quadro I

MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; Cirurgias ambulatoriais especializadas; Procedimentos traumatológico-ortopédico; Ações especializadas em odontologia; Patologia clínica; Anatomopatologia e citopatologia; Radiodiagnóstico Exames ultra-sonográficos; Diagnóstico; Fisioterapia; Terapias especializadas; Próteses e órteses; Anestesia.	Assistência ao paciente oncológico Cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; Procedimentos de cardiologia intervencionista; Laboratório de eletrofisiologia; Assistência em traumatologia-ortopedia; Procedimentos de neurocirurgia; Assistência em oftalmologia Cirurgia de implante coclear; Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; Procedimentos em fissuras lábio-palatais; Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; Procedimentos para avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; Assistência aos pacientes portadores de queimaduras; Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); Cirurgia reprodutiva; Genética clínica; Terapia nutricional Distrofia muscular progressiva; Osteogênese imperfeita; Fibrose cística e reprodução assistida.

No quadro I são identificados os grupos quanto aos procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e as principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS

Sumariamente, a atenção primária é a porta de entrada do SUS, ou seja; o primeiro contato do usuário com o sistema. Os casos que não forem resolvidos a este nível deverão ser referenciados para aos serviços de maior complexidade tecnológica, conforme indica o quadro abaixo. De acordo com Quinellato (2009, p. 42), o nível secundário é composto pelos Centros de especialidades e resolve 15% dos problemas de saúde. O nível terciário, ou de alta complexidade, englobam os hospitais de referencia e resolvem 5% restantes dos problemas de saúde.

Quadro II



Fonte (QUINELLATO, 2009, p.43).

No quadro II observa-se a posição das setas direcionadas para cima (sentido único), com indicações quanto à entrada de o usuário ser pela atenção básica, como porta de entrada do sistema e não de cima para baixo. Torna-se interessante ressaltar, que o usuário, conforme as observações do autor pode chegar à atenção

básica e ser encaminhado diretamente para a Atenção Terciária em casos de emergência.

Ainda sobre os princípios organizativos do SUS brasileiro, a participação comunitária com a criação dos Conselhos de Saúde foi assegurada pela Lei 8.142 de 28/12/1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006), valorizando, desta forma, a idéia democrática e participativa. Trata-se da participação popular e do controle social em saúde, vistos pela grande maioria dos estudiosos deste campo, como sendo de grande relevância social e política, pois garantem a participação popular no processo de formulação e do controle sobre a ação do Estado.

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são os principais canais de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal).

Neste contexto é válido destacar as análises de Bravo (2009,p.3), no que se refere à conotação do controle social . Para a referida autora, o controle social, sendo entendido apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas é no sentido coercitivo sobre a população. Porém, o inscrito na Constituição cidadã de 1988 (participação da população) é no sentido de elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Desta maneira, a concepção de participação referida e defendida nos idos da década de 80 é a da gestão nas políticas , através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada, estando [...] relacionada à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo no horizonte uma nova relação Estado-Sociedade com a ampliação dos canais de participação direta [...] (BRAVO, 2009. p.3).

Neste contexto, o controle social enquanto direito conquistado tem a pretensão de ampliar a democracia representativa⁶ para a democracia participativa⁷,

⁶ A noção de democracia é analisada por diversos autores como sendo um processo histórico e está relacionado à soberania popular. A democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil, entretanto é percebida como uma vitória parcial, pelo domínio de classe havendo limitações internas, pois as principais decisões são tomadas pelo poder privado (BRAVO 2009).

⁷ A democracia de massas é a ampliação da participação da sociedade. Neste processo devem estar sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais democráticos (BRAVO 2009).

com a instituição , que vai além dos Conselhos. Nesta direção, a instituição das Conferências⁸ neste campo, são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

Embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

As modificações do projeto da saúde democrática no País , na qual começam a ocorrer a partir dos anos 90, visto que as reformas de cunho neoliberal impressas neste período e defendidas pelas agências internacionais trazem como consequência, a mudança na relação do Estado com a Sociedade.

Trata-se do neoliberalismo no qual consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política.

As linhas básicas formuladas neste receituário consiste na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho , dentre outras. Ou seja; neste processo á uma neutralização por parte do Estado, com claros propósitos exposto na [...] privatização, publicização e terceirização [...]. (SIMIONATTO, 1999, p. 15).

Na privatização destaca-se a mercantilização da saúde entendida como uma forma de estimular o seguro privado, ficando o SUS, apenas para a população de baixa renda, através do pacote mínimo para este setor. Assim sendo, a universalização dos direitos, preconizados pela Constituição “cidadã” de 88, induz a uma reciclagem do modelo médico assistencial privado, pois, frente às deficiências do Sistema Público, na qual assiste apenas as camadas de menor poder aquisitivo, tenta atrair novas camadas da população, abrindo portas, portanto, à desigualdade

⁸ As conferências nacionais de Saúde, contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, atualmente, são realizadas a cada quatro anos. A última edição do evento, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em novembro de 2007. As Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional. Disponível no site <http://portal.saude.gov.br> acessado, em 21/10/2013, às 9:00 h.

no acesso da população a estes serviços. “O sucateamento do setor público é evidente, com uma desastrosa e acelerada desativação de leitos hospitalares expulsando a clientela deste setor para o privado”. (BERTOLOZZI; GRECO 1996, p.16). Diante do contexto torna-se importante notar, que de acordo com as afirmações de Blinder (2009 p.1), o corte de recursos, vem da deficiência de verbas, visto que o Brasil gasta com saúde pública 3% apenas do PIB, metade, portanto do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 6% para países com saúde universalizada.

Dentro deste quadro evidencia-se que atualmente na análise de alguns autores, o Sistema de saúde que se tem no País é na realidade, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas:

[...] O SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias [...](MENDES 1993).

Outro ponto a ser destacado no processo de desmonte de direitos sociais, principalmente na saúde refere-se à descentralização, uma das diretrizes do Sistema Único, que de acordo com o texto constitucional há uma ampliação dos poderes municipais, onde cada um passa a ter autonomia do seu próprio modelo assistencial, principalmente no campo das políticas públicas. Porém, o que vem sendo colocada na prática é uma fragmentação e uma dependência política, pois a saúde passa a sujeitar-se da vontade política dos prefeitos e dos recursos a serem aplicados no município. Com destaque, a burocratização dos Conselhos de Saúde, que por sua vez, desfocados da proposta da reforma sanitária e sob a ótica de suas ações centralizadas nas propostas do executivo, enfraquecem os espaços de participação, sem definições da política pública como um todo.

Em suma, o que se coloca para o país no final dos anos 80 para os anos 90 é o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal, sendo representada pelo Projeto privatista, na qual advoga o Estado mínimo e o mercado, e por outro, a necessidade da presença de um Estado democrático forte, principalmente na saúde, sendo representado pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Lamentavelmente, o Governo atual fortalece o primeiro, desfocando e desfinanciando o segundo, com transferências quanto à responsabilidades governamentais para as organizações da sociedade civil (Terceiro Setor).

De acordo com estudiosos do SUS é necessário mais recursos para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida. Desta maneira, para se produzir impacto sanitário na saúde brasileira é necessário além do incremento dos recursos financeiros, as devidas reformas profundas no SUS, em se tratando da grave crise na atenção médica, estruturada pelo paradigma flexneriano⁹. Alguns acreditam que, sair da crise, implica, transitar de um modelo de atenção médica, que é fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde expressado pelo paradigma da produção social da saúde.

Tais considerações permitem direcionar o SUS como processo social de construção da saúde, com maturação lenta por envolver uma transformação cultural, em se tratando de mudança de paradigmas. Em outras palavras, do paradigma flexneriano para o da produção social em saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (2006, p. 17), a Política Nacional de Promoção à Saúde, criada através da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, tem como objetivo geral, à promoção da qualidade vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

A nova lógica assistencial que nasceu com o SUS, principalmente na propositura de um conceito mais abrangente de saúde, como visto nas propostas da reforma sanitária, supera a concepção biologicista da simples causa-efeito, tendo na estrutura social, a grande modeladora dos processos de produção da saúde e da doença. Ou seja; a noção de causalidade é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de determinação, na qual as condições ligadas à estrutura social é considerada como a explicação da saúde e da doença.

Perante as mudanças sociais, políticas e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico desenvolve-se, nas últimas décadas, o projeto da Promoção à Saúde enquanto uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos. Surgida nos países desenvolvidos, com discussões nas mais variadas formas, que se estende, desde o final dos anos 60, tanto pela medicina, quanto pela sociedade, sendo enfatizada nos idos dos anos 70, esta proposta compõe uma das principais linhas de

⁹ Fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo. (SCHERER, M.D.A.et al, 2005). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>, Acesso em: 05 de maio às 12.00 h.

atuação da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à elaboração de políticas de saúde de diversos países.

Conforme as observações de Teixeira (2006, p.74) no Brasil, esta ideia tem sido objeto de interesse de inúmeros estudiosos e autores do campo da saúde, em que seus princípios e diretrizes têm muita influencia na elaboração do esboço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, auxilia nas práticas de Educação à Saúde e se faz presente junto a projetos de reorganização da rede básica que vêm, nos últimos anos, se desenvolvendo sob o manto do Programa Saúde da Família.

Nesta perspectiva, a promoção de saúde extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais neste campo, como novos desafios culturais, políticos e sociais, em uma nova forma de pensar e fazer saúde.

Conforme Teixeira (2006, p.86), a noção de promoção da saúde, inicialmente concebida como uma das tarefas da medicina vem apresentando uma certa evolução conceitual ao longo das décadas, marcada pelas constantes reflexões sobre o conceito de saúde.

Para a autora, a evolução do conceito sobre saúde vem desde o Pós-guerra, com o surgimento da Medicina Preventiva, quando a saúde fora incorporada ao modelo da História Natural das Doenças, por Leavell e Clarck.

Na década de 70, com o Relatório Lalonde (Canadá, 1974), o significado atribuído a noção de saúde passou a enfatizar as mudanças propostas nas ações sobre os estilos de vidas dos diversos grupos populacionais.

Destaca-se neste contexto, que a Promoção à Saúde moderna tem como documento de referência este relatório, em que, nas observações de Carvalho (2004, p.670) preconiza como eixo central de intervenção, um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis. Em síntese, este relatório se concretiza na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde.

Para tanto, a apresentação na Conferencia de Ottawa (1986) para este autor tem na compreensão de intervenção do processo saúde-doença, um aspecto político e técnico, e como um dos núcleos filosóficos dessa abordagem, encontra-se o

conceito de "*empowerment*"¹⁰ presente, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias. Esta categoria corporifica a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde.

Desta forma, a promoção de saúde foi sendo recheada por ricos debates nas sucessivas conferências realizadas nestas últimas décadas, contribuindo, segundo as observações de Buss *apud* Mito; Nogueira (2009, p.277), decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano.

Assim sendo, a concepção atual de Promoção da Saúde;

[...] está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referindo-se a uma combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas propostas para os mesmos [...] (BUSS *apud* TEIXEIRA, 2006, p. 87).

A Organização Mundial de Saúde - OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégias e sustentabilidade (WHO *apud* SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.107).

Como visto a promoção de saúde, portanto, abarca um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde, principalmente no campo das políticas sociais. Além disso, permite concretizar a atenção integral à saúde, como uma das diretrizes do SUS, na demonstração de que a atenção à saúde deva levar em consideração as necessidades específicas, em relação ao total da população.

¹⁰ "*Empowerment*" é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.(CARVALHO,2004,p.1090)

Neste aspecto, a integralidade pensada na abordagem do indivíduo histórico, político e social na sua totalidade, encontra-se calcada em dois pilares básicos, nas observações de Miotto; Nogueira (2009, p. 278); a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Desta forma, elas trazem como ponto principal, as articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto de saberes e vontades, apresentando uma nova forma de trabalhar, sendo apontados, como um novo arranjo de intervenção e participação, para resolução de questões amplas e complexas.

1.2 INTERDISCIPLINARIDADE: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO

O estado capitalista e o pensamento social do qual o consolidou consiste em desvincular a economia de todo um contexto social, fragmentando o conhecimento e também a maneira de agir socialmente. Podemos dizer, que o avanço das contradições sociais na sociedade de classe, impulsionou mudanças paradigmáticas numa perspectiva interdisciplinar sob diversas razões. Uma delas, diz respeito à complexidade de mudanças, que abrangem não só a área da educação, mas, também outros setores da vida social como a política, a tecnologia, a saúde, dentre outras.

Trata-se de uma mudança paradigmática que está em pleno curso. Entretanto, na visão de alguns estudiosos, não há um consenso acerca de seu conceito e definição, como afirma Santomé (1998, p.44); [...] não se trata de um tema sobre o qual as comunidades científicas e sociais chegaram a algum grau de consenso, pelo contrário [...].

Nesta perspectiva, Existe uma disputa entre partidários radicais nos campos da disciplina e interdisciplinaridade, causando as mais diversas polemicas.

Para que se possa ter uma visão geral sobre o termo interdisciplinariedade deve-se entender inicialmente, a disciplina enquanto conceito;

[...] é uma maneira de organizar e delimitar um território de trabalho, de concentrar a pesquisa e as experiências dentro de um determinado ângulo de visão. Daí que cada disciplina nos oferece uma imagem particular da realidade, isto é, daquela parte que entra no ângulo de seu objetivo [...] (SANTOMÉ, 1998, p.55).

A disciplinaridade em Japiassu (1994) enquanto perspectiva dominante - congrega diferentes disciplinas num processo pretensamente neutro, dissimula e mascara as questões propriamente políticas da interdisciplinaridade: [...] qual a disciplina mais importante, articuladora e dominadora? Qual o especialista que terá a última palavra e eu exercerá o poder? Como será tomada a decisão? E por quem? [...].

Com efeito, o surgimento das especializações resultaram numa fragmentação no horizonte epistemológico, no qual [...] dividiu ao infinito o território do saber. Cada especialista ocupou como proprietário privado seu minifúndio de saber, onde passa a exercer, ciumenta e autoritariamente, seu mini-poder [...] (JAPIASSU, 1994¹¹).

Sumariamente, a disciplina organiza-se e delimita-se sob um conjunto de estratégias organizacionais, selecionando os conhecimentos. Uma vez pautada por um conjunto de procedimentos metodológicos, a disciplina aborda, sobretudo, uma forma específica dos conteúdos do conhecimento, da ciência e da realidade por uma concepção de mundo sob o prisma do positivismo - enquanto paradigma do saber - é o responsável pela firmação das disciplinas de modo isolado.

Trata-se da influência dos trabalhos de grandes pensadores modernos como Galileu, Bacon, Descartes, Newton, Darwin e outros, em que conforme Thiensen (2008,p.546), as ciências foram sendo divididas e, por isso, especializando-se.

Sob um enfoque teórico-metodológico, a interdisciplinaridade surge na segunda metade do século passado, em resposta a uma necessidade verificada principalmente nos campos das ciências humanas e da educação, conforme explica Thiesen (2008, p.546);[...] como um movimento contemporâneo que emerge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento, vem buscando romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes [...].

Para este autor é no campo das ciências humanas e sociais que a interdisciplinaridade aparece com maior força, sendo objeto de estudo, primeiramente na filosofia, posteriormente nas ciências sociais e mais recentemente na epistemologia pedagógica. Trabalhos como o de Kapp (1961), Piaget (1973), Vygotsky (1986), Durand (1991), Snow (1959) e Gusdorf (1967) são alguns exemplos desse movimento.

¹¹ Texto base da palestra proferida no Seminário Internacional sobre Reestruturação Curricular, promovido pela Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, em julho de 1994.

Com bases nas afirmações de Thiesen (2008, p. 547), Georges Gusdorf lançou na década de 1960 um projeto interdisciplinar para as ciências humanas apresentado à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Nesta direção, o projeto de interdisciplinaridade nas ciências passou de uma fase filosófica (humanista), de definição e explicitação terminológica, na década de 1970, para uma segunda fase (mais científica), de discussão do seu lugar nas ciências humanas e na educação a partir da década de 1980.

Atualmente, no plano teórico, a interdisciplinaridade é pautada na ética e na antropologia, ao mesmo tempo em que, no plano prático, surgem projetos que reivindicam uma visão interdisciplinar, sobretudo no campo do ensino e do currículo.

No Brasil, o conceito de interdisciplinaridade chegou através do estudo da obra de Georges Gusdorf e posteriormente de Piaget. O primeiro autor influenciou o pensamento de Hilton Japiassu no campo da epistemologia e o de Ivani Fazenda no campo da educação.

Obstante ao paradigma existente surge uma vertente que propõe a superação da fragmentação e desarticulação das disciplinas através das seguintes relações disciplinares: A multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade enquanto níveis de colaboração e integração;

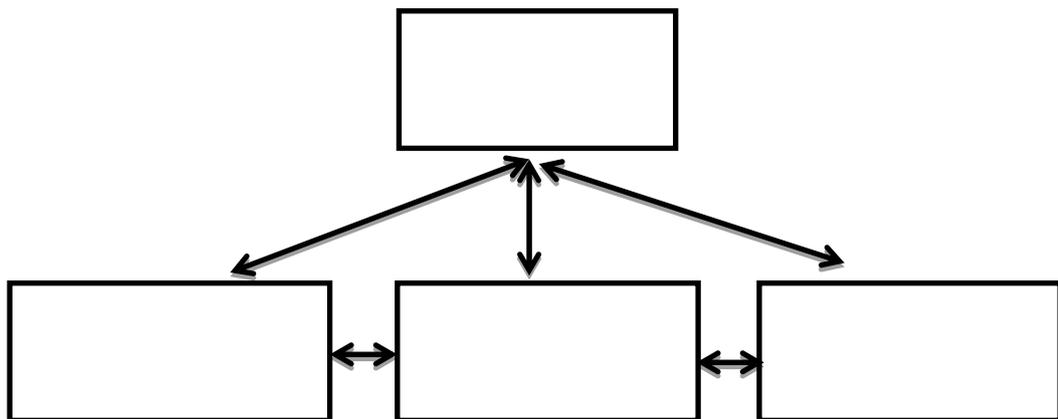
Defendidas por alguns autores como Piaget *apud* Santomé (1995, p.70); *Multidisciplinaridade* – Ocorre quando, para solucionar um problema, busca-se informação e ajuda em várias disciplinas, sem que tal interação contribua para modifica-las ou enriquece-las. Esta costuma a ser a primeira fase da constituição de equipes de trabalho interdisciplinar, porém não implica em que necessariamente seja preciso passar a níveis de maior cooperação. Ou seja; [...] Justaposição de disciplinas diversas, desprovidas de relação aparente entre elas [...] (FAZENDA, 1999, p.27).

Figura II - Multidisciplinaridade



Interdisciplinaridade – Estudos complementares de diversos especialistas em um contexto de estudo de âmbito mais coletivo. A cooperação entre várias disciplinas provoca intercâmbios e, conseqüentemente enriquecimentos mútuos. [...] interação pode ir da simples comunicação de ideias, à integração mútua de conceitos diretores da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização referentes ao ensino e à pesquisa [...] (FAZENDA, 1999, p.27).

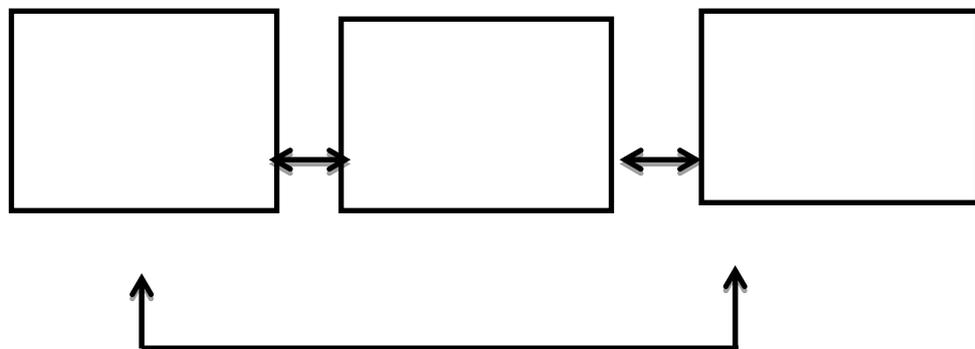
Figura III - Interdisciplinaridade



Fonte Santomé (1995)

Pluridisciplinaridade – Justaposição de disciplinas mais ou menos vizinhas nos domínios do conhecimento. Ex: domínio científico: matemática + física. (FAZENDA 1999, p.27).

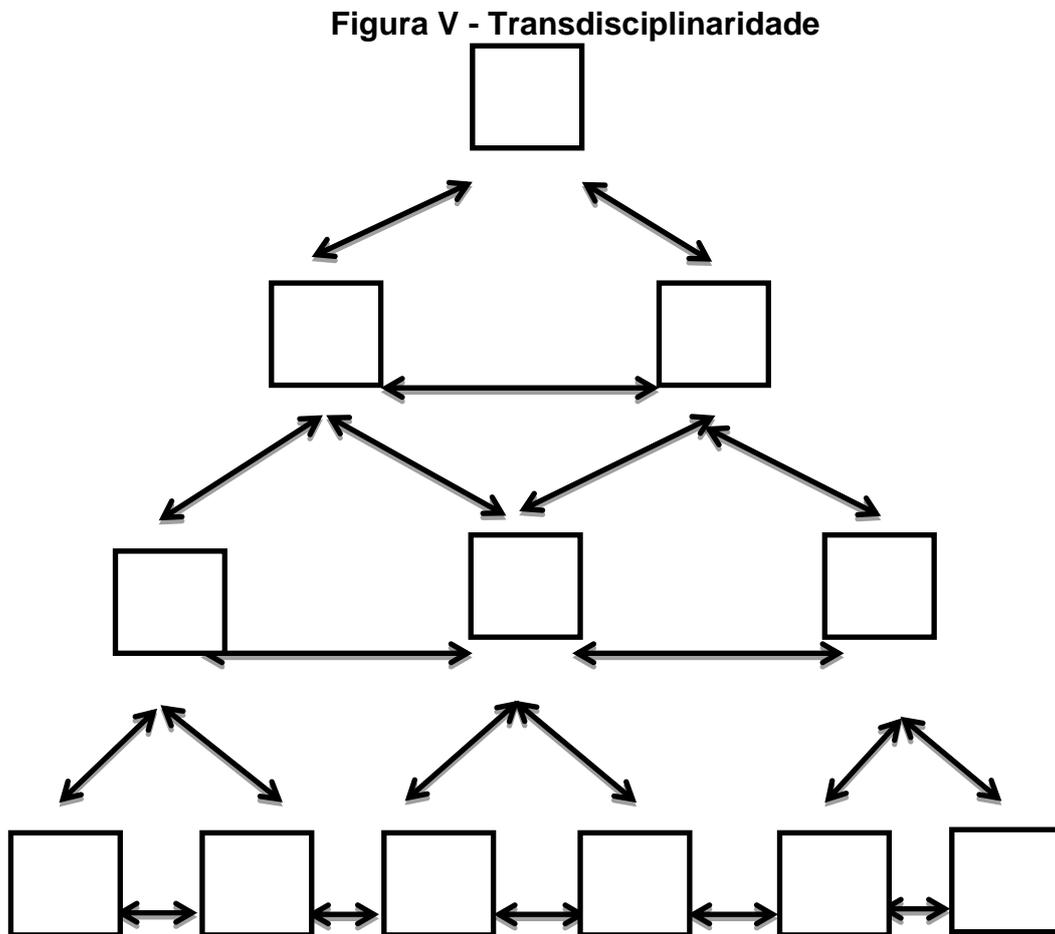
Figura IV – Pluridisciplinaridade



Fonte Santomé (1995)

Transdisciplinaridade – Trata-se da construção de um sistema total, sem fronteiras sólidas entre as disciplinas, ou seja; de uma teoria geral de sistemas ou de

estruturas, que inclua estruturas operacionais, estruturas e regulamentação e sistemas probabilísticos, e que una estas diversas possibilidades por meio de transformações reguladas e definidas. [...] resultado de uma axiomática comum a um conjunto de disciplinas (FAZENDA,1999, p.27).



Fonte Santomé (1995).

A Interdisciplinaridade, enquanto proposta, exemplificada na figura III, não nega os conteúdos, e nem pretende criar uma nova ciência. Mas, permite uma organização em diversas áreas de conhecimento, em torno de um eixo comum, que integre as demais áreas, em busca de um diálogo, e que através de suas práticas, podem realizar negociações entre pontos de vista, entre projetos e interesses diferentes.

Neste contexto, a interdisciplinaridade, ainda está em processo de construção, e, para alguns autores, como Japiassu (1994), ela é percebida como uma prática eminentemente política, como uma negociação entre diferentes pontos de vista

tendo por objetivo decidir uma representação considerada como adequada em vista de uma ação.

De um modo geral, o futuro pertence às pesquisas interdisciplinares, Mas, muitas equipes com um olhar interdisciplinar vivem, [...] de fato uma competição contínua entre os imperialismos de diferentes disciplinas [...] (SANTOMÉ, 1995, p.76). Assim sendo, se tornam como um dos empecilhos para a sua realização.

Nesta perspectiva percebe-se que a totalidade do conhecimento, através da prática interdisciplinar, ainda caminha a passos curtos quanto à sua organização. Para a maioria dos autores e defensores deste novo paradigma, um dos fatores que impedem seu desenvolvimento é a forma tradicional disciplinar com que trabalham as profissões, cuja tomada de decisão, se processa de forma isolada, com observações limitadas de cada especialista. [...] Existe uma espécie de territorialização do conhecimento, à base de parcelas, nas quais para poder entrar e participar, é indispensável cumprir uma série de compromissos. O conjunto de cada disciplina delimita sua parcela e desconfia daqueles que não tem essa especialidade concreta [...] (SANTOMÉ 1995, p.78).

Há de se convir, entretanto, que a interdisciplinaridade desencadeia relações conflituosas provenientes de atividades dominadoras, assumidas por determinados profissionais, comprometendo, a interação e impedindo as contribuições das demais áreas.

Diante do que aqui foi exposto, percebe-se que este novo paradigma, está estimulando modificações no pensar e no fazer, nos mais variados modos, pelo caráter de interação existente entre as concepções. Para tanto, percebe-se que esta nova perspectiva traz as intuições, as emoções e os sentimentos entre os diálogos usados, rompendo por muitas vezes, com a visão disciplinar hegemônica e fragmentada. Entretanto, sua complexidade é muito maior, quando se trata de variados obstáculos, quer no campo epistemológico, quer no campo político, e no campo da prática interventiva.

1.3 A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA

Inicialmente, a ideia de interdisciplinaridade surge na formação de recursos humanos em saúde, segundo a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM,

1989, p.7), a partir de um conjunto de críticas ao modelo dominante de educação médica e de formação de outros profissionais de saúde determinado pela estrutura das práticas de saúde hegemônicas¹².

Isto se deve ao fato, da formação de profissionais deste campo ter sido orientada desde o século XX por um modelo de ensino fragmentador, demarcada historicamente pelo positivismo, principalmente na compreensão da doença como uma ameaça à ordem social, e com o tratamento sob a ótica biocêntrica.

Neste aspecto, torna-se viável as observações de Foucault *apud* Scherer M.D.A. et al. (2005, p.54), quando afirma que a percepção da doença estaria de acordo com a disfunção de seus elementos orgânicos, tendo como espaço privilegiado de intervenção e sistematização, um saber sobre esta doença. Portanto, os fundamentos médicos centralizavam-se no desenvolvimento da clínica e do surgimento do hospital.

Há mais ou menos três décadas, a consolidação das Ciências Sociais e Humanas nos currículos da formação médica e de outras profissões de saúde foi vista por alguns autores, como um processo de difusão e inovações. Porém, apenas como um modo complementar, por serem apreciadas como ciências de conduta e de comportamento nesta conjuntura. Isto significa nas observações da ABEM (1989, p.11), que o objetivo da abordagem social nos problemas de saúde seria para humanizar a medicina, prevalecendo o modelo biomédico sustentado à doença e as suas causas biológicas.

Foi na década de 60, todavia, através de algumas experiências como a Medicina comunitária nos EUA, que a tentativa de práticas interdisciplinares surge na Europa, em especial na Saúde Mental através da articulação entre as disciplinas sociais e biomédicas.

[...] os processos de formação médica deveriam sair dos limites das enfermarias para a comunidade – programas denominados extramurais – exigia uma participação de profissionais que conhecessem ou tivessem trabalhado em projetos de comunidade como assistentes sociais e cientistas sociais. O conhecimento sócio-antropológico das comunidades urbanas era de fundamental importância para o levantamento de problemas sócio-médicos [...] (NUNES, 1987, p.108).

¹² Qualquer definição de hegemonia se torna complicada pelo uso da palavra em dois sentidos diametralmente opostos: significando domínio, como em hegemonismo, ou significando liderança, e tendo implícita alguma noção de consentimento (BOTTOMORE, 2011, p.177).

Mas, esta inovação curricular tornou-se alvo de críticas posteriores, frente à obstáculos epistemológicos e de linguagem, acarretando com isso, um conhecimento fragmentador no que se refere aos processos socioculturais e psicossociais. Contudo, alguns princípios preventistas são postos em prática neste período através de programas de saúde. Porém, sem quaisquer perspectivas de mudanças com relação à prática médica convencional.

Foi nos idos dos anos 70, que o repensar das ciências sociais em saúde ocorre em um processo de discussões relacionadas à epistemologia. Sob um cenário fervilhante pelos movimentos sociais, dentre eles o da saúde, que no Brasil se definira no movimento da reforma sanitária, o Seminário de Cuenca (Equador) veio com o objetivo claro de [...] centrar-se na análise da mudança, incluir modelos teóricos que permitissem pesquisar a realidade em termos de suas contradições internas, permitir a análise tanto de níveis específicos da realidade como de níveis estruturais e as relações entre ambos [...]. (NUNES 1992, p.66).

O importante a ressaltar neste contexto são as propostas de superação do modelo flexneriano, no qual se encontra a crise da saúde nesta conjuntura. Sobre essa questão, alguns autores e especialistas apontam para o deslocamento do paradigma clínico em direção ao paradigma histórico-estrutural do qual Althusser e Poulantzas foram considerados como figuras emblemáticas servindo de parâmetros interpretativos na questão social da saúde. Em outras palavras, o objetivo foi de assentar a saúde/doença, como produto social, resultante de fatores econômicos, políticos e ideológicos, buscando, sobretudo, um saber constituído por disciplinas, que fundamentassem, através de seus aportes teóricos este período .

Para os estudiosos nesta área foi neste panorama de criticidades, que a epidemiologia incorpora em suas análises o materialismo histórico¹³ Marxista, sendo usado como referencia, segundo as observações de Nunes (2005, p.27), os capítulos de “o capital “e o clássico de Engels” “a situação da classe operária na Inglaterra”, pelo aprofundamento do processo de industrialização e pelas suas contradições que marcam este período no Brasil. Cita-se nesta via, os trabalhos de Cecília Donnangelo (1975), a tese de Sérgio Arouca (1975) e de Roberto Nogueira (1977) e de Ricardo Mendes Gonçalves (1979), sobre a questão da prática médica, vinculada às características das sociedades e às demais práticas no modo de

¹³ Expressão que designa o corpo central da doutrina da concepção materialista da história, núcleo científico e social da teoria Marxista (BOTTOMORE 2011, p..260).

produção capitalista. Na América Latina, os trabalhos de Juan César Garcia e Laurell.

Ainda neste período, as primeiras reformas na saúde, em especial nos Países subdesenvolvidos tiveram como premissa, o Slogan *Saúde para todos nos anos 2000* lançado pela Assembleia Mundial de Saúde assumindo uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde. Faz-se referencia processo, a Conferencia Internacional sobre a Atenção primária à Saúde em Alma data reafirmando a saúde como um direito do homem, sob a responsabilidade políticas dos governos.

Muito embora houvesse uma ampliação de perspectivas no campo de produções dos cursos de Pós Graduação por uma massa crítica de profissionais e acadêmicos, não se pode afirmar que houve um avanço em direção a um diálogo interdisciplinar. Pois, segundo as observações de alguns autores, a maioria desses pesquisadores, não possuíam a devida formação em Ciências Sociais, utilizando-se em menor proporção da sociologia e a antropologia no desenvolver de suas pesquisas.

A década seguinte ao aprofundar o social na saúde como um direito coletivo, as exigências quanto a novas abordagens no que se refere à produção de conhecimentos e práticas extras setoriais, contornam a probabilidade de uma nova perspectiva no processo saúde/doença. Cita-se como exemplo, os estudos sócio epidemiológicos, como o da doença de Chagas, estudada sob aspecto da migração e urbanização, o próprio movimento da reforma sanitária, que conduziu os estudos relacionados às categorias da ciência política e principalmente, a participação dos docentes envolvidos nos cursos de Pós-Graduação, com graduação em Ciências Sociais, sobre ensino e pesquisa na área de Saúde Coletiva, como observa Alves; Rabelo (1998, p.15).

[...] Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) promoveu em 1982, a primeira reunião sobre Ensino e Pesquisa em Ciências Sociais na área de Saúde Coletiva, Marsiglia & Rossi (1983) constataram, com base em questionário aplicado junto a 50 informantes, que a metade dos docentes da área de Ciências Sociais envolvidos na Pós-Graduação em Saúde Coletiva tinha graduação específica em Ciências, sociologia ou política [...].

Apesar de todo esse desenvolvimento, a Saúde Coletiva tem sido alvo de variadas discussões, devido a sua complexidade, visto não apresentar as condições

epistemológicas como um novo paradigma científico na concepção de Paim (1998, p.312).

Em um aspecto geral, pensar a saúde no coletivo requer compreendê-la nas mais variadas concepções existentes, tanto no que se refere a seu envolvimento com o biológico, com o social, com o indivíduo e com a comunidade, quanto com o econômico e com o político. E para tanto, sua complexidade se torna mais acentuada quando sua base conceitual é situada nestes campos distintos, atuando diversas disciplinas que a consideram sob vários ângulos.

Porém, foi no campo científico, que a ampliação de Produções da Saúde Coletiva se evidencia na década de 90, principalmente no campo das Ciências Sociais. Para Alves; Rabelo (1998, p.14), em uma pequena pesquisa no I Congresso de Ciências Sociais em Saúde, realizada pela também pela Associação brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO, em Curitiba, no ano de 1995, dos 137 respondentes, professores e pesquisadores no campo das Ciências Sociais em Saúde, 89 (65%) obtiveram diploma em Ciências Sociais, Sociologia, Antropologia ou Política. E apenas 9 (5,6%) tinham formação na área biomédica (medicina, enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia e Bioquímica). Em nível de Pós- Graduação, dos 124 respondentes, 56 (42,2%) e 53 (42,7%) possuíam respectivamente Mestrado e Doutorado, sendo que 59 (55%), de 107 informantes, realizaram Pós Graduações em Ciências Sociais, e 24,3% em Saúde Pública. É possível informar que estes Pesquisadores, não se encontram nos Departamentos de Medicina Social, Saúde Pública ou Coletiva. Mas, em outras Instituições de Pesquisa em Vários Estados Brasileiros.

De acordo com a literatura deste campo, a crise da saúde como parte da crise social assola a sociedade brasileira gerando contradições diversas, em especial nas transformações das abordagens do social, quando do reducionismo no campo dos direitos. Distanciado do Projeto de Reforma Sanitária, e, pautado na defesa pela privatização, a mercantilização da saúde, em contraste com a implementação do SUS enquanto uma conquista popular ocorrida principalmente na década passada, reafirma um sistema Legal distante do Real, principalmente quando se trata da Integralidade.

Atualmente pode-se dizer que o seu redirecionamento é assegurado somente às camadas empobrecidas da população quando se trata de dicotomia entre as

ações curativas e preventivas. Neste arcabouço, de acordo com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2009, p.10) encontram-se as políticas sociais fragmentadas e privatizadas, com programas focais, como; o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos na saúde.

Nesta perspectiva, de acordo com as observações de Alves; Rabelo (1998, p.16), a perspectiva estrutural, tomada como um único recorte do real parece cada vez mais apresentar estagnações e distorções para dar conta de uma sociedade complexa como a brasileira tornando um grande desafio para os pesquisadores, principalmente das Ciências Sociais, pelo fato de não haver uma teoria que possa ser considerada como paradigmática nos Estudos Sociais sobre saúde/doença. Desta maneira, muitos autores já assinalam a importância estratégica da reconstrução do objeto da saúde em um patamar coletivo, como parte de uma nova família de objetos científicos, construído enquanto objeto totalizado e complexo.

No campo da prática, a Saúde Coletiva se consolida, aberta à propostas interdisciplinares e inovadoras, com ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço da saúde. Na visão de alguns autores, a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores deste setor, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação.

Entretanto, o pensar, o saber e o fazer dos profissionais de saúde em um enfoque interdisciplinar, se constituem em uma tarefa com recheio de complexidade, em se tratando de várias disciplinas do conhecimento. Isto corresponde ao processo saúde e doença analisado sob o ângulo coletivo constituído pela variação de saberes, de práticas, de atitudes de vários profissionais em equipe, com cumplicidades, visando à integralidade, como um dos princípios do SUS, no qual requer novas formas de agir socialmente em saúde. Para tanto, recusa-se o reducionismo disciplinar à medida que se firma um diálogo verticalizado, na tentativa de romper, portanto, com as práticas tradicionais em saúde.

Porém, alguns são os obstáculos a serem postos como desafio ao diálogo interdisciplinar em Saúde na atualidade. Os campos mesclados movidos nas fronteiras de vários saberes, geram de alguma forma, tensões, expressas nas

discussões sobre as dualidades entre eles. De acordo com as análises de estudiosos nesta área, ocorre, principalmente nas profissões disciplinares, vinculadas sob fortes ancoras em instituições e organizações corporativas.

O contexto condiz com o resguardo do saber e conseqüentemente suas práticas, na obtenção da afirmação de sua competência técnica, produzindo verdades e rituais de poder. Nesta linha de análise, as profissões com estatutos rígidos e com fortes legitimação social são as que mais dificultam o diálogo com outras áreas, em um desenvolvimento coletivo.

Embora não exista uma forma rígida de ações a serem seguidas, nas observações de Santomé (1998, p.65) existem alguns passos que, com flexibilidade, costumam estar presentes em qualquer intervenção interdisciplinar.

- ✓ Definir o problema;
 - ✓ Determinar os conhecimentos necessários, inclusive as disciplinas representativas e com necessidade de consulta, bem como os modelos mais relevantes, tradições e bibliografia;
 - ✓ Desenvolver um marco integrador e as questões a serem pesquisadas;
 - ✓ Especificar os estudos e pesquisas concretas que devem ser empreendidos;
 - ✓ Reunir todos os conhecimentos atuais e buscar nova informação;
 - ✓ Resolver os conflitos entre as diferentes disciplinas implicadas, tratando de trabalhar em um vocabulário comum e em equipe;
 - ✓ Construir e manter a comunicação através de técnicas integradoras;
- Integrar os dados obtidos individualmente, para determinar um modelo coerente e relevante;
- ✓ Ratificar ou não a solução ou resposta oferecida;
 - ✓ Decidir sobre o futuro da tarefa, bem como sobre a equipe de trabalho.

Desta maneira faz-se necessário esclarecer que é preciso insistir no papel da negociação entre todas as pessoas que compõem a equipe de trabalho, estando dispostas à proporcionar todo e quaisquer tipo de esclarecimento aos demais integrantes da equipe, debater questões metodológicas, conceituais e ideológicas, pois só assim, facilitará na resolução de um problema ou de um tópico.

Neste sentido, a interdisciplinaridade alcança um status de necessidade interna diante da complexidade que a saúde impõe, em se tratando de um direito e um serviço no contexto atual.

A preocupação e a compreensão mais rigorosa do social, através do paradigma da produção social neste campo tem viabilizado novas contribuições quanto à prática profissional, em especial ao Serviço Social, considerando os espaços interdisciplinares no âmbito da gestão atual do SUS, no qual tem proporcionado amplos debates, abarcando questões metodológicas e colocando-se como um desafio para a profissão.

CAPÍTULO II

INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA NOVA PRÁTICA NA SAÚDE

Por ser considerada uma das áreas que mais concentra a mão de obra profissional dos Assistentes Sociais, atualmente a saúde tem sido objeto de estudo nas suas diferentes interfaces; seja na atenção básica, no contexto hospitalar, na saúde mental, etc.

Pensar a interdisciplinaridade como um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam em cada sociedade, nas observações de Santomé (1998, p.65), e sendo uma necessidade cada vez mais incontestável no mundo do trabalho, nas observações de Rodrigues *apud* Ely (2003, p.115) convém-se afirmar, que é praticamente impossível pensar a ação do Assistente Social fora dessa relação.

Neste sentido, Mito; Nogueira (2009, p.273) apontam a adoção do paradigma da produção social em saúde, na qual levou a uma articulação dos discursos e das práticas consideradas tradicionais neste campo, incluindo as mais variadas discussões metodológicas em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a nutrição, dentre outras. Em outras palavras, a expansão da preocupação do social no âmbito dessas profissões leva o Serviço Social à incorporação de novas posturas frente a novas discussões coletivas no campo da saúde.

Porém, para um melhor desempenho no teor da discussão acerca da prática profissional do Serviço Social na saúde faz-se necessário situá-lo, portanto, em sua trajetória histórica e revelar o legado desse momento com seus rebatimentos no contexto atual. Afinal, não se pode perder de vista as observações de Oliveira (2009, p. 15), quando afirma em dizer que toda a prática profissional é manifestada por elementos conjunturais e estruturais de seu tempo, na qual conforma o cotidiano do exercício profissional, aparentando, de certa forma, as suas condições e relações, no dado momento da história.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRAJETÓRIA HISTÓRICO-POLÍTICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E O CAMPO DA SAÚDE NAS DÉCADAS DE 30 À 80

Sob um contexto de contradições apontadas pelo sistema capitalista, entende-se a necessidade de referenciá-lo no Serviço Social, pelas estratégias necessárias usadas por ele quanto à sua criação e de outras profissões, no processo de reprodução de sua lógica. Neste sentido, se inscreve como modelo societário, criando relações na sociedade, quer no campo político, no econômico e no cultural, com estigmas marcantes através de seu ideário hegemônico, até nos dias atuais. Os ajustes, porém são feitos de acordo com a sua coerência tendo como consequência principal, as desigualdades sociais, cada vez mais materializadas e corporificadas. Para tanto, a existência de uma complexidade nas relações sociais, em meio à avanços tecnológicos, à lutas entre as classes sociais, faz com que se estabeleça mudanças no papel do Estado em direção à manutenção do controle social.

Diante de todos estes processos, as profissões modificam-se de acordo com a divisão social do trabalho, frente a um conjunto de embates e alterações que tem ao centro, o produto final do capitalismo, que é a lucratividade. Assim sendo, essas tensões, que sob as asas do capital são reproduzidas na sociedade, necessitam das mais variadas alternativas e adaptações por parte dos sujeitos sociais.

Uma vez inserido na divisão sócio técnica do trabalho especializado, o Serviço Social emerge na sociedade capitalista em seu estágio monopolista, apontando para a questão social, que demanda do Estado, mecanismos de intervenção. Desta forma, sua institucionalização relaciona-se à intervenção estatal, sob crescentes e variadas formas de regulação social, momento em que as manifestações da questão social se põem como objeto de políticas sociais¹⁴.

No Brasil, trata-se das décadas de 30/40 do século XX, período em que, conforme Benaion (2006, p.236), o País se enquadra em um processo de

¹⁴ Apesar do termo política social estar relacionado a todos os outros conteúdos políticos, ele possui identidade própria. Refere-se à *política de ação* que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (POTYARA 2009,p.172).

industrialização sob os moldes de desenvolvimento dependente, tendo sua expressão inicial e consolidação, no primeiro governo de Vargas.

A questão social neste período enquanto uma perspectiva de análise, condiz com a inexistência de um consenso de pensamento, no que se refere à sua constituição. Porém cabe ressaltar que alguns autores como Carvalho e Iamamoto (2007,p.77) partem do pressuposto de que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho (marco da sociedade capitalista). Para estes autores, a questão social está ligada ao processo de acumulação do capital e aos efeitos produzidos no conjunto das classes trabalhadoras.

Neste sentido, o entendimento da concepção da questão social mais difundida no Serviço Social é;

A questão social não é senão as 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 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 mais além da caridade e repressão (CARVALHO;IAMAMOTO 2007,p.77).

Não obstante a esta, Teles (1996, p.85) afirma que;

[...] a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação [...].

Nesta direção cita-se Ianni (1991) no qual em suas observações aponta o advento da Revolução Industrial, como precedente da questão social, no momento em que os operários começam a reivindicar melhores condições de vida e de trabalho. Para o autor, a questão social no Brasil teve suas raízes em tempos remotos e nas formas de exploração do trabalho, sendo assim, afirma sua relação indissolúvel com este. Ainda destaca, que ao longo do processo histórico, a questão social fora tratada através de repressão para evitar a desordem e a subversão. Porém, na medida em que conflitos e lutas políticas deram visibilidade como realidade à nível nacional, a questão social passou a ser tratada como caso de política. Tal postura, se deve ao processo de aprofundamento do desenvolvimento

do capitalismo no Brasil e ao agravamento das condições de vida dos trabalhadores, em que, [...] as lutas sociais polarizam-se em torno do acesso à terra, emprego, salário, condições de trabalho na fábrica e na fazenda, garantias trabalhistas, saúde, habitação, educação, direitos políticos, cidadania [...] (IANNI, 1991, p. 4). Em outras palavras, todo este processo tornara realidade cotidiana para muitos trabalhadores.

Obstante a estas análises, Wanderley (1997), em seu estudo sobre a *questão social e Globalização* alega que a questão social não se dá apenas nos marcos do capitalismo, mas, sim, nas desigualdades e injustiças sociais vivenciadas desde seus primórdios. Neste sentido apresenta-se com a questão indígena, com a questão dos negros, das mulheres, enfim, baseia-se numa relação oposta entre uma minoria que detem o poder e uma maioria que sofre as consequências de um modelo de relações sociais econômicas políticas e culturais hierarquizadas.

Contudo, comunga-se, com a análise da questão social, como sendo indissociável das configurações assumidas pela relação entre capital e trabalho, considerando-se a contradição entre as forças produtivas e o desenvolvimento da sociedade, num movimento em que a reprodução da desigualdade social acompanha a reprodução ampliada da riqueza.

É desta forma, sobretudo, que as múltiplas expressões da questão social assume no espaço de intervenção dos assistentes sociais, no qual tem como base sócio histórica da profissão as contradições sociais do modo de produção capitalista.

Até a primeira década de 60, o Serviço Social [...] não se apresentava com polêmicas de relevo, havendo uma relativa homogeneidade nas propostas profissionais, apesar dos questionamentos surgidos em meados da década de 50, que se avolumam na próxima década (BRAVO, 2011, p.121). Neste sentido, a intervenção dos profissionais tem a orientação pautada na matriz positivista, com ações educativas de cunho moralista, ressaltando a ação ideológica de ajustamento às relações sociais vigentes. Evidencia-se neste processo, a visão moral dos fenômenos sociais com a naturalização do capitalismo, na qual a Igreja atribuiu ao indivíduo, as responsabilidades sobre as suas mazelas, sendo de fundamental importância, a intervenção do Assistente Social quanto ao ajustamento do sujeito ao

meio, o qual era visto como “problema”¹⁵ desajustado às estruturas existentes. Em outras palavras, todas as suas ações eram caracterizadas pelo aspecto assistencial, contornado por uma prática imediatista e acrítica na busca do fortalecimento do grande capital e do desenvolvimento industrial.

De acordo com Oliveira (2009,p.44), a predominância da prática dos assistentes sociais, encontra-se no *lôcus* institucional, sendo definida e redefinida, conforme a necessidade de controlar e integrar socialmente os segmentos que precisavam dos serviços e da assistência social.

Torna-se necessário registrar, o reconhecimento do Serviço Social como profissão liberal pelo Ministério do Trabalho em 1949 (portaria nº 35 de 19/4/49), sua atuação nas instituições públicas e privadas, como sendo um dos responsáveis pela implementação de políticas sociais públicas e programas sociais.

Neste aspecto, a crescente concentração das políticas sociais pelo Estado provoca um crescimento da demanda pela execução de programas sociais no interior das instituições, induzindo o crescimento numérico das escolas e do meio profissional, expandindo o Serviço Social e elevando o status profissional. Ressalta-se nesta conjuntura, a realização do I Congresso Brasileiro de Serviço Social em 1947, no qual marca o início de inúmeros encontros nacionais, cada vez mais massivos nos debates e polêmicas entre a categoria.

Contudo, a busca pela identidade profissional do Serviço Social e de suas formas de intervenção, à medida que os interesses da instituição lhes são opostos, torna-se o grande desafio para estes profissionais.

A partir das ideias de Oliveira (2009, p.14), a instituição¹⁶ é um espaço com contradições¹⁷ expressas por diferentes tipos de lutas de garantias de direitos

¹⁵ Os problemas sociais são concebidos como um conjunto de disfunções sociais julgados moralmente segundo uma concepção de normalidade dada pelos valores cristãos. A tendência ao ajustamento social, a psicologização, da questão social transforma as demandas por direitos sociais em patologias; com isso, o Serviço Social deixa de viabilizar o que eticamente é de sua responsabilidade: atender as necessidades dos usuários, realizar objetivamente seus direitos (BARROCO *apud* PIANA, 2009, p.93). Acessado no site <http://books.scielo.org>, no dia 24/10/2013, às 13:00 h.

¹⁶ Ver Saber profissional e Poder institucional, de Vicente de Paula Faleiros. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

¹⁷ As contradições sociais não se superam em si, pois a realidade social por ser contraditória é insuperável, e nessa relação o homem, enquanto sujeito histórico cria e recria sua natureza humano-social (OLIVEIRA, 2009, p.14)

sociais em que [...] o assistente social é o intelectual que trabalha a mediação¹⁸ da representação articulada à reprodução, sendo uma de suas tarefas desafiar e retraduzir a representação do dominado na visibilidade do dominante [...] (FALEIROS *apud* OLIVEIRA 2009, p. 38).

Para a autora, trata-se de uma intensa correlação de forças dos grupos sociais, em que o Assistente Social é um dos profissionais mediadores desses conflitos, estabelecendo [...] estratégias construídas no campo das possibilidades de ação [...] (OLIVEIRA, 2009, p.39). Neste jogo, o assistente social assume uma posição de intelectual orgânico, colocando-se entre as demandas da clientela e as determinações da instituição.

A busca por reflexões críticas que abordam a prática institucional enquanto agente institucionalizado e as implicações no espaço organizacional foi fruto de grandes tensões e efervescências no meio profissional, visto as contradições existentes nestes espaços, no qual precisavam ser consideradas e analisadas pela categoria, na perspectiva de criar estratégias de ação.

Nesta conjuntura, a industrialização brasileira pautada sob o capital estrangeiro intensificada no País na década de 50, mais precisamente sob a era Kubitschek, prioriza o aporte de recursos internacionais, apresentando-se como solução alternativa de desenvolvimento econômico. Dessa maneira, estabelece no País, um novo modelo de desenvolvimento, em que é necessária a reformulação do Estado com vistas ao projeto desenvolvimentista¹⁹ fortemente respaldado sobre o Plano de Metas como pano de fundo e o planejamento, como superação do subdesenvolvimento.

Nessa perspectiva, Iamamoto e Carvalho (2007, p. 340) definem essa ideologia como uma busca da expansão econômica revestida sob um manto de [...] prosperidade, riqueza, grandeza material, soberania, em ambiente de paz política e

¹⁸ Como uma das categorias centrais da dialética, inscrita no contexto do ser social e que possui uma dupla dimensão: *ontológica* - que pertence ao real e está presente em qualquer realidade, independente do conhecimento do sujeito e *Reflexiva* – elaborada pela razão para elaborar o plano da imediaticidade (aparência), em busca da essência, necessita contruir intelectualmente mediações para reconstruir o próprio movimento do objeto (MORAES E MARTINELLI).

¹⁹ O desenvolvimentismo, enquanto ideologia do desenvolvimento foi difundido pelos organismos internacionais, com a criação da ONU em 1945. A partir do contexto da guerra fria e com o mundo cada vez mais bipolarizado (bloco capitalista X bloco socialista), a ONU e o governo Norte Americano, preocupados com os riscos políticos que os latino-americanos (atraso e a pobreza) poderiam trazer para a ordem capitalista no continente, iniciam extensa propaganda por meio de programas de cooperação e assistência técnica e financeira aos Países subdesenvolvidos (CFESS – 2006).

social, de segurança e de Trabalho [...] , quando todo esse empenho de elaboração da política (econômica) e trabalho, é requerido, para banir o pauperismo e a miséria, situados em um quadro elevado nesse cenário, consequentes, portanto, desse crescimento econômico.

O peso que a política econômica assume, nesse período faz com que a política social no Brasil seja colocada em segundo plano, podendo ser apontada, como medida significativa, apenas a instituição e a regulamentação da Lei Organica da Previdencia Social (SILVA, 2011,p.44).

Para a autora, o Serviço Social passa a ter uma presença significativa no projeto de desenvolvimento nacional neste período, em que, a Organização das Nações Unidas (ONU) e outros organismos internacionais, se empenham em sistematizar e divulgar o Desenvolvimento de Comunidade (DC), como estratégia de integrar os esforços da população aos planos nacionais e regionais de desenvolvimento.

Neste contexto, situa-se o posicionamento de Abreu, 2008, p.107, no qual aponta para a constituição da prática profissional solidificada na esfera programática, estabelecida pelo conformismo mecanicista em se tratando das experiências de DC. Para essa autora, o Desenvolvimento de Comunidade enfatiza a participação popular nos programas de governos como eixo central de processos de integração e promoção sociais sob forma de ajuda, frente ao pauperismo apresentado, como uma saída para conter a ameaça do comunismo. (as condições da pobreza entendidas como facilitadoras).

Foi no âmbito da influência norte-americana, portanto, que o Serviço Social referenciou suas bases, enfatizando os métodos de Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo, Organização de Comunidade e, posteriormente, Desenvolvimento de Comunidade. Estas novas abordagens metodológicas são desenvolvidas nas instituições sócio assistências em diferentes áreas; saúde, habitação, educação e previdência social.

É através do processo de Institucionalização do Serviço Social, que a profissão segue por vias quantitativas, ressaltando, a interiorização do Serviço Social para as prefeituras de cidades juntamente com o trabalho nas indústrias. Dessa forma, inicia-se o processo de absorção quanto às novas atribuições

profissionais como; coordenação, planejamento e administração de programas sociais.

O Serviço Social enquanto profissão é inserido de forma significativa no campo da saúde, desde os idos dos anos 40, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) elabora em 1948, um “novo” conceito ²⁰, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, em especial nos Países periféricos, no qual passa a requisitar diferentes práticas profissionais, dentre os quais, o assistente social, sob um enfoque multidisciplinar. Neste sentido, Bravo aponta para uma solução racionalizadora encontrada, para suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abrangência em saúde, introduzindo conteúdos preventivos, educativos e criar programas e criar programas prioritários, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

De uma forma geral, a atuação do assistente social neste campo se deu através de grupos comunitários, pautada na proposta educativa, higienista e moralizante, com ênfase na ideia de ajustamento e de ajuda psicossocial. No contexto hospitalar, coloca-se entre a instituição e a população (contradição entre a demanda e o seu caráter excludente seletivo), com a finalidade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. As abordagens eram individuais, pautadas nos referenciais da psiquiatria, psicologia e funcionalismo Norteamericano²¹, até o final dos anos 80 (BRAVO; MATOS, 2009, p.199). Ressalta-se neste período, o plantão, a triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias, como ações do assistente social.

É no bojo da prestação de serviços sociais, portanto, que ocorre a primeira regulamentação da profissão, através da Lei n.3.252, de 27 de agosto de 1957, com considerações jurídicas direcionadas à profissão de cunho liberal, impulsionando a criação dos conselhos Federal e regionais da profissão, como sendo representações legais e legítimas perante o Estado, diante da necessidade de normatização e fiscalização do exercício profissional.

²⁰ O esforço de Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial deu origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas. Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (BATISTELLA, 2000).

²¹ O Julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico. O marco dessa mudança situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA). (BRAVO; MATOS, 2009, p.198).

Nos idos dos anos 60 e 70 novas configurações irão caracterizar a expansão do capitalismo mundial – impondo a América Latina um estilo de desenvolvimento excludente e subordinado. Diante do crescimento da desigualdade social e da concentração de capital, o Serviço Social assume certas inquietações e questionamentos que sua visão tradicional e conservadora de mundo não consegue responder. Estas décadas foram palcos de evidências das primeiras manifestações com perspectivas modernizadoras do processo de renovação do serviço social brasileiro.

Alcunhado de Reconceituação, em cujos aspectos, restringiam algumas ações da profissão, visto seu caráter burocratizado e com atributos importados, vinculados à classe dominante, somado ao pensamento de autores latino-americanos e a iniciante produção brasileira divulgada pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais (CBCISS), ocorre o processo de incessantes discussões e debates no interior da categoria profissional, tendo em vista seu direcionamento, tanto no que diz respeito à formação quanto ao exercício profissional no Brasil. Ou seja;

O Movimento de Reconceituação impõe aos assistentes sociais a necessidade de construir um novo projeto profissional, comprometido com as demandas e interesses dos trabalhadores e das demandas populares usuárias das políticas públicas. É no bojo deste movimento e em seus desdobramentos históricos, que se definem e se confrontam diferentes tendências na profissão, que incidem nos seus fundamentos teóricos e metodológicos e na direção social de sua intervenção (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELIS, 2008,p.16).

Neste sentido, três foram as vertentes²² apontadas por NETTO (2006, p.154), no qual constituíram-se como o processo de renovação profissional: a perspectiva

²² Perspectiva Modernizadora - Incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas, voltadas para a *modernização conservadora* – mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração à sociedade. Recursos usados – modernização tecnológica – eficiência e eficácia – produção de conhecimento e intervenção profissional.

Reatualização do conservadorismo - Com inspiração fenomenológica que emerge como metodologia dialógica, em que o Serviço Social como prática, se inscreve no campo da ajuda psicossocial, sendo uma de suas ferramentas, o diálogo. O foco desta tendência é a compreensão. Os valores e objetivos profissionais passam a ser a compreensão do homem /mundo, motivada por uma ética cristã, com a retomada de princípios tomistas e neotomistas.

Intenção de ruptura - Remete à profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes. No Brasil, em um primeiro momento vai configurar-se, como uma aproximação ao marxismo deturpado, sem o recurso ao pensamento de Marx. Um Marxismo equivocado que recusou a via institucional e as determinações sócio-históricas da profissão (YAZBEK; MARTINELLI; RAICHELIS, 2008, p.16).

modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional²³.

Porém, com o desfecho de abril de 1964, esse projeto é interrompido, cabendo aos assistentes sociais, apenas as discussões internas sobre elementos que lhe confeririam um perfil característico. Dentre as discussões estão os objetos, objetivos, métodos e procedimentos de intervenção caindo, portanto, [...] nas amarras do fetiche do metodologismo [...] (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

Neste sentido, as ações adquirem mudanças técnicas em suas formas de intervenção profissional, sob o padrão de um modelo implantado no Brasil, denominado de “modernização conservadora”. Neste processo, o Estado concretiza-se através de Atos Institucionais e da Constituição de 1967, na qual legitima o militarismo, que se estabelece sob a orientação da doutrina da Segurança Nacional (repressão contra a ameaça comunista / Programas sociais como resposta à questão social como pretexto e ilusão de que um amplo alcance desses programas sociais reduziria as tensões e contribuiria para a ordem social). Dessa forma, portanto, a questão social estrutura-se a partir do binômio repressão e assistência (as questões de economia e política convertem-se em problemas assistenciais e os direitos sociais conquistados através de lutas são vistas como benefícios).

Entretanto, de acordo com os autores da literatura do Serviço Social brasileiro é neste período, que o mercado de trabalho para os assistentes sociais se amplia, visto ter na modernização, uma nova racionalidade técnica, mudando, sobretudo, o perfil de formação profissional (imposição da ordem vigente).

Na Saúde, em linhas gerais, o Serviço Social em meio ao período ditatorial, e ao movimento de renovação da profissão, esteve voltado ao projeto da modernização conservadora²⁴, apenas com mudanças técnicas em suas formas de intervenção profissional de acordo com o modelo vigente. Ou seja; um aperfeiçoamento técnico operativo (modelos de diagnóstico e planejamento nos marcos de uma burocratização institucionalizada).

De acordo com Bravo; Matos, (2009, p. 202), o Serviço Social sedimenta suas ações na prática curativa, com vínculos na estrutura do complexo previdenciário de

²³ Serviço Social Tradicional – Origem Norte – Americana, tinha traz em suas origens uma postura de cunho assistencialista ao Serviço Social.

²⁴ Modelo implantado no País no período ditatorial em que o Estado moderniza e amplia suas funções econômicas, sociais, políticas e culturais. A orientação geral foi de integrar a economia aos moldes internacionais definidos pelo capitalismo monopolista. (CFESS, 2006).

assistência médica, já que o mercado de trabalho nesta conjuntura se amplia em hospitais, ambulatórios e previdência social, caracterizados apenas no âmbito (individual) e não no coletivo. Quanto à suas ações durante este período, voltam-se a atendimentos psicossociais junto a pacientes e familiares.

O regime ditatorial provocou um processo convulsionado de contradições, no sentido de estabelecer a ordem social em nome do grande capital. Porém, a resistência democrática se expande, imprimindo ao regime, a necessidade de concessões e negociações para manter-se no Poder. Contudo, a crise da economia Nacional instalada sobre o escudo do milagre econômico - apresentada à sociedade como estratégia de expansão do capital estrangeiro – o aprofundamento da dívida externa - a recessão econômica – desemprego – pauperismo entre a classe trabalhadora - o controle total dos sindicatos e dos movimentos sociais como forma de conter as tensões e conflitos contra o regime que economicamente promove a classe dominante, permitiu o reaparecimento no cenário político dessas forças, sendo considerados de suma importância para o desgaste do modelo autoritário no País.

2.2 O PROJETO PROFISSIONAL E O PROJETO DEMOCRÁTICO DE SAÚDE NOS ANOS 80

Como visto, no período que vai de 1974 a 1979, o Brasil testemunha uma reorientação política tendo como pano de fundo, a distensão democrática, sinalizando a crise do regime autoritário. Este regime foi o responsável por um processo convulsionado de contradições na sociedade brasileira, ao estabelecer a ordem social em nome do grande capital, principalmente, pelo favorecimento do Estado, quanto à ampliação dos lucros dos monopólios. Desta forma, a resistência democrática se expande no País, imprimindo ao regime, a necessidade de concessões e negociações para manter-se no Poder.

Porém, o mal estar da população brasileira diante do aprofundamento da crise econômica, em especial no governo Figueiredo²⁵ (1979), suscitou variadas

²⁵ Segundo as análises de Bravo (2001,p.78), este governo é o responsável pelo aumento do custo de vida, da taxa de inflação a 200 %, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população – com 80% recebendo até três salários mínimos – o alto índice de desemprego, a crise da previdência social. A condição de vida das classes trabalhadoras ficou insustentável, sendo obrigadas a consumirem o mínimo para sua sobrevivência.

discussões, incluindo grandiosos debates na sociedade brasileira, propiciando aos movimentos sociais, o estabelecimento da necessidade de diálogo político, do reconhecimento de sua legitimidade e de suas reivindicações.

Neste contexto, torna-se necessário repetir, a luta pela democratização da saúde, através do movimento de reforma sanitária em curso, sendo composta por uma mobilização por parte da sociedade civil, no qual pleiteavam propostas de alternativas neste campo, tendo como objetivo maior, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), e tendo como cerne, um Estado democrático e de direito atuante em função da sociedade, sendo o responsável pelas políticas sociais.

É desta forma, porém, que o projeto democrático de saúde se fez emergir na sociedade brasileira, sendo considerado por Fleury (2011, p.20), como sendo o que consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas sociais mais amplas.

[...] É ainda um processo porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se história. Trata-se de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social [...](ibid.2011,p.20).

Este projeto, portanto, além de ter a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, apontou diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social. A ampliação da concepção de saúde, como melhores condições de vida e de trabalho, a importância dos determinantes sociais são fatores importantes no processo de organização e construção de um Sistema Único de Saúde – SUS, como resposta às aspirações da sociedade brasileira neste campo.

Esta conjuntura, porém, tende a refletir no Serviço Social, tendo em vista a força e a dinamicidade da sociedade brasileira, provocando variados e significativos eventos quanto à direção da profissão. Para Raichelis (2008,p.19) fez reavivar no Serviço Social a vertente comprometida com o projeto democrático-popular, oportunizando, deste modo, debates profundos entre a categoria profissional. Este processo, portanto, requer a necessidade de novos pressupostos teóricos e novas

propostas de ação profissional comprometidas com os interesses populares, indicando a exigência de um novo projeto de formação profissional.

[...] a formação profissional é entendida como processo dialético, portanto aberto, dinâmico e permanente, incorporando as contradições decorrentes da inserção da profissão e dos profissionais na própria sociedade. Com esse entendimento, falar em formação profissional implica acompanhar a dinâmica da sociedade e a trajetória histórica do próprio Serviço Social, procurando entender os condicionamentos que a sociedade impõe sobre a prática profissional [...] (SILVA, 1995, p. 73)

Desta forma foi em uma esfera nacional, através de um quadro organizativo dos assistentes sociais, coordenado por diferentes entidades²⁶ da categoria, especialmente, pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social – ABESS – hoje ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que o Projeto político pedagógico do Serviço Social brasileiro veio à tona, através de um fórum de discussões e debates sobre a reestruturação curricular, culminando na efetivação da proposta de um novo currículo mínimo, aprovada em 1979 na XXI Convenção Nacional da ABESS, e referendada pelo Conselho Federal de Educação (CFE) através do Parecer 412/82.

Nas observações de lamamoto (2007, p.185), estes debates tiveram como um de seus marcos, a criação de um perfil profissional dotado de competência teórico-crítica e técnico-política, comprometidos com valores democráticos e ético-humanistas na defesa de uma nova cidadania coletiva, com capacidade de abranger as dimensões econômicas, políticas e culturais da vida dos produtores de riqueza, do conjunto das classes subalternas.

Cabe enfatizar neste contexto, que o processo de reestruturação curricular impulsionou a estimulação de Pesquisa em Serviço Social, com propósito de decifrar as novas demandas apresentadas ao Serviço Social. Cita-se nesta conjuntura, os cursos de pós-graduação²⁷ em nível de mestrado, o Centro Latino

²⁶ Em um processo de articulação dos assistentes sociais neste período, foram reativadas algumas associações e sindicatos, e criadas novas associações profissionais, dentre elas a ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais; O CFAS – Conselho Nacional de Assistentes Sociais – hoje CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Cabe dizer, que os estudantes de Serviço Social se organizaram no processo de reflexão sobre a formação profissional através do ENESS – Encontro Nacional de Estudantes de Serviço Social.

²⁷ A introdução no Brasil, do Programa de Pós-Graduação, nas PUCs/SP/RJ, apesar da orientação modernizadora, oportunizou o debate sobre a formação e prática da profissão; o intercâmbio de experiências entre os mestrados provenientes de vários Estados do Brasil; a difusão de textos da literatura Latino-Americana, do movimento de reconceituação; o relativo acesso à bibliografia marxista; o incentivo a produções teóricas (BRAVO,2011,p.13).

Americano de Trabalho (CELATS)²⁸, e a Cortez Editora²⁹, que passou a divulgar os livros de Serviço Social sendo considerados de maior importância neste processo.

Na visão de alguns autores, que tratam desta questão, a fundamentação teórica que orientou o currículo de 1982, foi inicialmente de interpretação da teoria social de Marx. Com efeito na formação profissional, a fragmentação deu lugar as articulações entre a teoria, a história e a metodologia substituindo as disciplinas do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. Ou seja; com os “ventos democráticos” da década de 80, portanto, o Serviço Social enquanto profissão direciona sua ação junto aos segmentos subalternizados da sociedade e na formação, estabelece-se, a interlocução com as Ciências Sociais, principalmente com interpretes de Marx, objetivando o estudo das relações na qual envolvem o homem e a sociedade, com proximidade dos movimentos de esquerda, sobretudo do sindicalismo combativo que se revigora nesse contexto.

Nesta veia, inaugura-se o debate da Ética no Serviço Social, buscando romper com a neutralidade e com o tradicionalismo filosófico fundado no neotomismo e no humanismo cristão. Pode-se citar a exemplo deste processo, o Código de Ética Profissional, aprovado em 1986, expressando claramente a idéia de compromisso com a classe trabalhadora. Nesta perspectiva, o Código traz também outro avanço: a ruptura com o corporativismo profissional, inaugurando a percepção do valor da denúncia (inclusive a formulada por usuários). [...] É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético-político [...] (NETTO, 2009, p. 141). Ou seja; um projeto comprometido para a construção de uma sociedade democrática e mais igualitária, com apoio às classes sociais populares, apontadas como sujeitos principais deste processo.

²⁸ O CELATS também contribuiu para a divulgação e construção de uma nova postura teórico-prática, que questionava as demandas oriundas do poder, procurando desvelar a realidade e analisar a profissão não só com relação aos métodos e técnicas, mas fundamentalmente com relação às implicações políticas do exercício profissional, num processo de busca de novas fontes de reconhecimento do Serviço Social, voltado para o estabelecimento de vínculos orgânicos com as classes trabalhadoras (BRAVO, 2001, p. 131).

²⁹ Lançamento da revista Serviço Social e Sociedade (1979) – apresenta-se como uma revista pluralista, crítica geradora do debate, fundamentada no exercício democrático da liberdade. Destaca-se o primeiro número da revista, centrada na política social, num artigo de Faleiros, o Livro de Yamamoto e Carvalho – Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica, no qual a profissão inicia uma efetiva interlocução com a teoria social de Marx (BRAVO, 2011, p. 134).

Nas observações do autor, geralmente os projetos profissionais se inscrevem no marco dos projetos coletivos, em especial, às profissões reguladas juridicamente, e que de uma certa forma supõem uma formação teórica e /ou técnico-interventiva, sendo as mesmas, de nível acadêmico superior. Ou seja;

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2009, p. 144).

Neste sentido, as condições necessárias quanto ao desenvolvimento e aprofundamento do projeto profissional do Serviço Social, encontra-se vincado à condição política, no qual teve na luta pela democracia, seu principal rebatimento; ao espaço legitimado na academia, que permitiu à profissão, a interlocução com as Ciências Sociais, com a criação e revelação de quadros intelectuais respeitados no conjunto da categoria; ao debate sobre a formação profissional, cuja direção se deu à adequação às novas condições postas permitindo a construção de um novo perfil profissional e, por fim, encontra-se vincada às modalidades prático-interventivas ressignificadas, com abertura à novas áreas e campos de intervenção, surgidas, sobretudo, das conquistas dos direitos sociais.

Conforme a literatura do Serviço Social brasileiro, os componentes que materializam o projeto profissional do Serviço Social encontram-se na dimensão da produção de conhecimento, visto apresentar os processos reflexivos do fazer profissional; na dimensão político organizativo da profissão, mediante fóruns de deliberação e das entidades representativas (conjunto CFESS/CRESS, Conselho Federal de Serviço Social / Conselhos regionais de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS e as demais associações político-profissionais, movimento estudantil representado pelo conjunto dos Centros Acadêmicos (CA's), Diretórios Acadêmicos (DA's) e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). São nestes conjuntos, que os traços deste projeto são tecidos, sendo reafirmados (ou não) as suas convenções e princípios. No que se refere à dimensão jurídico-política da profissão existe um aparato estritamente profissional anunciados através do Código de Ética

Profissional, da Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/93 e das novas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação e Cultura - MEC.

No que diz respeito a sua estrutura básica, a liberdade é reconhecida como valor central, com autonomia, com a emancipação e com a plena expansão dos indivíduos sociais. Em suma, ele encontra-se vinculado a um projeto societário, no qual propõe a construção de uma nova ordem social, implicando a competência, cuja base é o aprimoramento profissional e por que não dizer, com a formação permanente, acompanhada por uma constante postura investigativa. No que toca aos usuários de serviços oferecidos cabe a este projeto priorizar uma nova relação voltado ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, a publicização dos recursos institucionais e sobretudo, a abertura das decisões institucionais, com a devida participação dos mesmos.

Destarte, o projeto ético – político do Serviço Social brasileiro, se posiciona em prol da equidade e da justiça social em uma perspectiva de universalização, com vistas à ampliação e consolidação da cidadania. Neste sentido, pode-se dizer que ele é compatível com articulações à segmentos de outras categorias profissionais que partilham de propostas idênticas e com os movimentos que solidarizam-se com a luta, de um modo geral dos trabalhadores.

Com a promulgação da Constituição “cidadã” de 88 veio à tona, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais, selando-a como um sistema de seguridade social³⁰, sendo composta pelo tripé; Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Deste modo, de acordo com o CFESS (2009, p.7) torna-se notório, o destaque à universalização, a concepção de direito social e o dever do estado às políticas sociais, com novas modalidades de gestão democrática e descentralizada, com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, destacando-se neste contexto, os conselhos e conferências. Entre eles, destacam-se; os Conselhos de políticas públicas e de defesa dos direitos, nas áreas de saúde, criança e adolescente, assistência social, educação entre outros. É nesta via, portanto, que abre-se as novas possibilidades de exercício profissional ao assistente social comprometido com a ampliação no campo dos direitos sociais.

³⁰ Compreende 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. (COLETÂNEA DE LEIS – Conselho Regional de Serviço Social CRESS- 15ª REGIÃO- Amazonas/Roraima, 2009, p.93).

Porém, apesar de todas estas oscilações neste período ter desencadeado um aprofundamento teórico da profissão na direção à intenção de ruptura, como visto acima, para a maioria dos autores do Serviço Social, ele não rebateu na construção de alternativas para a ação profissional, principalmente no campo da saúde. Neste sentido, as observações de Bravo (2011, p.163) vão concordar com uma prática de postura psicossocial, pelas evidências apontadas em alguns Estados brasileiros. Para a autora, isto se deve ao fato destes profissionais não se engajarem no movimento sanitário como forma a nortear suas ações, visto que, nesta conjuntura, o assistente social ficou à margem do processo de reelaboração do setor saúde, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado.

Nesta perspectiva, alguns aspectos podem ser considerados, quanto à prática dos assistentes sociais no campo da saúde estar distante do projeto da reforma sanitária deste período, sob a luz das análises de Bravo (2011, p.151); O fato da necessidade de um redimensionamento teórico-metodológico, com elaboração e investigação, com a construção de bases quase que inteiramente novas, redundou-se na sua vinculação à universidade; a subalternidade do assistente social na saúde, cujo protagonista é o profissional médico e a condição feminina da profissão. É desta forma, portanto, que na saúde, o discurso dominante nas análises de Kruguer (2010, p.126), ainda se apresentava sob o manto da vertente modernizadora, com práticas conservadoras, reprodução do processo de trabalho capitalista, e, portanto, alienante.

O Serviço Social chega à década de 90, com uma embrionária alteração da prática institucional, desarticulada enquanto categoria do movimento de reforma sanitária, sem nenhuma proposta de organização progressista da profissão na área da saúde.

O contexto torna-se explicável, pela avalanche de mudanças no País, em uma conjuntura distinta por sinais de falência do padrão de Estado intervencionista e lançamento das bases de minimalização do Estado. Foi a partir deste contexto, que a ação do Estado Interventor nas relações econômicas em prol do capitalismo, nulificou os direitos do cidadão ao privatizar os serviços públicos no contexto de uma política neoliberal vigente, limitando como resultado, seus direitos civis, sociais e políticos, conquistados ao longo da história e garantidos pela Constituição

manifestada como “cidadã” no ano de 1988. Todo este processo tem como consequência principal, a lógica capitalista, excludente e destrutiva, na qual contribuíram para a precarização e a subalternização do trabalho à ordem do mercado.

Esta conjuntura é marcada pelo desemprego decorrente da política de ajuste, conforme as observações de Iamamoto (2008, p.153) ocorre pela destruição de postos de trabalho ocasionada pela reestruturação produtiva das empresas instaladas no Brasil, envolvendo várias transformações tecnológicas e organizacionais, poupadoras de mão de obra. E, para tanto, evidencia-se o crescimento do trabalho informal sem a devida proteção social, Ou seja;

[...] o índice dos empregados sem carteira assinada passa de 21,1 % em 1995 para 24,2% do total de ocupados em 2003. Somados os empregados sem carteira assinada e os trabalhadores por conta própria, a participação desses segmentos no total da ocupação eleva-se para 45,5% no mesmo ano, perfazendo o contingente da população economicamente ativa que se encontra na informalidade. O grupo de trabalhadores por conta própria, na sua absoluta maioria, encontra-se envolvido em atividades precárias, o que é atestado pelo não acesso aos benefícios da previdência: 81,9% não contribuem para a previdência social na média nacional [...] (IAMAMOTO, 2008, p.153).

Em um contexto marcado pela despolitização do social, a sua subordinação aos interesses do capital financeiro, quem ganha força é a nova concepção de sociedade civil; comunitarista e despolitizada, deixando marcas pela desresponsabilização do Estado em se tratando de respostas à questão social, na qual a transfere para o setor privado.

Diante da necessidade de construção de novas alternativas profissionais, tendo como pano de fundo, as exigências de mudanças estruturais na sociedade brasileira, a formação profissional representa um constante desafio para as Unidades de Ensino Superior.

Conforme Oliveira (2009, p.30), o projeto político neoliberal no campo educacional tenta desqualificar a educação institucionalizada pela falta de uma administração de qualidade, para com isso, justificar a lógica global e investidas internacionais.

Para a autora, é necessário um repensar na educação, com uma nova pedagogia de ensino que possibilite aos sujeitos envolvidos neste processo, uma discussão de questões políticas e sociais, sem torna-las meramente técnicas.

No serviço social, a necessidade de novas alternativas profissionais, capazes de garantir uma nova legitimidade profissional, indica conseqüentemente a elaboração de uma nova proposta curricular. Ou seja; a formação profissional em Serviço Social estabeleceu-se em um constante modo de discussões, estudos e análises sobre o desenvolvimento e a construção da própria profissão na sociedade brasileira, que levaram o ensino do Serviço Social a um repensar profundo no que se refere à questões relativas à reorganização do Estado, frente à globalização da economia, às modificações do mundo do trabalho, os rumos da educação para o século XXI, tendo em vista as previsões das transformações que esta nova conjuntura vem trazendo ao perfil profissional, ao mercado de trabalho, ao perfil docente e discente.

Faz-se necessário conciliar a formação com os novos tempos, com as novas demandas profissionais, com bases no projeto ético-político. Um dos quesitos para afirmar a profissão é a construção de respostas profissionais sólidas frente às especificidades da questão social emergente do atual contexto político-sócio-econômico do país.

Outro ponto a ser discutido na formação profissional mencionado em alguns trabalhos, sobretudo, com considerações contraditórias é o distanciamento entre as matrizes teórico-metodológicas e a cotidianidade da prática profissional.

Neste contexto tem-se no âmbito do ensino de Serviço Social uma fragilidade às estratégias de intervenção e a instrumentalização, no qual recaem diretamente na efetivação da prática profissional.

[...] Há toda uma literatura que diz que somos profissionais indispensáveis do ponto de vista social. Mas, evidentemente, é preciso que tenhamos condição de construir algo neste espaço que aí está pronto, porque senão realmente acabaremos desaparecendo como profissão. Nenhuma profissão da área social chegará devidamente legitimada ao final do milênio senão tiver vigor teórico, consistência argumentativa e um sólido conjunto de instrumentais operativos[...]. (MARTINELLI, 1994, p. 71)

A autora ressalta a importância do Serviço Social na dinâmica da sociedade, porém, aponta para a necessidade de uma ação profissional fortalecida, objetivando a prática inserida no espaço profissional.

Diante deste ponto, exige-se na atualidade, um assistente social qualificado, que tenha competência e habilidades para articular-se no espaço sócio-ocupacional,

negociando seus projetos profissionais, decifrando a realidade social e, portanto, propor ações na busca da efetivação dos direitos da população usuária, do cidadão.

O movimento de reformulação curricular, direcionou as suas propostas, à formação de profissionais aptos à respostas às demandas contemporâneas, que sob a coordenação da ABESS/CEDEPSS, com apoio do conjunto CFESS/CRESS, da ENESSO foi elaborado um novo Currículo Mínimo, aprovado em 8/11/96, em assembleia geral das unidades formadoras de graduação e pós-graduação. Assim sendo, conforme Koike (2009, p.209) os pressupostos do currículo/82 foram reafirmados e acrescidos³¹, com decisão coletiva de avançar na apropriação da teoria social crítica e do método que lhe é próprio pelo que este contém de possibilidades de aproximação ao real, para nele intervir e transformá-lo.

Além dos pressupostos norteadores e dos princípios que fundamentam a formação profissional do Serviço Social, a ABEPSS apresentou no documento da Proposta das diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social as diretrizes curriculares.

- ✓ apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
- ✓ investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de aprender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no País;
- ✓ apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- ✓ apreensão das demandas – consolidadas e emergentes – postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando a formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
- ✓ exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na legislação profissional em vigor. (ABESS/CEDEPSS, 1997, p. 62).

³¹ A nova LDB – Lei de Diretrizes e Base da Educação – Lei 9394, promulgada em 1996, imputou às universidades a definição das diretrizes curriculares para os cursos de graduação para substituir os antigos currículos mínimos. No Serviço Social, esta exigência foi empreendida pela ABEPSS, numa construção coletiva da categoria profissional.

Neste sentido, o projeto de formação profissional em Serviço Social, alicerçado nos pressupostos, princípios e diretrizes da proposta básica são materializados em três núcleos de fundamentação:

[...] o primeiro núcleo, responsável pelo tratamento do ser social enquanto totalidade histórica, analisa os componentes fundamentais da vida social, que serão particularizados nos dois outros núcleos de fundamentação, o da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e o do trabalho profissional. Portanto, a formação profissional constitui-se de uma totalidade de conhecimentos que estão expressos nestes três núcleos, contextualizados historicamente e manifestos em suas particularidades [...] (ABESS/CEDEPSS, 1997, p. 63).

Nesta perspectiva, estes núcleos reúnem os conteúdos que fundamentam o trabalho do assistente social, constituindo-se em eixos articuladores da formação profissional.

Esta nova estrutura curricular deve refletir o atual momento histórico e projetar-se para o futuro, abrindo novos caminhos para a construção de conhecimentos, como experiência concreta no decorrer da própria formação profissional. (ABESS/CEDEPSS, 1997, p. 64)

A nova lógica curricular, busca propostas inovadoras de ação profissional, em que, o estágio supervisionado passa a ser entendido e considerado como uma das atividades integradoras do currículo.

[...] uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre unidade de ensino e unidade campo de estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O estágio supervisionado é concomitante ao período letivo escolar [...] (ABESS/CEDEPSS, 1997, p. 71).

É desta forma, portanto, que a nova lógica curricular, apresenta como principal proposta, a articulação de saberes que permeie todo o processo de formação profissional, envolvendo ensino, pesquisa e extensão, possibilitando maior convivência acadêmica entre os diferentes sujeitos: professores, alunos e comunidade.

Em se tratando de uma análise sobre a profissão, na segunda metade dos anos 80 e a década de 90, podemos afirmar que este foi um período de grandes

avanços para o Serviço Social, na redefinição de seus rumos técnico-acadêmicos e político-profissionais. De um lado, o Serviço Social adquire sua maioria intelectual e maturação teórica marcadas desde a década de 80, com registros de largos e enriquecedores debates, no qual propulsionaram à profissão uma identidade crítica, em que apresenta-se à sociedade, dotado de um novo perfil profissional, com novos embasamentos teóricos, vinculados aos movimentos sociais, tendencioso à tendência de intenção de ruptura, em conformidade com o aprofundamento do seu Projeto Profissional. Entretanto, por outro lado, os anos 90 vem atingindo esta profissão, que tem nas políticas sociais, seu campo de intervenção privilegiado, em que observa-se a reconfiguração do Estado em favor do mercado, onde as políticas sociais uma vez excluídas do jogo histórico das relações e contradições entre capital e trabalho, tornam-se uma prática de favor, já que os programas e serviços básicos, garantidos pelo Estado, aos grupos populacionais em situação de pobreza extrema são desfocados e fragmentados.

Diante do exposto, muitos foram os questionamentos críticos direcionados ao projeto profissional do Serviço Social fortemente caracterizado pela tendência de intenção de ruptura, porém bombardeado pelos rebatimentos econômicos, políticos e sociais, pelo qual se encontram em evidencia no País a partir da década de 90 , principalmente pelas requisições, posturas e desafios postos à profissão, mediante este novo cenário.

[...] a crítica à tendência da intenção de ruptura não se apresenta como antimarxista e sim afirmando que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto de desafios postos á profissão na contemporaneidade [...] (BRAVO, 2009,p.211).

A autora ao citar Netto (1996) neste contexto, justifica, afirmando que;

[...] estas críticas tem em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social [...].

De uma forma geral, Yazbek (2008, p.19) aponta para a crise dos modelos analíticos explicativos nas ciências sociais, frente às transformações societárias, em que, no ponto de vista de alguns autores, estas análises estão em uma versão neoconservadora, como uma espécie de nivelamento dos paradigmas positivista e marxista (NETTO *apud* YAZBECK, 2008, p.19). As teorias sociais na atualidade, em

se tratando de referenciais teórico-metodológicos apresentados à profissão neste processo são de caráter abrangente, onde o particular ganha sentido, referido ao genérico.

Na saúde, estes questionamentos tornam-se mais visíveis, tendo em vista a tensão por que passa a política de saúde frente aos dois projetos de interesses antagônicos, (Projeto Privatista X Projeto da Reforma Sanitária). Na realidade, o primeiro, se encontra à contramão do projeto hegemônico profissional do Serviço Social pautado pela defesa de princípios e valores centrados na emancipação humana.

Em uma análise mais detalhada, Bravo (2009, p.130-131) destaca o projeto privatista, ou de mercado ou do capital, aquele que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial, e é apoiado, pelo setor privado, pelos donos de hospitais, diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, organizados na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), na Confederação das Misericórdias do Brasil, na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), e no Sindicato Nacional das empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), com aliados no governo e na burocracia estatal. Neste aspecto, este projeto tem conseguido influenciar a política de saúde brasileira, consubstanciando na prática, o projeto neoliberal. Ressalta-se ainda, que suas raízes encontram-se fincadas no modelo assistencial privatista promovido pela Previdência Social nos governos da ditadura.

Ao Projeto da reforma sanitária, ou projeto democrático, ainda sob a luz das análises desta autora cabe a defesa dos segmentos dos movimentos populares e sindicais e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que através da articulação com o movimento da reforma sanitária, conseguiram incorporar formalmente parte de sua proposta na legislação do SUS.

Nesta veia, estes dois projetos, atualmente vem requisitando do Serviço Social algumas demandas relacionadas às práticas na saúde, em oposição às proposituras do Projeto democrático (reforma sanitária). Exemplificando, o privatista, requer dos Assistentes Sociais, uma seleção econômica e social dos usuários, a atuação psicossocial, mediante aconselhamento, a ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, o assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio

das práticas individuais; o da reforma sanitária cabe as demandas na busca pela 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.

As críticas quanto ao Projeto Profissional, em especial aos que atuam no campo da saúde, através de estudos realizados por alguns autores tem ao centro, o discurso da cisão entre o teórico e a intervenção, com ênfase especial na ausência das políticas públicas neste setor, 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 [...] (BRAVO, 2009, p.212).

No documento apresentado em 2009, intitulado Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde – CRESS/CFESS, este dilema encontra-se visível, pelo fato do profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc), não se identificando como as de um assistente social. Em outras palavras, [...] auto apresentação de sanitaristas [...] (BRAVO, 2009, p.212). Isto nos remete ao fato do profissional confundir a concepção de fazer Serviço Social à execução de ações de tarefas coletivas na saúde, com ações diretas aos usuários, no qual Netto denomina de execução terminal da política social, sem considerar, portanto, as novas demandas postas como gestão, assessoria e pesquisa preconizados pela Lei de Regulamentação Profissional e Diretrizes Curriculares (ABEPSS).

Vasconcelos (2009, p 242), em um estudo sobre a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde na área Municipal mostrou que existe uma desconexão, entre a prática profissional dos assistentes sociais, os quais direta ou indiretamente tomam como referencia o projeto ético político e as possibilidades de prática contidas na realidade. Para a autora, o objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, ainda é inexistente. Ou seja; existe uma fratura entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria. O está em jogo para os profissionais que objetivam uma

ação profissional na intenção de romper com o conservadorismo no domínio da prática é a apreensão da perspectiva teórico metodológica que referencie suas ações. Pois, a maioria dos profissionais, não se remete ao Projeto profissional hegemônico, estando-os hipotecados nas exigências institucionais, lhes atribuindo diversas ações as quais não são atribuições dos mesmos. Ou seja; uma prática estruturada com base no plantão, programas e projetos, caracterizada pelo atendimento individual, atendimento à demanda espontânea, orientações, encaminhamentos e em alguns casos, aconselhamentos e apoio.

Este processo se atribui ao fato das ações dos Assistentes Sociais neste campo serem realizadas com o propósito de redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários, fragmentando-as, isolando-as e desfocando-as da realidade social. Ou seja;

[...] os assistentes sociais reconhecidos pelos usuários como “seres humanos” interessados em AJUDAR, ao se limitarem à ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo e independente dos objetivos almejados, contribuem na reprodução da organização social dominante. Deste modo, mesmo acolhendo com respeito e/ou “humanizando relações”, funcionamos como braço da elite econômica – para reprodução de sua ideologia (para que esta continue a ideologia dominante) o que resulta em perdas e não ganhos para os trabalhadores [...](VASCONCELOS, 2009,p.255).

Para Oliveira (2009, p.46), além da falta de conhecimentos teóricos metodológicos apontados pelos autores, esta autora assinala para os conhecimentos políticos no processo da construção conjunta do seu projeto político profissional, mediante uma postura crítica na relação com os usuários. Para autora, o assistente social deve ultrapassar os limites das políticas sociais e assistenciais, em defesa de melhores condições sociais para as classes subalternizadas. Com argumento, criatividade e principalmente, vontade política do conjunto de profissionais atuantes, as políticas públicas se tornam efetivas, dando o espaço necessário para o assistente social na realização de sua prática.

Porém, apesar de todas as lacunas no fazer profissional, especialmente no campo da saúde, observa-se uma mudança de posições do Serviço Social na produção de trabalhos com certa postura crítica, sendo estes, apresentados em diversos Congressos Brasileiros desde a década de 80, principalmente os Congressos de Saúde Coletiva. Isto nos leva a pensar na continuidade da afirmação do projeto profissional, tendo como fruto das discussões, segundo Kruger (2010, p.

129), as referências à nível nacional, com as produções de Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Regina Célia Miotto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horácio da Costa, Jussara Mendes, o documento lançado pelo CFESS, denominado, “os parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde”, em que evidencia as conexões entre o projeto ético-político da categoria com as bases da Reforma Sanitária, com sugestões, portanto, para a prática do assistente social na saúde.

Cabe relevância neste contexto, de acordo com esta autora, as linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social que tratam das políticas sociais estão contribuindo para adensar este debate no campo da saúde, tanto na questão da política de saúde quanto ao apontamento dos novos espaços de atuação técnico e político, indicando, sobretudo, a requalificação das ações a partir das demandas tradicionais em saúde.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL E A INTERDISCIPLINARIDADE NO CENÁRIO DO SUS

A concepção ampliada da saúde, juntamente com o paradigma da determinação social como eixo que estrutura o processo saúde-doença, as insuficiências do paradigma mecanicista, do modelo biológico e da tecnologia médica compõem-se em um cenário propício para o Serviço Social, em se tratando de sua inserção na Política de Saúde, tendo em vista, a superação das práticas consideradas tradicionais neste campo. [...] cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos, numa perspectiva de seguridade social ampliada o que exige considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde atuamos [...] (VASCONCELOS, 2010, p.2).

Com o âmbito da gestão do SUS, do planejamento³² da política, no qual tem se materializado em diversos programas, o controle social, a educação e promoção de saúde, o Serviço Social, através desses espaços de atuação, vem se aproximando para desenvolver ações não apenas exclusivas da profissão. Desta

³² Um conjunto de ações articuladas em função dos objetivos a alcançar, isto é, não se trata de fazer tudo que é possível tecnicamente e sim aquilo que é necessário para dar conta dos problemas reais existentes na população de um determinado território, seja este uma área de abrangência de uma Unidade de saúde, seja um município inteiro, um estado ou até um País como um todo (TEIXEIRA *apud* BONFIM, 2011, p.365).

maneira é através dos determinantes sociais no processo saúde-doença que a profissão vem contribuindo nas equipes que integram a saúde, pelo seu entendimento sobre a importância dos fatores sociais como aspecto das condições de vida e saúde da população usuária destes serviços, em que o Serviço Social neste campo, encontra-se aberto à interlocuções diferenciadas com outras profissões, em um processo de negociações e discussões rompendo, portanto, com os dogmatismos muitas vezes encontrados no interior da profissão.

Nas considerações de Miotto; Nogueira (2009, p.282) existem três processos básicos, dialeticamente articulados, quanto à participação social em saúde pelo Serviço Social que são: Os processos políticos-organizativos (Mobilização e a assessoria); os processos de planejamento e gestão (gestão de serviços sociais em instituições, protocolos entre serviços, programas no conjunto das políticas sociais) e os processos sócio-assistenciais (conjunto de ações profissionais diretas com os usuários nos diferentes níveis de complexidade). Sumariamente, estes processos correspondem a um conjunto de ações na qual integram efetivamente o Serviço Social articulado a diferentes níveis de atenção à saúde e das necessidades individuais e coletivas quando presentes na gestão.

As ações quanto à mobilização e a assessoria, sob à luz das observações das autoras acima citadas, correspondem ao desenvolvimento de discussões nos espaços sócio-ocupacionais (unidade básica, hospital, ambulatório, comunidade), com vistas à universalização, ampliação e efetivação de direitos. Nestas ações são privilegiados os espaços de controle social, tais como os Conselhos de Direitos, as Conferências e outros órgãos como o Ministério Público.

Neste contexto, vale dizer o seguinte: Em uma era de redução e banalização de direitos, principalmente quando se trata de política pública, os espaços de debate político como os Conselhos e Conferências de Saúde é que dão concretude aos direcionamentos constitucionais de participação da comunidade. Apesar de não substituírem os movimentos sociais, estes tem um importante papel, tanto no que se refere à socialização, quanto à educação política da população usuária destes serviços.

Em comum acordo com Kruger (2010, p.136), entende-se que é desta maneira que as ações do Serviço Social uma vez vinculadas aos Conselhos, democratiza as informações, subsidia os conselheiros nos processos de aprovação

de planos, projetos e relatórios, articula pautas entre os demais conselhos de direitos, capacita conselheiros, contribui para divulgar agendas e decisões das plenárias, e de uma forma geral, realiza pesquisas e viabiliza condições para que se tornem também um espaço de integração ensino e serviço na formação dos profissionais de saúde.

Outro tipo de ação quanto aos processos políticos-organizativos na qual pode ser desenvolvida por este profissional, refere-se às ouvidorias utilizadas pelos gestores como espaço de participação institucional. Porém, nas observações desta autora, elas são consideradas como espaço contraditório, podendo ser sistematizadas pelo Assistente Social na Instituição ou até mesmo em pesquisas e serem apresentadas como pauta dos Conselhos, para uma possível reorientação das demandas.

Ainda nesta área, encontra-se a Política Nacional de Humanização – PNH criada como resposta do Ministério da Saúde para as constantes denúncias de maus tratos no atendimento e numerosas filas nos serviços, no qual o Assistente social faz parte das comissões que coordenam e integram esta política nas Instituições de saúde.

Sob à luz dos Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2009, p.27), a humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença, bem como o significado da humanização com a equipe, tendo em vista o esclarecimento quanto à concepções errôneas e visões desviadas, que levem a uma percepção romântica ou residual da atuação, com focos centrais na escuta e redução de tensão. Por outro lado existe uma proposta pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS, em que é necessário para a sua consolidação, a motivação dos trabalhadores, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Desta maneira, faz-se mister a avaliação das dificuldades que se apresentam neste processo coletivo de trabalho em saúde, com ênfase na participação dos usuários destes serviços.

Quanto aos processos de planejamento e gestão dos serviços sociais em instituições, protocolos entre serviços, programas no conjunto das políticas sociais, como sendo a segunda alternativa citada acima, Mito; Nogueira (2009, p.284) trazem, o planejamento, destacando três (03) enfoques básicos; o planejamento social em si, como instrumento que orienta as mudanças sociais (BAPTISTA *apud* MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.286); o planejamento institucional, como instrumento de gestão / gerência e o planejamento como técnica ligada à ação profissional.

Enfatizar o planejamento das ações profissionais deve-se pensar na coletividade, em se tratando de questões de saúde. Ou seja; envolve múltiplos fatores e determinantes inseridos na lógica desses serviços, o que necessita de planejamento. Muito embora o caráter coletivo se expresse como característica principal deve-se atentar para a especificidade do plano profissional, tornando-se racional à ação a ser desenvolvida, com vistas à contribuição quanto ao processo coletivo.

[...] planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja; as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa [...] (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.287).

Em linhas gerais, o planejamento tem como propósito através das ações profissionais, facilitar o acesso aos direitos e contribuir para o exercício do controle social e da organização, diferentes para cada contexto (instituição, usuários, espaços do Serviço Social), para cada momento histórico (VASCONCELOS, 2009, p.258).

Porém, para que o planejamento se consolide, ele necessita de instrumentos, identificados por Mito; Nogueira (2009, p.290), como sendo os planos, os programas e projetos.

Para as autoras, os planos tem a incumbência de fornecer respostas às necessidades sociais existentes, de forma ordenada, com articulações quanto à possibilidades institucionais, mediando as relações, bem como estabelecer novas relações entre os atores sociais. Sua condição política é notada quando supera a condição de um simples instrumento formal e burocrático, tendo em vista as discussões e participação dos interessados, a produção de conhecimento sobre as

necessidades sociais dos grupos e segmentos aos quais se destina, tomando novos rumos e novas reorientações de inserção na agenda pública.

Nesta via, Vasconcelos (2009, p.258), traz alguns requisitos para planejar as ações do Serviço Social no campo da saúde;

Realizar levantamentos, estudos e pesquisas sobre a questão social, que é o objeto da ação profissional, com a análise e crítica dos dados com a produção teórica acumulada sobre suas diferentes expressões para compreender a realidade trabalhada, contribuindo para a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, subsidiando e sendo subsidiado pelos serviços de vigilância sanitária (meio ambiente), vigilância epidemiológica (prevenção e controle das doenças e agravos) e saúde do trabalhador³³, destinados a publicizar e divulgar dados sobre acidentes e doenças do trabalho e referenciar ações de prevenção e tratamento, colaborando na proteção do ambiente de trabalho e do meio ambiente.

Com relação aos projetos, torna-se voz corrente entre os autores de Serviço Social, que é um instrumento mais usado na prática do Serviço Social, pelas decisões e sinaliza para ações que operacionalizam as intenções e objetivos contidos nos planos ou no programa.

É através do projeto, que as ações do Assistente Social neste campo vão apontar para uma atuação consistente e não mais pontual, imprecisa, isolada, solta e imediata, pela existência de um elo entre os objetivos definidos e a realidade, entre a possibilidade de ação e a execução, incidindo sobre as variáveis a serem alteradas.

Nas observações das autoras, além de justificar o estudo, através de abordagens sobre a realidade a ser explorada, onde aponta as tendências que levam à realização do trabalho, o projeto por ser considerado como documento técnico, ele expressa o detalhamento das ações e atividades que se pretende realizar, envolve metas, que são as decisões, detalhando os objetivos em termos de estratégias, táticas, ações, atividades e procedimentos.

Neste contexto, Vasconcelos (2009, p.259) traz algumas contribuições acerca da legislação brasileira atual no campo dos direitos, para justificar projetos;

³³ A saúde do trabalhador, juntamente com a Vigilância Sanitária e a Vigilância epidemiológica e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, está incluída no campo de atuação do SUS, como direito, no Art.200/II da Constituição Federal/1998 e regulamentada na Lei n.8.080/1990 (VASCONCELOS, 2009, p. 262).

- ✓ Organizar e realizar a atenção aos direitos e o acesso ao Serviço Social, a partir da demanda dos trabalhadores e não da oferta das instituições (públicas ou privadas), o que significa ter, como referência as necessidades e interesses dos usuários para pautar as políticas sociais;
- ✓ Realizar e publicitar estudos socioeconômicos, não só de quem solicita e acessa os recursos disponibilizados pelas políticas sociais, mas dos que não conseguem acesso, para que sejam analisados, divulgados e conhecidos, pelos usuários, planejadores e gestores, Conselhos.
- ✓ Identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde ³⁴e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas, sem negar as requisições institucionais, historicamente, fruto do mau funcionamento da rede de saúde.

Significa pensar a profissão, não para atuar junto aos indivíduos isolados, mas junto à grupos e segmentos da classe trabalhadora que tem interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas que só serão de fato enfrentadas (diferente de resolvidas), se identificadas, publicizadas e submetidas à organização dos usuários e ao controle social.

No que se refere aos programas, de acordo com as observações de Kruger (2010, p.133), o Serviço Social pode atuar junto aos de tratamento, de promoção e prevenção da saúde dirigidos à populações específicas (idade, gênero, patologias, dependentes químicos vigilância a saúde). Neste aspecto, as iniciativas localizadas tem colocado o profissional na Estratégia da Saúde da Família – ESF - e mais recentemente, na ampliação, com a regulamentação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASFs. etivo do NSMMKKK N

O NASF tem como objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (CFESS 2010). O processo de trabalho a

³⁴ Não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

ser desenvolvido pelos profissionais que compõem os NASFs deverá ocorrer em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família.

Segundo o CFESS, (2010) as competências do Serviço Social neste programa são compostas pelas ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento e ações intersetoriais para a realização efetiva do cuidado.

Faz parte do processo de intersetorialização, o diálogo necessário com a Assistência Social via os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS; as condicionalidades do Programa Bolsa Família; os programas de atenção à população idosa, inserindo os usuários vítimas de negligência e violência; os programas de tratamento dos dependentes químicos; os programas de apoio à mulheres, vítimas de violência doméstica e a área de educação, em especial, a de educação infantil.

Cita-se ainda neste contexto, toda a área da vigilância em saúde via vários programas como; a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador³⁵, doenças não transmissíveis - DANTs, alimentar e nutricional, de prevenção e violência e assistência farmacêutica, e sub programas, tais como; hanseníase, tuberculose DST/AIDS, dentre outros, em que o Assistente Social desenvolve ações não exclusivas da profissão, assumindo a coordenação das vigilâncias e dos subprogramas citados.

Quanto aos processos sócio assistenciais nos níveis de complexidade, de acordo com Vasconcelos (2009, p.261), o Serviço Social deverá romper inicialmente, com inserção histórica dos assistentes sociais na saúde que se dá por opção pessoal e/ou pelo desejo de trabalhar com alguma temática específica – mulher,

³⁵ No que diz respeito à saúde do trabalhador, Vasconcelos (2009, p.263) vem contribuindo com seu trabalho acerca das ações do Serviço Social neste campo afirmando que cabe aos assistentes sociais; Participar da assistência ao trabalhador ou portador de doença profissional e do trabalho; participar em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; tornar público o impacto que as tecnologias provocam à saúde; informar ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas, a partir do estudo dos usuários atendidos, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho; tornar público a ausência e deficiência de fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; participar da comunicação às instancias competentes sobre doenças originadas no processo de trabalho, buscando a colaboração das entidades sindicais; publicizar dados que indiquem a necessidade de interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, que signifiquem exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

criança, idoso, etc. – em detrimento das prioridades determinadas pelas demandas dos usuários à instituição; romper com as estratégias de organização/ação históricas na rede de saúde e no Serviço Social (centralização no Plantão x entrevista x demanda espontânea), priorizando: ações educativas e preventivas de maior alcance no âmbito institucional.

Neste aspecto, a prática do Serviço Social deverá ser encaminhada à referência da seguridade social ampliada, com planejamento de ações na unidade de saúde a partir do conhecimento das políticas sociais da seguridade social e das políticas que abrangem o campo dos direitos.

Faz parte deste processo, à atenção coletiva, priorizando o trabalho em equipe (Assistentes Sociais e demais profissionais), com planos que integrem as rotinas das unidades, com articulações quanto à projetos, plantões, programas e pesquisas.

É desta forma, e diante de um contexto coletivo, que os espaços de atuação do Serviço Social no campo da saúde tem como potencialidade, a perspectiva interdisciplinar, no qual foge de temas históricos e tradicionais fragmentado, individuais, vinculados no paradigma biocentrico.

Vale destaque neste contexto, o Código de Ética vigente, no capítulo III, artigo 10, alínea d, no qual faz referencia à participação em equipes interdisciplinares, sendo apresentada como um dever profissional a ser cumprido. Ou seja; ao buscar novas formas de práticas interdisciplinares, compartilhando espaços de troca mútua entre as especificidades do conhecimento, o Serviço Social tende a desenvolver uma prática reflexiva, em direção à perspectiva de totalidade, em se tratando do reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais no processo saúde e doença.

Para Kruger (2010, p.141), a prática do Serviço Social sob um olhar interdisciplinar, desvela as leituras moralistas e higienistas que muitas vezes prevalecem nas discussões e encaminhamentos dos grupos que atuam neste campo, indo além dos plantões e encaminhamentos rotineiros e institucionais. Isto tem como positividade, um processo teórico-metodológico conciso havendo um conhecimento e uma leitura crítica da realidade, com tendências à projetos de ações de âmbito coletivo. Assim sendo, materializar-se á o Projeto ético político profissional e de acordo com os propósitos da reforma sanitária brasileira, pois há de

se convir que, na saúde, o Serviço Social não pode ser limitado a uma política governamental com execução de políticas programáticas. Terá que tender a [...] uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas algo a construir e alcançar [...] (VASCONCELOS, 2009, p.243).

CAPITULO III

A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS DR. JOFRE DE MATTOS COHEN E PADRE COLOMBO, NO MUNICÍPIO DE PARINTINS

Ao longo do desenvolvimento da profissão, o exercício profissional tem sido foco de variados estudos teóricos, no qual vem sendo destaque na agenda de discussões da categoria dos assistentes sociais. No que se refere ao mercado de trabalho, estudos anteriores já indicaram a natureza pública Estadual e Municipal da maioria das instituições empregadoras desses profissionais no País, principalmente no que se refere aos serviços de saúde.

De acordo com o relatório de gestão (2010), o município de Parintins, é composto por dois hospitais. O Hospital Dr. Jofre de Mattos Cohen, mantido pelo Estado e pelo Município, e o Hospital Padre Colombo, de natureza filantrópica (Diocese de Parintins), conveniado com o Estado, através da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/SUSAM – Am.

O Hospital Regional Dr. Jofre de Mattos Cohen inaugurado nos anos 2000, antiga estrutura da Fundação SESP³⁶ (Serviço Especial de Saúde Pública) é tido como referência para os municípios do baixo Amazonas, sendo habilitado para realização de procedimentos de média complexidade, como; cirurgias básicas, parto hospitalar, atendimento de urgência e emergência 24 horas, exame de mamografia, ultrassonografia e Raio X. É composto por 80 leitos nas especialidades básicas de clínica pediátrica, clínica médica, clínica cirúrgica e obstétrica. Tem como apoio ao diagnóstico, um laboratório de análises clínicas.

O hospital Padre Colombo inaugurado em 1976 pela Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas –SUSAM e Diocese de Parintins – (Filantrópico), sendo conveniado com o Estado, através da Susam - Am possui atualmente, uma estrutura com 60 leitos nas especialidades básicas de clínica pediátrica, clínica médica, clínica cirúrgica e obstétrica, setor de urgência/emergência e centro cirúrgico. também tem como apoio ao diagnóstico, um laboratório de análises clínicas e radiografia.

³⁶ Sobre a Fundação SESP de Parintins, todos os seus registros foram queimados na década de 90, não sendo possível realizar a pesquisa documental.

Neste contexto cabe destacar que o Serviço Social, tanto no hospital Jofre de Mattos Cohen, quanto no Padre Colombo, atua como serviço ambulatorial e hospitalar, juntamente com a psicologia, fisioterapia, farmácia e odontologia. Nesta instituição, o Serviço Social é composto atualmente por duas profissionais, sendo uma profissional contratada pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, e a outra, pela Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM – Am. Já no segundo hospital, existe o mesmo número de Profissionais, sendo que as duas são provenientes da Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM – Am.

Pretende-se neste capítulo analisar, a dimensão da interdisciplinaridade no processo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais nestes dois hospitais, priorizando no eixo de análise, as questões relativas à caracterização da prática profissional à luz do projeto ético-político, a interdisciplinaridade no trabalho na visão de alguns profissionais destes dois hospitais e os desafios e perspectivas do Serviço Social para a consolidação do projeto profissional hegemônico. Para tanto, requer uma interpretação sobre as inflexões ocorridas no cenário brasileiro nestas últimas décadas, como visto no capítulo anterior, sem perder de vista a trajetória histórica de organização coletiva e conquistas populares como SUS e da profissão no Brasil, principalmente no que diz respeito aos anos 80 e 90.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS DE PARINTINS

É voz corrente entre os autores de Serviço Social, que ao longo de 30 anos, os assistentes sociais tem sido demandados ao desenvolvimento de uma prática profissional rumo a uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, gênero, com posturas críticas favoráveis à consolidação da democracia. Ou seja; uma prática de acordo com o Projeto ético político profissional, no qual tem como propósito maior, a recusa ao conservadorismo no Serviço Social. Isto significa , que na atualidade, o Serviço Social tem o grande desafio de superar as práticas conservadoras que imprimiram sua identidade assistencialista por muitas décadas.

Porém, torna-se válido repetir, que desde a metade da década de 90, as produções científicas do Serviço Social apontam para o processo de transformações societárias ocorridas nesta mesma década, e que vão de encontro ao desenvolvimento profissional.

[...] os avanços e o acúmulo realizados no Serviço Social até a entrada dos anos noventa foram enormes. Porém, são ainda flagrantemente débeis em face das novas realidades societárias e mesmo da própria extensão das práticas profissionais [...] (NETTO, 1996,p.109).

Neste sentido, os questionamentos acerca da efetividade do Projeto profissional no interior da profissão são levantados por autores que tratam dessa temática, dentre eles, Abramides (2007, p.44), quando se refere à autonomia do projeto ético-político profissional, frente à orientação governista, e de que maneira este Projeto profissional desenvolve sua ação organizativa, no marco da institucionalidade?

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, o Assistente Social tem como desafio, o confronto entre o contexto econômico e social excludente e a prática profissional pautada pelo Projeto da Reforma Sanitária. Nesta perspectiva, deve-se levar em consideração as observações de Bravo (2009, p.43), quando afirma que o Serviço Social na saúde deve ter como ponto principal, a formulação de estratégias, que busquem reforçar ou criar experiências nestes serviços, condizendo com o projeto democrático de saúde.

Dentre os aspectos que caracterizam a atuação profissional do Assistente Social no âmbito hospitalar no Município de Parintins verificou-se que a prática profissional, na maioria das vezes segue uma lógica de organização baseada em plantões e “sobrevistos”;

Quadro III

PLANTÃO

Procura espontânea Assistência hospitalar à usuários internados, juntamente com a família Orientações diversas; Acolhimento à usuários provenientes de outros municípios Encaminhamentos em geral (internos, interinstitucional externo)	Esclarecimentos Informações Remoção (Tratamento Fora Domicílio) à capital – Manaus – Am. Projetos individual e multiprofissional
--	---

Hospital I

QUADRO IV

SOBREAVISO

<p>Assistencia hospitalar à usuários internados, juntamente com a família (quando necessário)</p> <p>Remoção (Tratamento Fora Domicílio) à capital – Manaus – Am.</p>	<p>Encaminhamentos em geral (internos, interinstitucional externo);</p> <p>Esclarecimentos/Informações</p>
---	--

HOSPITAL II

Baseado nas observações de Vasconcelos (2009, p.246), ao afirmar que estes profissionais vem mantendo a mesma estrutura organizacional de suas ações neste campo por vários anos, muito embora haja mudanças nas demandas dirigidas ao Serviço Social e na própria dinâmica institucional, pelas novas ocorrências na saúde e qualidade de vida da população usuária, os quadros IV e V definem a organização das ações do Serviço Social nos hospitais de Parintins, no qual, não passa largo desta questão.

Nestes quadros, evidenciou-se inicialmente, que nos plantões do hospital I, a jornada de trabalho das Assistentes Sociais é de seis horas, de segunda à sexta feira, com atendimentos externos e internos (Ambulatoriais/hospitalar), exceto os sábados e domingos, dias em que estas profissionais permanecem de “sobreavisos³⁷”, para resolutividades quanto à “casos sociais” surgidos e detectados geralmente pelo médico e enfermagem.

O atendimento ambulatorial (externo) é caracterizado pela demanda espontânea, em que na visão de Vasconcelos (2009, p.248) são usuários que procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços e reclamações. No que se refere aos atendimentos hospitalares (internos) estão

³⁷ A CLT reza, em seu art. 244, parágrafo 2º, que "considera-se de 'sobreaviso' o empregado efetivo, que permanecer em sua própria casa, aguardando a qualquer momento o chamado para o serviço. Acessado através do site <http://jus.com.br/artigos> no dia 09 de outubro às 11h30min.

inclusos a assistência hospitalar a usuários internados juntamente com a família, orientações diversas, acolhimento a usuários provenientes de outros municípios, encaminhamentos em geral (internos interinstitucional e externo), esclarecimentos/informações, remoção (Tratamento Fora Domicílio) à capital – Manaus – Am e projetos individual e multiprofissional.

A assistência hospitalar é desenvolvida pelos profissionais através de visitas diárias às enfermarias, com acompanhamentos e evoluções clínicas. A atuação do Serviço Social ocorre, quando acionado pelo médico ou pela enfermagem, para resolutividade de problemas detectados inicialmente por estes profissionais, principalmente quando se tratar de remoções. Neste sentido, as assistentes sociais se utilizam de uma Ficha Social para registrar o ocorrido e descrever detalhadamente o tipo de recurso usado na resolução desses casos.

[...] geralmente usamos a ficha social, para a resolução de problemas para os encaminhamentos internos, interinstitucionais e externos [...]. [...] conversamos com o paciente no leito das enfermarias, perguntamos se está tudo bem, se está precisando de alguma coisa, fazemos a evolução social e acompanhamos o paciente até a sua alta hospitalar ou até a sua remoção [...] (Ass: D.C. P).

Este instrumento é elaborado pelas próprias assistentes sociais, composto por uma variedade de questões acerca dos dados pessoais do paciente, situação familiar, trabalhista e um resumo sobre as providencias tomadas pelo serviço social. Assim sendo, a Ficha Social é anexada ao prontuário do usuário, para posterior informação aos profissionais de saúde (médico e enfermagem) sobre a resolução do “caso social”, sendo encaminhada ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), no qual tem por finalidade a guarda e preservação do prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao Movimento Hospitalar.

A assistência hospitalar, segundo o Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de ações integradas nesta área com vistas à melhoria da qualidade de atendimento nos hospitais da rede do SUS. Segundo o próprio Ministério da Saúde (2001, p.11), este conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos, dentre outros. Faz parte neste

processo, o desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do contato humano presente em toda a intervenção de atendimento à saúde. Ou seja; tem por base os princípios e valores, como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, além da eficiência-técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde.

No que se refere a orientações diversas, esta demanda é geralmente proveniente de encaminhamentos dos próprios profissionais deste hospital, principalmente quando se referem à questões previdenciárias, acidente de trabalho e programas assistenciais locais. Cabe destaque neste contexto, as parcerias formadas, principalmente entre o Serviço Social deste hospital e os Conselhos, como; o Tutelar e do Idoso, principalmente quando se trata de maus tratos e abandono por parte de familiares.

Quanto ao acolhimento a usuários provenientes de outros municípios, considerada pelo Serviço Social deste hospital como uma demanda constante, pelo fato da hierarquização na atenção, este hospital atender paciente dos municípios vizinhos que compõem o baixo Amazonas, as assistentes sociais fazem o devido acolhimento, e mediante a escuta de suas queixas, se colocam à disposição da família.

[...] No meu plantão, eu pergunto se está tudo bem com este paciente, oriento, quanto à documentação, cartão SUS, vejo quais os contatos interinstitucionais e externos e quais providencias que devemos tomar, no caso se for um encaminhamento externo, um TFD [...] (Ass: D.C.P).

Quanto aos encaminhamentos em geral apresentados no quadro IV estão incluídos os encaminhamentos internos, os encaminhamentos interinstitucionais e os encaminhamentos externos. Os encaminhamentos internos são realizados pelos próprios profissionais de saúde e pelos demais serviços dos hospitais, quanto à orientações diversas, solução de problemas, localização de familiares e de pacientes, providencias quanto à consultas médicas, dentre outros. O encaminhamento interinstitucional, se refere aos encaminhamentos à instituições localizadas neste Município, como a Secretaria Municipal de Assistência Social e Trabalho – SEMAST, principalmente no acesso aos recursos materiais , acesso aos serviços, como requisições de urnas e serviços funerais e cadastro nos programas sociais.

Os esclarecimentos e informações, geralmente são realizados na demanda

espontânea pela população usuária, em especial acerca de benefícios sociais, serviços de saúde, dentre outros.

Outra atividade realizada pelo Serviço Social nestas Unidades hospitalares diz respeito ao Tratamento Fora Domicílio – TFD ³⁸, no qual vem se destacando atualmente, pela necessidade de transferência de usuários internados nesta unidade de saúde deste Município e dos que compõem o Baixo Amazonas.

Neste contexto é válido repetir, que com a criação do SUS, a saúde tomou novos rumos de atuação principalmente em relação ao atendimento à população usuária destes serviços. Neste aspecto, os municípios que não dispõem de uma rede de atendimento de alta complexidade, encaminham os usuários para Estados que os acolhe e atendem, através do Tratamento Fora do Domicilio (TFD).

Nas Unidades de Saúde de Parintins, este processo funciona da seguinte forma: Inicialmente é o médico que solicita, através de um encaminhamento próprio, a remoção do usuário internado para a capital (Manaus). Isto acontece, geralmente através de consultas médicas, atendimento na Urgência e emergência, ou em suas visitas diárias às enfermarias dos hospitais. Em seguida, a enfermagem aciona o Serviço Social para as devidas providencias. Dependendo da gravidade, o usuário poderá ser removido via aérea ou fluvial, com direito a um acompanhante e passagens. Contudo existem as burocracias institucionais relacionadas à disponibilidade de vagas na capital, sendo o Serviço Social o responsável pelo contato inicial com a unidade de referencia. Neste processo, o médico responsável pelo acolhimento do paciente na capital entra em contato com o médico solicitante da unidade de origem, para tratar sobre diagnósticos e procedimentos, e o Serviço Social é que se responsabiliza pela solicitação do transporte e orientações quanto à documentação do usuário e da Instituição (cartão SUS, documentos pessoais, encaminhamento médico, contidas todas as informações acerca do usuário,

³⁸ O Tratamento Fora do Domicilio (TFD), fora estabelecido pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999) – que dispõe sobre o TFD no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Portaria estabeleceu uma nova sistemática para a inclusão destes procedimentos específicos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Este benefício consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros Estados, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário. Somente será concedido quando todos os meios de tratamento existentes no estado de origem estiverem esgotados e, somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente (<http://bvsmms.saude.gov.br>, acessado no dia 01/10/2013, às 14:50 h.).

evolução clínica e o Parecer técnico do Assistente social). Este transporte pode ser por via Aérea, composta por uma equipe médica, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM, arcar com as despesas, e via Aérea comercial e Fluvial - Secretaria Municipal de Saúde de Parintins – SEMSA.

Segundo as informações da ex-Coordenadora de Planejamento e Gestão Municipal de Saúde e a fala da assistente social;

[...] em Parintins, não existe nenhum Manual específico que designe recursos direcionados para o TFD. O gestor é que teria que definir o quantitativo da ajuda de custo e deveria ter levado ao Conselho Municipal de Saúde para a aprovação. Mas, até o momento, não foi nada definido. Isso já vem se arrastando, desde outras gestões [...] (Ass: D.C. P).

Para além destas demandas, o Serviço Social apenas do hospital I, conforme explícito no quadro IV participa de alguns projetos de intervenção em fase de implantação nesta Unidade de Saúde. Um deles diz respeito aos dependentes de Álcool, direcionado especialmente aos servidores deste hospital, composto por uma equipe de profissionais; o médico, o psicólogo, o fisioterapeuta e a enfermagem. Segundo as declarações da Assistente Social, todos os profissionais “fazem a sua parte neste projeto”. O Serviço Social faz os acompanhamentos a cada servidor participante, com esclarecimentos sobre o Alcoolismo, suas consequências e principalmente no aconselhamento no que diz respeito à convivência familiar.

Outro projeto denominado “Hospital, amigo das crianças” é desenvolvido com a parceria dos alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, enfermagem e Serviço Social. Este projeto tem como objetivo maior, o incentivo ao aleitamento materno das grávidas e parturientes internadas na maternidade desta unidade de saúde. Nessa perspectiva, ainda na fase de implantação estão sendo realizadas inicialmente, as capacitações voltadas à importância de amamentar, seus benefícios e finalmente, todas as informações, quanto ao aleitamento de mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV. Estas informações estão direcionadas aos servidores deste hospital, principalmente aos que trabalham no centro cirúrgico, maternidade e obstetrícia, pelo fato de repassarem as devidas orientações às usuárias no parto e pós-parto. Desta forma, as novas mães, durante suas estadas neste hospital assistem a vídeos sobre a campanha do aleitamento materno, com a participação especial dos atores da rede globo, de mães que participam da campanha etc. Sumariamente,

uma campanha de conscientização sobre a importância do aleitamento, proveniente do Ministério da Saúde.

Quanto às ações individuais das assistentes sociais no Hospital II, o Serviço Social como um todo, se organiza sob a forma de “sobrevistos”, em comum acordo com a direção geral.

[...] Ficamos de sobreaviso, pois somos somente duas assistentes sociais neste hospital. Nos chamam para atendimentos gerais quando necessário, principalmente quando se tratar de remoção de pacientes – TFD. Isto é válido para os sábados e domingos [...] [...] não tem como realizar realmente um trabalho nas enfermarias deste hospital no dia a dia, principalmente quanto ao preenchimento da Ficha Social para o reconhecimento dos pacientes. (Ass. Z.C.D).

Torna-se indispensável ressaltar neste contexto, que o Serviço Social nesta unidade hospitalar atua em condições precárias, tendo em vista a falta de profissionais, na concepção da assistente social entrevistada;

[...] um dos entraves maiores, para a efetivação do trabalho é a falta de assistentes sociais, pois somente eu sou concursada, e as outras colegas que foram contempladas no último concurso, solicitaram suas transferências, sem a devida permuta, para a capital do Estado [...] [...] “existem buracos”, pois somos somente duas [...] não fazemos um atendimento integral à pacientes, devido a falta de pessoal, falta de concursos públicos e recursos materiais. Mas, neste momento é a falta de recursos humanos que impede de realizarmos um trabalho efetivo [...] (Ass: Z.C.D).

Nesta perspectiva, suas atribuições se restringem apenas na Assistência hospitalar junto aos usuários internados, quando acionados pela enfermagem, para a resolutividade de algum problema detectado, em especial, nas remoções de usuários para a Capital do Estado – TFD; [...] fazemos atendimentos gerais aos pacientes internados. Trabalhamos juntamente com a enfermagem, no que se refere à saúde destes pacientes [...] (Ass: Z.C.D). Nesta demanda está incluso os casos de idosos ou de crianças quando internados neste hospital, em que, a intervenção do Serviço Social é feita através de uma rede de serviços, como; Secretaria de Assistência Social local, SEMAST, Secretaria Municipal de Saúde SEMSA e Conselho Tutelar.

Os atendimentos gerais, citados pela profissional, se refere à atendimentos aos encaminhamentos internos, interinstitucional e externos pelos profissionais de

saúde, geralmente, pela enfermagem. Faz parte deste processo as informações e orientações quanto aos direitos sociais, direcionados aos trabalhadores da saúde e usuários internados.

[...] muitas vezes, ou melhor, sempre, somos nós que sabemos orientar sobre a questão dos direitos sociais, e quando nos procuram, estamos sempre disponíveis a prestar atendimento e orientações acerca desta questão. Isto implica os funcionários e pacientes, juntamente com a família [...] (Ass: Z.C.D).

Quanto aos encaminhamentos interinstitucionais, o Serviço Social é acionado pela enfermagem, no momento em que há algum óbito de usuários internados, ou algum caso envolvendo idosos e crianças. Geralmente estas demandas necessitam de parcerias firmadas pelo Serviço Social da Unidade hospitalar e outras instituições; SEMAST, Conselho Tutelar, Conselho do idoso, dentre outros. Nestas ações, a família do usuário que veio à óbito é encaminhada pela Assistente Social à SEMAST, para aquisição de urnas e serviços funerais.

Em relação ao Tratamento Fora Domicílio - TFD, o fluxo desta demanda é semelhante a do Hospital I como descrito acima. Destaca-se, que este tipo de demanda dirigida ao Serviço Social, nesta unidade hospitalar é considerada como sendo, a principal atribuição nos “sobrevistos” das assistentes sociais.

Diante do que foi exposto até aqui cabe dizer o seguinte: [...] é pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não [...] (VASCONCELOS, 2009, p.245).

Quadro V

CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS A RESPEITO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE		
Profissional	Hospital I	Hospital II
Assistente Social	Muito importante, e não pode se limitar somente à questão institucional, pois na maioria das vezes o Serviço Social realiza ações diretas com o TFD, com encaminhamentos de pacientes á capital do Estado. Existem as políticas públicas, os programas, que devem ser trabalhadas neste processo, mas ainda está distante da possibilidade de inserí-las no contexto hospitalar deste município como um Serviço Social hospitalar “com garra”.	O Serviço Social tem um papel muito importante na saúde e necessário, no que diz respeito ao paciente e trabalhadores da saúde, principalmente no campo dos direitos sociais.
Médico	Promover uma visão diferenciada do paciente, em aspectos por vezes não percebidos por outros profissionais de saúde, mas que podem interferir no tratamento. Estes aspectos podem ser por exemplo os culturais e econômicos. Acredito que estas situações sejam fatores detectados pelo Assistente Social ou não. O Assistente Social é o profissional qualificado para buscar estratégias para solucionar os problemas.	Importante em todos os sentidos, pois o Serviço Social é aquele que busca compreender a pessoa dentro da sociedade e busca melhoria das condições de justiça, entre as camadas pobres.
Psicólogo	Grande importância no hospital. Realiza trabalhos que somente eles, os assistentes sociais sabem fazer. A saúde, sem o serviço social não é válido.	Muito importante. A importância do Serviço Social na saúde é como se fosse um complemento da psicologia, como se fosse uma interação com estes profissionais. Com isso, os serviços tendem a fluir. O Serviço Social é muito importante quando há um comprometimento do profissional nesta área.
Fisioterapeuta	Importante em todos os sentidos	Pouco sei do Serviço Social
Enfermagem	Suma importância, pela competência e resolução dos problemas.	Importante para a Saúde e em especial para o corpo da enfermagem no que diz respeito às resoluções dos problemas institucionais.

Baseado na concepção dos profissionais de saúde destes hospitais acerca do Serviço Social na saúde, como demonstra o Quadro VI, as Assistentes Sociais destes hospitais, defrontam-se com as mais variadas expressões da questão social, porém é inexistente um estudo crítico destas demandas direcionadas principalmente a sua gênese e desenvolvimento. Neste contexto, a prática imediatista existente no contexto hospitalar pesquisado é observada, mediante as respostas às demandas colocadas pela Instituição, usuários internados/acompanhante e profissionais, principalmente o médico e a enfermagem. Neste sentido é a partir do âmbito de praticidade, que os demais profissionais entrevistados visualizam a imagem da prática do Serviço Social, considerando ser uma “relação harmoniosa e amigável³⁹”, conforme as falas abaixo;

[...] vejo como boa e acessível esta relação entre médicos e assistentes sociais [...]; [...] relação de empatia. É mais a relação por pessoa, do que profissional [...]; [...] Muito boa. Somos colegas de trabalho e não vejo a psicologia sem o serviço social [...]; [...] Relação muito boa em termos de parceria [...].

E para as Assistentes Sociais;

[...] Relação profissional amigável, sem intrigas com os demais profissionais de todas as clínicas[...] (Ass: D.C.P). [...] A maior parte do tempo é harmoniosa, exceto quando surgem alguns conflitos quanto a rotina de trabalho, principalmente relacionados aos colegas médicos. Ou seja; existe opiniões contrárias e posicionamentos relacionados ao TFD. Geralmente eles acham que é dever do Assistente Social, a resolução imediata destes pacientes [...] (Ass: Z. C.P).

Neste aspecto, Oliveira (2009,p.14) vem contribuindo neste debate entre a categoria profissional com suas indagações: ao assistentes sociais reconhecem o poder de sua prática?; reconhecem o nível de interferência na vida dos usuários?; partilham as contradições vivenciadas na instituição?

Como visto em capítulo anterior, e torna-se válido repetir, sob a luz de autores do Serviço Social que estudam este tema, que na saúde, com o amadurecimento dos propósitos da Reforma Sanitária e a Institucionalização do Projeto ético-político, várias são as requisições direcionadas ao Serviço Social neste campo, em relação à estratégias de interação da instituição da saúde com a realidade, a interdisciplinaridade, enfim, o acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã, como sendo uma prática condizente com o projeto

³⁹ Harmoniosa e amigável no sentido da não existência de questionamentos, confrontos ou opiniões contrárias no ambiente hospitalar, por parte dos assistentes sociais.

profissional.

Porém é notório a inexistência destas estratégias, em se tratando da inserção do Serviço Social em grupos de trabalho no hospital II e projetos interdisciplinares; [...] Percebe-se que o Serviço Social atualmente nesta Unidade de saúde é inexistente e “está deixando muito a desejar”. Precisa se reorganizar para fazer a sua parte neste Hospital [...] [...] Não existe rotina com o Serviço Social, raramente nos encontramos [...] [...] existem muitos obstáculos entre os próprios profissionais. Eles falam sempre; “eu já fiz a minha parte”[...].

Com base no que foi explícito, e através dos quadros IV e V, as ações do Serviço Social, organizadas sob forma de Plantões e “sobrevisto”, e, sendo a remoção de usuários internados para a capital – TFD, uma das principais demandas apresentada ao Serviço Social pelas instituições, através do médico solicitante, explica-se o grave momento pelo qual vem passando a prática profissional das assistentes sociais neste campo e nestas unidades de saúde.

As ações do Serviço Social como um todo, não escapam às amarras do tradicionalismo profissional, pois, inicialmente, estas profissionais mantêm, como marca concreta de suas práticas sociais, nomenclaturas condizentes com o vocabulário médico, tipo; paciente e anamnese; [...] usamos ficha social, através de conversas com os pacientes como uma forma de fazer a anamnese [...] (Ass.Z.C.D). Neste sentido, suas práticas, não são norteadas pelo novo Código de Ética, no qual se refere à postura de compromisso profissional, reconhecendo o “usuário”, pela sua condição de cidadania nos serviços prestados pela saúde. Sendo assim, o uso destas nomenclaturas marcadamente pragmáticas e excludentes, pode correr o risco de induzir ações semelhantes, distanciadas de compromissos essenciais que dão sentido à profissão.

[...] convém aos profissionais de Serviço Social imprimir, em sua operacionalidade, uma linguagem atual com o contexto em que esta prática se insere, o que corresponde à clareza no seu posicionamento político-profissional como estratégia de assegurar o fortalecimento de suas práticas [...] (CARDOSO, 2008, p.20).

Neste processo de análise, a prática das assistentes sociais entrevistadas, apresenta-se ao centro, uma prática de harmonização, acrílica, acolhedora, com o devido reconhecimento profissional, pela execução de suas tarefas na instituição. Ou seja; uma prática restritamente Institucional e burocrática, na qual segue

mecanicamente as normas impostas pelo regulamento da administração (Hospital/SUSAM/SEMSA), principalmente ao se tratar de TFD (Documentação pessoal dos usuários, encaminhamentos, evoluções médicas e pareceres sociais).

Sumariamente, uma prática com um fim em si mesmo, voltada a atendimentos de alguns dos interesses e necessidades imediatas de usuários internados no contexto hospitalar, além de convencionar as demandas à doença em sí. Desta forma, de acordo com Vasconcelos (2009,p.251), o trabalho dos assistentes sociais torna-se subjulgado ao movimento interno da instituição; [...] hipotecada aos condicionantes políticos - institucionais que limitam suas escolhas [...] (Ibid, 2009, p. 253). Sendo assim, o agir destas profissionais são complementares às ações dos demais profissionais de saúde, funcionais à dinâmica institucional e, portanto, funcionais à ordem social vigente. Revisa-se neste contexto, que o projeto privatista da saúde, comunga com este tipo de prática institucional, como visto em capítulo anterior;

[...] a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes e de suas responsabilidades, na produção e reprodução das desigualdades sociais[...] (IAMAMOTO *apud* Parametros para atuação do Serviço Social na Saúde 2010,p.67).

Sob a luz deste documento, na saúde é comum observar os profissionais responsabilizarem o usuário pela sua situação de saúde, não analisando os determinantes sociais, econômicos e culturais, as justificativas das contrarreformas na saúde , a ênfase nos programas focais, a responsabilização dos profissionais de saúde pela falta de atendimento, dentre outras questões.

Porém, as considerações de Baptista citada por Oliveira (2009, p.42) levam a pensar, que a prática profissional dos assistentes sociais é uma prática que lida fundamentalmente com as políticas sociais e a intervenção, realiza-se num lócus predominantemente institucional. Daí, questiona-se: Como fazer, para evitar as condições burocráticas e rotineiras institucionais, para responder aos interesses da população usuária?

Para Faleiros (2008, p.45), o desafio de enfrentar teoricamente a questão da prática institucional é tão complexo quanto a própria atuação, visto que implica conflitos e confrontos de poderes e saberes. Para Oliveira (2009, p.43), a relação de poder, no âmbito das instituições sociais é fortalecida pelo Estado na esfera da

administração institucional, e neste conjunto hierarquizado estão os profissionais de Serviço Social, que acabam por incorporar interesses particulares e políticos, negando seu papel social na execução dos objetivos institucionais, sem criatividade, portanto, em suas ações no dia a dia.

Neste processo, (Faleiros, 2008, p. 45) afirma, que a relação contraditória no qual envolve a prática profissional do Assistente Social, só pode ser entendida em um contexto de relações de classes. Ou seja, as contradições se manifestam, e se apresentam sob a forma de relações, e nelas, a prática profissional está inserida. Neste contexto, o autor se refere a uma questão ou um problema apresentado pela população, no qual são expressões das relações sociais, e não o resultado estático de uma falha individual ou coletiva, mesmo aparentemente apresentado como falta de saúde, falta de habitação etc. Assim sendo, os problemas vividos pela prática do Assistente social são o resultado de relações complexas, sendo na articulação⁴⁰ dessas relações, que pode ser visualizado o encaminhamento da superação⁴¹ de um problema e não de sua resolução mecânica, através de um recurso institucional.

Sumariamente, Baptista citada por Oliveira (2009, p.39), elabora o sentido da prática profissional como aquela que [...] Exprime não apenas a capacidade técnico-operativa de quem a realiza, mas também, e principalmente, sua posição existencial, política e ideológica face às relações da sociedade em que vive [...]. Neste sentido, a autora aponta para os saberes/conhecimentos no cotidiano profissional do Assistente Social, no qual imprime qualidade na prática que realiza, afim de superar os limites institucionais.

[...] o profissional na ação cotidiana deve dispor de conhecimentos teórico-metodológicos e políticos que possibilitem a construção conjunta do seu projeto político-profissional. Essa construção é possível quando se procura estabelecer relação com os usuários, adotando uma postura pluralista⁴². [...](OLIVEIRA, 2008, p.46).

Isto se torna possível, quando se estabelece uma relação com os usuários, sem correr o risco de intervir restritamente, às relações interpessoais. Ou seja;

⁴⁰ O processo de articulação consiste na formação de vínculos políticos para fortalecer a autonomia, a independência ideológica da população. Não se trata pois, de uma vinculação clientelística (FALEIROS, 2008,p.112).

⁴¹ A superação implica em um movimento de forças específicas e gerais que vão condicionar a modificação dos efeitos das relações sobre uma determinada questão em jogo. A resolução é um mecanismo pré-estabelecido, predeterminado pelas instituições, para, justamente, por fim ao processo, ao movimento (FALEIROS, 2008,p.112).

⁴² A defesa do pluralismo esta proposto no código de Ética do Serviço Social, no intuito de respeitar as diferentes matrizes que analisam o movimento da sociedade.

contextualizar a prática às relações sociais estabelecidas no campo institucional como um todo.

Desta maneira, não há como definir e compreender as necessidades de saúde sem levar em consideração, que elas fazem parte e são produtos das relações sociais e destas, com o meio físico, social e cultural.

Para Mito; Nogueira (2009, p.229), estas necessidades de saúde ultrapassam o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando-se em conta, as transformações societárias. Para as autoras, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde. Ou seja, faz-se necessário, apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência.

Baseado nestas questões existe uma fragilidade da prática profissional do Serviço Social na unidade de saúde de Parintins quanto aos princípios norteadores do SUS, em que compromete a qualidade dos serviços prestados à população usuária;

[...] Nós tentamos orientar os pacientes para que eles busquem a efetivação dos direitos sociais, mas, o problema, não está no Serviço Social. E sim, na burocracia institucional, principalmente com relação à SEMSA (RECURSOS). Falo pelos pacientes que são encaminhados de municípios vizinhos, que ao chegarem neste município, dependem desta Instituição (SEMSA) [...](Ass:Z.C.D)

A garantia de direitos, em um processo de emancipação e construção da cidadania é papel fundamental para a compreensão da profissão, consubstanciado pelo aprimoramento intelectual dos Assistente Sociais com vistas a um atendimento qualificado aos usuários, e reconhecimento da profissão na sociedade. Ou seja; a intervenção do assistente social no campo dos direitos é fundamental para universalização das políticas sociais, uma vez reafirmado no atual Código de Ética do Serviço Social brasileiro, em se tratando do exercício profissional, priorizando os elementos constitutivos da democracia. É desta forma, que a atuação do assistente social deve buscar o domínio sobre o que versam as políticas públicas para através deste conhecimento instrumentalizar ações que possibilitem aos usuários a apropriação dos direitos que lhe são assegurados neste País.

Nesta via cabe destaque as observações de Menezes citado por Mito; Nogueira (2009, p.223);

O discurso do reconhecimento da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acrítico e normativo. Supera uma perspectiva analítica que atribui às políticas sociais o papel de reduzir as injustiças sociais, resgatando, de maneira “anacrônica, princípios, dogmas e valores que surgem da superação do romantismo”

A saúde enquanto um direito social e universal, expressa e assumida pela Constituição “cidadã” de 1988 foi um passo considerado significativo no modelo assistencial e na tradução das necessidades em saúde no País. Neste sentido, caminha-se para a construção de um modelo voltado à atenção integral à saúde, em supressão ao modelo centrado na doença. A integralidade na visão de Miotto; Nogueira (2009, p.225) é sustentada pela interdisciplinaridade e intersectorialidade, no qual possibilita ao assistente social, uma inserção diferenciada neste campo, com superações quanto ao estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico.

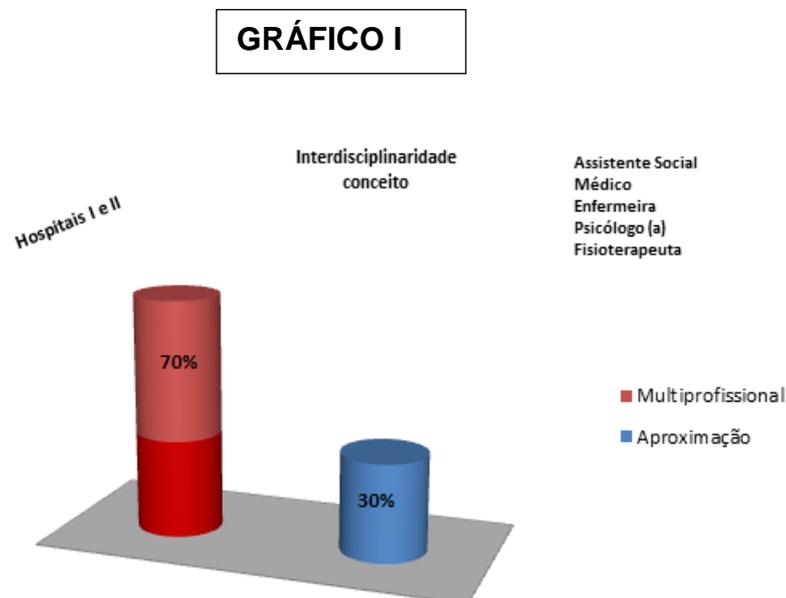
Neste sentido, as especificidades dos processos relacionados à prática profissional dos assistentes sociais repercute diretamente no modo como as suas ações se operacionalizam. Ou seja; a fragmentação das ações das assistentes sociais no contexto hospitalar de Parintins, fragiliza as tentativas coletivas neste ambiente, ao se considerar, as mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política, na qual passaram a estabelecer novas formas de organização do trabalho na saúde, imprimindo novas características ao modelo de atenção. No entanto há de se convir, que, os profissionais de Serviço Social inseridos neste processo, tendem a suprir cada vez mais a lacuna em seu fazer no lócus institucional, numa superação constante para a efetivação do direito à saúde, em todos os seus aspectos.

3.2 INTERDISCIPLINARIDADE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

O movimento da Reforma Sanitária, juntamente com as suas propostas de mudança quanto ao modelo assistencial ganham relevâncias no cenário da saúde brasileira desde o final da década de 80. Neste processo estão inseridas as equipes de saúde, como forma de buscar a integralidade das ações e melhor qualidade dos serviços. Neste contexto, a interdisciplinaridade passou a ser exigência interna do trabalho em saúde. Porém, de acordo com alguns autores que

trabalharam o tema junto a equipes deste campo, ela continua tendo um conceito indefinido entre os trabalhadores. Desta forma, no que se refere ao cotidiano, a interdisciplinaridade está mais na aspiração do que no campo da prática.

Ao indagar os profissionais de ambos os hospitais no município de Parintins acerca de sua concepção de acordo com suas práticas no dia a dia, observou-se o desconhecimento, através de suas respostas, agrupando-as sob duas categorias: interdisciplinaridade relacionada à integração de profissionais e saberes (aproximação) e interdisciplinaridade enquanto uma equipe multiprofissional, como demonstra o gráfico I;



Ao analisar suas falas;

[...] Uma equipe de vários profissionais atuantes, com vistas à melhoria à instituição, visando a construção de vários saberes, com a participação de todos os profissionais, sem a devida fragmentação das ações [...], [...] Do ponto de vista prático são vários saberes entre si, tentando resolver os mesmos problemas [...], [...] Falar junto, resolver os problemas junto, saber de serviço social e de outras áreas junto [...],

Observou-se, que a repetição de algumas idéias, de forma explícita ou implícita; integração, objetivo comum é pelo fato de poder contar com a ajuda de outro profissional. Entende-se, que para esses profissionais, a interdisciplinaridade seria uma forma de ampliar as suas perspectivas, com relação a suas práticas, o que permitiria, portanto, a eliminação da visão restrita disciplinar e incluiria outras

grandezas de situações a serem trabalhadas. Significando dizer, que para os profissionais, o outro profissional seria o elemento de fundamental importância neste processo.

O contexto se torna explicável, quando recorre-se à Santomé (1988, p.67), ao afirmar, que os problemas urgentes e inevitáveis da vida prática precisam de soluções que não podem demorar e desta forma torna-se mais fácil solicitar a colaboração de pessoas de todas as especialidades que tiverem algo sobre a situação a resolver. E, diante de tal explicação, este processo se faz na multidisciplinaridade, principalmente na questão de solucionar um problema, buscando informação e ajuda em várias disciplinas, sem que tal interação contribua para modifica-las ou enriquecê-las.

Para este autor, a interdisciplinaridade implica na elaboração de um contexto mais geral, no qual cada uma das disciplinas em contato são por sua vez modificadas e passam a depender claramente uma das outras.

Além da dificuldade de se ter uma definição clara a respeito da interdisciplinaridade enquanto prática na saúde, observou-se, que existe uma certa confusão entre as informações sobre o trabalho multidisciplinar composto pelas equipes multiprofissionais, e a interdisciplinaridade. Neste sentido é perceptível na fala dos profissionais, a relação existente entre as duas; [...] Agir conjuntamente, em prol da saúde como um todo [...]; [...] É o fazer em conjunto [...]; Realizar ações em conjunto, com vistas ao bem estar do paciente [...]; [...] Traz ganhos para o hospital, quando se trata de agir em conjunto, respeitando o espaço do outro [...].

Torna-se bom lembrar, que a equipe multidisciplinar implica em ter diferentes profissionais que trabalham dentro de sua especificidade de forma complementar, sem a permuta e nem articulações de saberes ou práticas. Já na equipe interdisciplinar existe diferentes profissionais que trabalham juntos, mantendo suas atuações específicas, com troca de informações, permitindo a construção de novos saberes.

Neste contexto, Costa (2007, p.20) aclara esta questão, quando ressalta através de Paduzzi que a interdisciplinaridade não se relaciona diretamente com a multidisciplinaridade expressa na multiprofissionalidade. Para esta autora, a multiprofissionalidade estaria constituída pela divisão do trabalho, pelas questões referentes à autonomia desses trabalhadores e as inter-relações entre o agir

instrumental e a interação processada no interior das equipes. Neste sentido, sob a luz desta autora, a interdisciplinaridade estaria mais ligada à investigação científica e ao ensino acadêmico. Entretanto, a autora ressalta, que os campos disciplinares se apóiam e são criados somente a partir das práticas sociais, sendo delas dependentes. Assim sendo; [...] o trabalho em equipe multiprofissional não equivale à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa a possibilidade de integração das disciplinas científicas [...] (COSTA, 2007, p.23).

Desse modo, atenta-se para o saber e o fazer em saúde, cada um dentro de suas finalidades, na construção de caminhos que busquem a abrangência do objetivo maior neste campo.

Atualmente, a demanda na atenção à saúde, vem envolvendo múltiplos saberes e fazeres que diz respeito aos conhecimentos e práticas de diversos profissionais. É nesta perspectiva de prática, que a interdisciplinaridade se coloca como potencializadora, na qual permitirá uma apreensão ampliada da saúde, principalmente pela articulação entre os diversos saberes e fazeres, possibilitando deste modo, outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos neste processo. Assim sendo, estará contribuindo para se pensar em um outro paradigma sob os aspectos coletivos, sem traduzir-se na doença em sí.

Nas falas em geral, os profissionais entenderam que a interdisciplinaridade na saúde seria de suma importância e vantajosa em suas práticas cotidianas.

[...]Vantagens para a saúde e principalmente para o hospital [...] ; [...] Se houvesse na Instituição seria como uma conquista, uma união de categorias, buscar e vislumbrar outros conhecimentos e crescimentos, para a instituição e a integralidade do indivíduo no sistema. (integração entre profissionais); [...]Conforto para todos os envolvidos, porque deixa de ter uma opinião formada, corporativista e passa a ter uma visão muito mais globalizada que é uma visão mais próxima da sociedade como um valor real [...].

O contexto deixou claro que existe o desejo de realizar a prática interdisciplinar por parte dos profissionais. Contudo, percebeu-se a omissão com a prática coletiva. Esse fato deve ser problematizado, pois pode revelar a tensão existente em torno da autonomia de cada profissional de saúde e as relações de poder expressas nas vivências cotidianas dessas instituições; [...] direção técnica e direção geral se utilizam de todos os chefes de setores de administração para ter um controle de tudo que se passa, por que se não, não tem como gerir uma

unidade de saúde [...].

Nesta direção, Santomé (1998, p.82) aponta para os controles impostos pelas instituições que promovem o trabalho interdisciplinar, para que não representem um freio quanto às críticas, algo básico e de fundamental importância para o desenvolvimento do conhecimento. Para este autor, a interdisciplinaridade requer colaboração e nunca pode estar apoiada em coerções ou imposições.

A partir das falas dos profissionais entrevistados sobre o tema em questão, pode-se acreditar que, o que eles apresentam como centro de suas práticas, se compara ao que Nunes *apud* Costa (1995) chamou de "integração multidisciplinar prática". Essa forma está muito mais ligada à pluridisciplinaridade e se faz pelo auxílio prestado por um profissional a outro, sem nível significativo de integração, principalmente no que se refere aos projetos institucionais;

[...] projeto de saúde do trabalhador na Instituição, com uma avaliação de 162 funcionários, tendo em vista a prevenção e necessidade de cuidados.[...] este projeto atua juntamente com a enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, bioquímicos, com espaço no próprio hospital, para atendimentos aos funcionários [...] No hospital temos como projeto, a brinquedoteca e o desenvolvimento de alguns projetos acadêmicos vinculados á instituição,[...].

A partir destas falas nota-se que o nível de trabalho entre os profissionais de saúde no que se refere aos projetos desenvolvidos estão direcionados à instituição, principalmente quanto aos atendimentos “coletivos” aos trabalhadores de saúde e aos internados dos hospitais. É desta forma que eles se integram, onde “cada um faz a sua parte”. Neste sentido, o desenvolvimento desses projetos institucionais, acontecem em sua maioria, por meio de uma ação coletiva multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade nestes projetos institucionais.

Baseado na literatura do SUS, um processo de trabalho na saúde , que tem por finco, os princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade torna-se quase que obrigatória, a ampliação das interfaces, tendo em vista o desafio maior no plano das competências, como o intuito de lidar com a autonomia e definição de responsabilidades.

Neste contexto, considera-se importante diferenciar duas modalidades de interdisciplinaridade, na visão de Arthur Kroker citado por Santomé (1998, p.80); A interdisciplinaridade “vazia”, sendo a que aplica mecanicamente uma suave

integração de informações provenientes de campos disciplinares diferentes, sem o risco de repensar as expressões da questão social conflituosas, principalmente às dimensões políticas e sociais e a interdisciplinaridade crítica, aquela que implica em repensar redescobrir e reconceituar.

Dessa forma supõe-se que a interdisciplinaridade ainda é embrionária ou inexistente nestas instituições de saúde, pois ainda não há ruptura total da hegemonia de determinados saberes e uma reciprocidade total entre eles. Mesmo ocorrendo dessa forma, os profissionais a reconhecem como importante, demarcando-lhe vários pontos positivos para a saúde;

[...] O desafio é manter a qualidade de atendimento dentro dos parâmetros médicos, que satisfaçam a população, pois a mesma merece [...].[...] minhas atividades não são avaliadas por outros profissionais na instituição, a não ser o diretor geral e o diretor clínico [...]; [...] O médico é muito isolado. Em Parintins, este profissional é afastado dos outros grupos, até mesmo por questão de excesso de trabalho [...].

Contudo, torna-se conveniente dizer, que existe uma fetichização da interdisciplinaridade, uma vez que a maioria dos profissionais apontaram uma compreensão distorcida da prática interdisciplinar. Contudo, evidenciou-se um esforço coletivo do conjunto de profissionais, destas Unidades de Saúde, em torno da resolutividade das demandas, apresentadas pelos usuários, porém, as ações conjuntas e dialogadas são pontuais, tornando-se muitas vezes superficiais devido estarem diretamente relacionadas às necessidades imediatas apresentadas pelos usuários. Desta forma, a articulação nas ações e o planejamento são inexistentes, tendo em vista o conjunto dos profissionais.

3.3 SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

Em um panorama de mudanças no mundo do trabalho, as interferências quanto às condições de vida dos trabalhadores, determinando, sobretudo, a forma como vivem, adoecem e morrem vem causando fortes impactos nas profissões de um modo geral e principalmente para Serviço Social.

Como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social se depara com as exigências postas pelo processo de reestruturação

produtiva,⁴³ principalmente na saúde, onde encontra-se a maioria destes profissionais, sob um contexto de precarização do trabalho e de um Estado mínimo para a implementação das políticas sociais públicas.

Este cenário, não foge aos de vários outros municípios deste País. Assim sendo, a precarização das condições de trabalho existente no contexto hospitalar do município de Parintins, muitas vezes, impõem limites à intervenção do Assistente Social, conforme as assistentes sociais entrevistadas;

[...] não tem pessoas, e por isso, não fazemos um atendimento integral à pacientes, devido a falta de pessoal, falta de concursos públicos [...] [...] a falta de recursos humanos no momento é o grande desafio, para a realização de um trabalho efetivo [...] ; [...] Mais concurso público e melhores condições de trabalho [...] (Ass: Z.C.P).

[...] haver um trabalho realmente integrado, pois o profissional trabalha isolado. Só chamam o Serviço Social quando necessitam, principalmente para a resolução de problemas relacionados à instituição. Penso que o maior desafio está na integração dos profissionais de saúde. Como perspectiva, espera-se que o Serviço Social tenha um destaque maior no hospital, referente à integração de ações, juntamente com outros profissionais [...] (Ass:C.P.D).

Nestes hospitais de uma forma geral, o convívio com as precárias condições de trabalho é evidenciado, desde a estrutura física e técnica, incluindo a insalubridade de algumas atividades e ambientes, a organização fragmentada na prestação dos serviços aos usuários, até as condições salariais, em que obriga os profissionais, principalmente do setor de enfermagem, a cumprirem jornadas extensas de plantões, num enorme esforço de complementação salarial.

Nesta perspectiva, a prática profissional das assistente sociais apresenta fragilidades enfrentadas no dia a dia como: a precarização do trabalho; a intensificação do trabalho por vínculo duplo; a falta de uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa; a inexistência de um planejamento sistemático para as ações - individualizadas e imediatas; falta de comunicação com

⁴³ Sumariamente, os últimos anos do século passado, principalmente a partir dos idos dos anos setenta, o mundo passou a presenciar uma crise do sistema de produção capitalista. Após um período de acumulação, o período de glória do fordismo e do keynesianismo, nas décadas de 1950 e 1960 respectivamente deram sinais de esgotamento, observados por vários autores, como sendo procedente da tendência decrescente da taxa de lucro, do excesso de produção, da crise do Welfare State ou do Estado de Bem-Estar Social, da intensificação das lutas sociais (com greves, manifestações de rua) e pela crise do petróleo, sendo um fator de forte impulso neste processo. Neste cenário, emergem as mudanças marcadas pela inovação tecnológica, nas formas de organização e gestão do trabalho e pela descentralização da produção.

os demais profissionais; inexistência de projetos e grupos de trabalho; inexistência da relação continuada entre espaços de prática e universidade.

Nestes últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde. Pires⁴⁴ (1998, p.1), ao citar Mattoso afirma ser a precarização do trabalho, um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas.

Neste processo, para a maioria dos autores de Serviço Social, as condições de trabalho em que estão inscritos os assistentes sociais são indissociáveis da contra-reforma do Estado. Significa dizer, que a diminuição das funções do Estado, no qual sempre foi o principal empregador dos assistentes sociais reduz, consideravelmente as contratações na condição estável, através, principalmente de concursos públicos em todas as esferas, priorizando-se desta forma, as opções pelos contratos temporários, com desregulamentação e restrição dos direitos trabalhistas.

De acordo com as informações das assistentes sociais de ambos os hospitais do Município de Parintins, o último concurso público realizado, para preenchimento de 05 vagas para Serviço Social ocorreu nos idos dos anos de 2005, através da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas - SUSAM, sendo que 02 vagas foram disponibilizadas para o hospital I ficando o restante para o hospital II. O cerne da questão é que destas vagas, somente 01 assistente social encontra-se atuando no hospital II, pois o restante solicitaram suas transferências, para a Capital do Estado – Manaus, sem a devida permuta. Desta forma, atualmente, o quadro de Assistente Social nos hospitais deste município, encontra-se defasado.

É válido repetir, visto que já foi demonstrado em capítulos anteriores, que atualmente existe uma tendência do deslocamento das ações governamentais públicas (abrangência universal), no trato das necessidades sociais em favor de sua privatização, em que estabelece critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais (Universalização excludente na saúde). Desta forma, os serviços sociais são transferidos para outro segmentos da sociedade civil, afetando diretamente o espaço ocupacional de várias categorias profissionais e dentre eles,

⁴⁴ <http://epsjv.fiocruz.br>, acessado no dia 16/10/2013, às 12h10min.

os assistentes sociais.

Para tanto, destaca-se as observações de Raichellis (2011, p.8) neste contexto; [...] as consequências da contrarreforma estatal para o trabalho social são profundas, pois a terceirização desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais [...]. Para a autora, a terceirização desloca as relações entre a população, as formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; além disso, as ações desenvolvidas passam a ser subordinadas a prazos contratuais e aos recursos financeiros destinados para esse fim, implicando, portanto, nas discontinuidades, no rompimento de vínculos com usuários e no descrédito da população para com as ações públicas.

Em uma versão mais apurada, a terceirização no espaço público é uma estratégia usada pela contrarreforma, para desmobilizar as organizações políticas da classe trabalhadora.

Atualmente no cenário das discussões nacionais de saúde, percebe-se o afastamento da temática das reivindicações políticas e a descrença generalizada na própria força desta. [...] na realidade, a política de saúde se encontra nos assuntos de maior relevância das campanhas eleitorais, objetivada nas mais diferentes ideologias [...] (BERTONI; SARRETA, 2011, p.41). Ainda sob a luz de suas análises, a prática da saúde no dia a dia está pautada pelo descaso político, podendo ser verificado na falta de incentivo pelos baixos salários aos funcionários da saúde.

Como uma forma de resposta aos interesses da classe trabalhadora, o Ministério da Saúde (2006, p.5), criou um comitê Nacional de Desprecarização, no qual objetiva propor soluções, em que os Sindicatos, federações e confederações estão em vias de ampliação de debates acerca desta questão.

A intenção é lutar junto ao Ministério Público e Conselhos de Saúde do País para fazer valer a Constituição Cidadã de 88, no qual trata em seus capítulos sobre os direitos sociais e sobre o ingresso ao serviço público, exclusivamente através de concursos, consagrando desta forma, o SUS como um direito e dever do Estado.

Na literatura que trata esta temática, os Conselhos são considerados como espaços paritários em que a sociedade civil (50%) e os prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos discutem, elaboram e fiscalizam as políticas

sociais das diversas áreas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescência, idoso, entre outras. Sua base está fincada na participação social, na qual pauta-se na universalização dos direitos na nova compreensão do caráter do papel do estado.

Os Conselhos de Saúde, instituídos pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Dentre as afirmações de Yamamoto (2008, p.198), as autoras Behring e Boschetti informam, que no ano de 2006 foram contabilizados, a existência de 17 Conselhos Nacionais de política social, na qual se desdobram nos níveis estadual e municipais, na área de educação, saúde, trabalho, previdência social, assistência social, segurança alimentar, cidades, desenvolvimento rural ; por representações de segmentos sociais , como mulheres, crianças e adolescentes, idosos, negros, e Conselhos organizados por interesses temáticos, a exemplo de execuções penais, comunidades e questões penitenciárias. Ainda sob as afirmações desta autora, em uma Federação constituída de 26 estados e 5.563 municípios, o Governo Federal registra a existência de mais de 20 mil conselhos no País.

De acordo com pesquisa realizada no Município de Parintins, atualmente, uma assistente social é membro do Conselho Municipal de Saúde, entretanto, as discussões inclusas na pauta são referentes à questões relacionadas à gestão do SUS, denúncias dos usuários, prestação de contas da SEMSA, dentre outras.

Em uma das reflexões críticas apontadas por Bravo (2002) quanto à participação do Serviço Social nestes espaços, eles podem ser entendidos em uma dupla atuação; como representantes de instituições a que representa, ou como assessores de alguns segmentos, principalmente dos usuários. Porém, deve ser ressaltado, que o conteúdo de intervenção ídeo-político do Serviço Social nestes espaços ainda é desconhecido. O que existe na realidade são algumas ações que são apontadas como demandas pelo controle social na Saúde. Dentre estas, destaca-se; a incorporação da pesquisa acerca das potencialidades dos Conselhos

e da Política de extensão Universitária por meio da atividade de assessoria aos diversos sujeitos sociais, tornando público o conhecimento produzido; Capacitação dos representantes dos usuários para elaboração e fiscalização dos serviços e contas públicas, por meio de assessoria técnica e política cotidiana dos representantes da sociedade civil; Acompanhamento dos Conselhos, que sujeitos a golpes ficam à mercê da vontade política do poder público; Democratização das informações acerca das questões técnicas que atravessam o cotidiano dos Conselhos; Investimento nas informações sobre financiamento e orçamento da Saúde, entendidas como nós críticos, talvez por serem ainda consideradas áreas técnicas e pouco politizadas; Assessoria para a elaboração de planos municipais de Saúde.

Para esta autora, as produções científicas que tratam sobre o conteúdo do Serviço Social nestas instancias, e principalmente aos debates encontram-se principalmente nos espaços universitários, entre docentes e discentes e profissionais engajados sem projetos de pesquisa e extensão.

Sendo assim, os registros acerca dos autores que tratam da participação dos Assistentes Sociais neste espaço, com pensamentos à demandas e respostas dadas pelo Serviço Social aos Conselhos de Saúde são; Simionato e Nogueira, Soares & Dias, Vieira, Viana, Ribeiro, Rainha, Porto & Matos, Leal de Oliveira.

Na defesa do livre exercício profissional, também emerge a necessidade de fortalecer os espaços de debate como: conselhos gestores, conferências de serviços públicos, audiências populares, congressos e movimentos populares onde os assistentes sociais, gestores, trabalhadores e a população usuária discutem a efetividade dos serviços públicos.

Para tanto, evidencia-se neste processo a necessidade e a importância de constante aprimoramento intelectual dos assistentes sociais, pois a especificação do trabalho coletivo, a incidência do poder hegemônico sobre a atividade profissional, desafia a concretização dos valores e princípios defendidos pelo Serviço Social.

Entende-se que discutir a relação teoria e prática, não é uma proposta inusitada e nem conclusiva. Mas faz-se necessária, na medida em que, por meio da elucidação das contradições existentes no movimento da ação profissional crie possibilidades de influir sobre a atuação profissional.

Neste sentido, para Vasconcelos (2009, p.253) o rompimento com as práticas conservadoras está na definição clara e consciente das referências ético-políticas, na apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica, que colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade, enquanto expressão da totalidade social, gerando uma ação profissional consciente, crítica, criativa e politizante, na qual só pode ser entendida na relação teoria e prática.

Para Oliveira (2009, p.36), esta relação não parte apenas do conhecimento cognoscitivo. Inclui valores, crenças, experiências, especialmente humanizados. Para a autora, o conhecimento canaliza uma reorientação de novas práticas, no qual entende-se como atividades que transcendem um ativismo teórico e um imediatismo da ação.

Sob a luz desta autora, atualmente no Serviço Social, constata-se uma preocupação com a investigação enquanto elemento constitutivo da prática profissional e da produção do conhecimento. [...] É ilusão pensar que somente uma teoria, a marxista, mesmo com sua perspectiva transformadora, sua concepção de totalidade, possa firmar, em nossa área, a superação da fragmentação e, com ela, uma superação do conservadorismo [...].

Nesta perspectiva, Baptista citada por Oliveira (2008, p.36) considera que é através do movimento da ação, que o profissional elabora e constrói o próprio processo de situações que determinam as suas relações. Ou seja; é um exercício de conhecimentos dinâmicos acerca do objeto. [...] O objetivo existencial desse saber é democratizar e aprofundar a sabedoria prática ampliando a possibilidade de bem decidir [...].

Neste sentido, os conhecimentos que fundamentam a formação e a prática profissional devem conviver com outras abordagens analíticas, que independem da direção hegemônica na qual se pretenda imprimir ao Serviço Social.

Baseado nestas observações pode-se dizer, que atualmente, não cabem as ações individualizadas e imediatas em qualquer campo de atuação do Serviço Social. Torna-se necessário adequar a prática profissional aos conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, e esta adequação só se torna possível a medida que não seja compreendida enquanto uma cisão no interior da categoria, entre o profissional que pensa, do profissional que faz.

Cita-se como exemplo, a prática profissional no contexto de Parintins, em que a relação do Serviço Social nos hospitais, com os usuários e família, os demais profissionais, as Instituições de Saúde local, que demandam pela a procura das assistentes sociais, em cada ato profissional deveriam conter os saberes e, como resultado, o surgimento de proposições pautadas em perspectivas de totalidades e integralidade, reforçando a importância e o respeito do exercício profissional.

Segundo as análises de Martinelli (2011, p.498), em cada momento de prática desenvolvida pelos assistentes sociais, dentre eles, as determinações políticas, históricas, culturais, presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas devem estar pautadas sempre em valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, embasados pelo Projeto Ético Político profissional, pelo Código de ética, aprovado pela Resolução do CFESS n.273/93, com alterações posteriores e da Lei que regulamenta a profissão, (Lei n.8662, de 93).

Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional coletiva, competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social, como abordado em capítulos anteriores. Para tanto, as assistentes sociais neste contexto, devem mobilizar-se com mais compromisso e seriedade, na perspectiva da assistência integral à saúde da população usuária destes serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização deste processo investigativo, não significa conclusões ou certezas. Faz-se necessário ir muito além, estando atento a novas perguntas e inquietações, tornando-se possível o surgimento de outros caminhos, outras respostas e novos sujeitos, tendo em vista a temporalidade histórica da prática profissional sofrer profundas influências das conjunturas sociais (econômicas, políticas, teórico-científicas) vivenciadas pelos profissionais. [...] o seu presente está cotidianamente sendo criado e recriado com a construção e incorporação seletiva de saberes, a mobilização e recriação do passado e a produção e experimentação de novas abordagens [...] (BAPTISTA;BARTINNI, 2009, p.19).

Neste contexto, entende-se que, em se tratando de Brasil econômico político e social em um processo de transformações societárias, ocorridas, principalmente pela contradição inerente ao modo de produção capitalista nas suas diferentes formas de dominação com interferências na dinâmica da vida social, sucessivamente, vem solicitando dos projetos profissionais, respostas convincentes para atender à demandas sociais, pelas marcas deixadas por este sistema. E, em meio a este processo, o Serviço Social vem se desenvolvendo, (re) significando suas bases teórico-metodológicas e formas de intervenção profissional, iniciadas desde o seu caráter moral conservador até a criticidade nas leituras sobre a realidade social tendo como propósito nesta última, o rompimento com as formas capitalistas de pensar e de agir. Neste sentido, os desafios postos para a profissão na atualidade, visto as novas configurações e manifestações das transformações societárias, especialmente a partir dos anos 1990, momento em que se presencia com mais clareza as forças da crise de acumulação, da contrarreforma do Estado e da efetivação das políticas neoliberais, requer do Serviço Social, novas formas de atuação, com propostas criativas e inovadoras, que sejam capazes de concretizar direitos sociais da população usuária de seus serviços, para a efetivação do seu projeto profissional.

Para tanto faz-se necessário, um sujeito qualificado, capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, competente, dispendo de um arsenal teórico-metodológico conciso, com vistas à proposições em defesa de projetos coletivos, que ampliem os direitos das classes subalternas, o campo de prática, sua

autonomia técnica, suas atribuições e prerrogativas profissionais. Desta forma cabe aos assistentes sociais, principalmente do campo da saúde, encaminharem suas ações em direção à política social indo de encontro aos ideais da reforma sanitária e do projeto profissional em construção.

A intenção deste estudo foi reunir substratos no qual permitem uma posterior discussão acerca da prática profissional do Serviço Social no campo da saúde, em especial nos hospitais do Município de Parintins, atentando-se para a interdisciplinaridade no contexto de práticas coletivas neste campo, como forma de delinear o SUS na sua integral assistência em saúde.

Diante do que foi pesquisado em ambos os hospitais deste Município, acredita-se que a quantidade de atendimentos individualizados nos plantões e sobre avisos, inviabiliza a qualidade dos serviços ofertados à população usuária, transformando-se em ações acríicas, sem reflexões de cunho coletivo por ser o plantão, considerado como sendo um espaço para atendimentos emergenciais das demandas no âmbito institucional. E mediante o processo, fica claro o desenvolver de uma prática conservadora neste campo de atuação.

Como visto anteriormente neste trabalho, a atuação do Assistente Social neste campo vai além do sofrimento físico e psíquico do usuário internado. Ou seja, está além dos plantões e encaminhamentos. Sendo assim, este profissional deverá seguir em suas atuações, uma pauta compatível com os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas.

Diante do contexto é necessário, porém ter a interdisciplinaridade como orientação das ações desenvolvidas, tanto pelo assistente social, quanto pelos demais profissionais, pelo fato de permitir intervir na realidade, diferentes campos de conhecimentos articulados, contendo o mesmo objetivo.

No caso dos dois hospitais estudados, os atendimentos deveriam ser realizados de forma estruturadas, organizadas e planejadas, através de uma rede de serviços sociais, com qualidade na resolutividade das demandas desde o primeiro nível de atenção à saúde. É desta forma, portanto, que o assistente social inserido em uma equipe interdisciplinar na saúde, identifica as necessidades dos usuários, as condições sociais numa perspectiva de totalidade, articulando-se junto

à equipe os aspectos sociais relevantes e primordiais em saúde, com propostas para além das requisições Institucionais, consideradas como sendo burocratizantes, destituídas de interpretações teórico-metodológica. Assim sendo, cabe ao assistente social imprimir através de suas ações, os saberes acumulados, imprimindo um direcionamento ético-político, como resposta aos desafios atuais postos neste campo. Neste caminho, atenta-se para as constantes e incessantes capacitações para projetar as suas ações, à análises crítico-analítica da realidade apresentada. Ou seja, deve-se incorporar novos conhecimentos, para direcionar as novas requisições neste campo, em direção ao projeto da reforma sanitária e ético político. Por que estes dois projetos? Por que é através deles, que mensura-se a qualidade das respostas dadas à população usuária destes serviços.

Dentre as formas de contribuição sobre as ações destes profissionais neste campo aponta-se para a participação nos movimentos sociais, nos Conselhos de Saúde, na interação com outros profissionais da atenção básica, das clínicas, das instituições privadas, a formação de parcerias com a Universidade Federal do Amazonas – PIN, para reflexões, oficinas e grupos de estudos, bem como incentivar aos demais profissionais, a realização de Pesquisas, participação em Congressos e Conferências.

Nesta perspectiva sabe-se que não existem fórmulas prontas na construção do projeto democrático de saúde e que por sua vez, a sua defesa não deve ser pertencente apenas a uma categoria profissional. Como dito anteriormente, os assistentes sociais estão desafiados a encarar os obstáculos postos quanto a defesa da democracia, das políticas públicas, articulando-se com outras categorias que partilham destes princípios.

Portanto, pensar em um estudo que aborde a prática profissional do Serviço Social no campo da saúde, mesmo nos locais mais longínquos que possa parecer, sempre existirá novas propostas e novos desafios, visto que não se esgotam as discussões, pois o intervir nas construções puxam outros vários fios, no qual darão origem a outras alternativas.

REFERENCIAS

ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico). *Ciências Sociais e Biológicas no curso médico: Enfoque interdisciplinar*. Série de documentos da ABEM. n.12. 1989 OPAS – 1989.

ABESS/CEDEPSS (Doc.) *Diretrizes gerais para o curso de serviço social. Formação profissional: trajetórias e desafios*. Cadernos ABESS nº 7. São Paulo: Cortez, p. 58, 1997.

ABRAMIDES, M. B. Costa. *Desafios do Projeto profissional de ruptura com o conservadorismo*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 91, set. de 2007.

ALVES, Paulo César; RABELO, Mirian Cristina (org.). *Antropologa da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Editora: Relume Dumará , 248 pp. 1998.

ABREU, Marina Maciel. *Serviço Social e a Organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. 2. ed. São Paulo. Editora: Cortez 2008.

BAPTISTA. Myrian Veras; BATTINI Odária. *A prática profissional do assistente sócia: teoria, ação, construção de conhecimento*. v.I – São Paulo: Veras editora, 2009.

BATISTELLA, Carlos. *Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Disponível em: <www.fiocruz.br> Acessado em: 05 de abril de 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Política de Saúde no Brasil*. In: MOTA, Ana Elizabeth...[et al.],(orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasilia DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar*. Série II – Projetos, Programas e Relatórios, Brasilia 2001.

_____. *Assistência de Média e Alta complexidade no SUS*. Coleção progestores: Para entender a Gestão do SUS. Brasília 2007.

_____. *Programa Nacional de desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas e Respostas*- Brasilia 2006.

_____. *Política Nacional de Promoção à Saúde*. Brasília 2009.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. *As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução históricas e perspectivas atuais*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3>>. Acesso em: 5 de agosto de 2013.

BLINDER, Ary. *O financiamento da saúde pública no Brasil*. Ed. 382 de 23 de julho a 5 de agosto de 2009. Disponível em: <www.pstu.org.br/jornal.materia>. Acesso em: 23 de julho de 2011.

BENAION, Noval. *A subordinação reiterada: Imperialismo e Subdesenvolvimento no Brasil*. Editora: Univesidade Federal do Amapá, 2006.

BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do pensamento Marxista*, editores: Laurence Harris, V.G Kiernan, Ralph Miliband, co-editores, Rio de Janeiro: Jorge Zahar 2001.

BONFIM, Regina, Lúcia Dodds. *Formulação de Políticas e Planejamento*. In: GONDIM, Roberta (org.). *Qualificação e Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ; EAD/ensp, 2011.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos. *Reflexões sobre Instrumentais em Serviço Social: Observação sensível, Entrevista, Relatório, Visitas e teorias de Base no processo de intervenção Social* – São Paulo: Editora: LCTE, 2008.

CARVALHO, Sergio Resende. *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* n.3 v.9, pg. 669-678 – São Paulo, 2004.

CARVALHO, Raul; IAMAMOTO, Marilda Villela. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 20. ed. São Paulo, Editora: Cortez, 2007.

_____. *Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS – *Parametros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde* – Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas de saúde, Brasília 2009.

COSTA, Rosemary Pereira. *Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções*. In: *Revista Mental* v.5 n.8 Barbacena, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

CRUZ, Marly Marques. *Concepção de Saúde-doença e cuidado em saúde*. In: GONDIN, Roberta (org). *Qualificação de gestores do SUS*. 2 ed Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

ELY, Fabiana Regina. *Serviço Social e Interdisciplinaridade*. In: *Revista Katályis* v.6.

n. 1 jan/jun. Florianópolis-SC pp.113-117, 2003.

ESCOREL, Sarah. *Saúde: Uma questão nacional*. In: FLEURY Teixeira (org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. 4.ed. – São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber profissional e Poder institucional*. 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

FAZENDA, Ivani. *Interdisciplinaridade : História, teoria e pesquisa*. 4. ed. Campinas: Papirus,1999.

FLEURY, Sônia Teixeira. *Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária*. In: FLEURY Teixeira (org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. 4.ed. – São Paulo: Cortez:Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2011.

FINKELMAN, Jacobo (org.) *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social* – 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Otávio. *A questão social*. In : São Paulo em Perspectiva. São Paulo: v. 5, 1991.

KOIKE, Maria Marieta. *Formação Profissional em Serviço Social: exigências atuais*. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais, - Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. v.1 760 p.

KRUGER, Tania Regina. *Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS*. In: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, v.IX, n.10, Dez. 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *O ensino teórico-prático do serviço social: demandas e alternativas*. In: Rev. Serviço Social & Sociedade. (São Paulo) nº 44, p.61-76, 1994.

_____. *O Exercício profissional do Assistente Social na área da saúde : Algumas reflexões éticas*. In: Ver. Serviço Social & Sociedade n. 107 - São Paulo ,Jul /Set. 2011.

MENDES, Vilaça Eugenio. *O sistema único de saúde: um processo social em construção*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Servio Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. 9. ed.- São Paulo: Cortez, 2006.

_____. *Transformações societárias e Serviço Social* – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil, In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 50 – ANO XVII – Abril 1996 – Editora: Cortez - São Paulo – SP.

_____. *A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social*. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. MOTA, Ana Elizabete (orgs.). 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NOGUEIRA; Marines Gil. et al. *Política de Saúde e Sustentabilidade Sócioambiental: Gestão social frente á relação Sociedade e Natureza*. In: Revista Sociedade em debate n.18 v.2. pp.41-53- jul-dez.2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro ; MIOTO, Regina Célia Tamaso. *Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais*. In : MOTA, Ana Elizabete...[et al.], (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional* 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. *Ciências Sociais em Saúde no Brasil: notas para a sua história*. In: Ver. Educ. Med Salud, v.21.n.2, 1987.

_____. *As ciências Sociais em Saúde: Reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/saucoc>>. Acesso em: 9 de maio de 2013.

OLIVEIRA, Simone Baçal de. *Conhecimento e Prática Profissional : o saber fazer dos assistentes sociais em Manaus*: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2009.

PAIM , Jairnilson; FILHO, Naomar de Almeida. *Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?* In: Revista Saúde Pública v.32.n.4, pp.299-316. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - Salvador, 1998.

PEREIRA, Potyara A.P. *Política Social temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2009.

PIANA.M.C. *A construção do perfil do Assistente Social no cenário educacional* [online] São Paulo: Editora UNESP, CULTURA ACADEMICA, pp. 233, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acessado no dia 19 de junho de 2013.

QUINELLATO, Luciano Vasconcelos. *A Diretriz de Hierarquização do SUS: Mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista*. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/beatstream/handle/10438/4213/Luciano%quinellato>>. Acesso em : 10 de dezembro de 2013.

RAICHELIS, Raquel. *O assistente social como trabalhador assalariado: desafios*

frente às violações de seus direitos. In : *Rev. Serviço Social e Sociedade* n. 107 - São Paulo July/Sept. 2011.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. trad. SCHILLING Cláudia. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda, 1998.

SARRETA, Fernanda Oliveira de; BERTANI, Iris Fenner. *A construção do SUS e a participação do Assistente Social* In: *Revista Serviço Social & Saúde* . UNICAMP Campinas. v. X n.11, jul.2011.

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde – Parintins – Amazonas: *Relatório Anual de Gestão 2010*.

SCHERER, Magda dos Anjos et al. *Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas*. In: *Rev. Interface – Comunicação, Saúde, educação*. V.9.n.16 pp.53-66. Set 2004/fev.2005.

SÍCOLI, J.L; NASCIMENTO, P.R. *Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização*. In: *Revista Interface (Botucatu)*. n.7.v.12, p.p 101-122, 2003.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira. *A formação profissional do assistente social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão*. 2. ed. , São Paulo: Cortez, 1995. 128

_____. *O Serviço Social e o popular*. Resgate teórico-metodológico do projeto profissional de rupturam. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SIMIONATTO, Ivete. *Caminhos e Descaminhos da política de saúde no Brasil*. In *Revista Inscrita- Conselho Federal de Serviço Social – Ano 1 – nº 1*. Novembro de 1997.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br>>. Acesso em 10 de junho de 2013.

_____. *Saúde da Família, promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção no SUS*. [online] Salvador: ed. EDUFBA, 2006 p. Saladeaula series nº 3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso: 05 de agosto de 2013.

TELES, Vera da Silva. *Questão Social: afinal do que se trata?* In: *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

THIESEN, Juarez da Silva. *A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem*. In: *Rev. Bras. Educ.* vol.13. n.39, pp. 545-554. 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria. *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*. In : MOTA, Ana Elizabete...[et al.], (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional* 4. ed – São Paulo : Cortez; Brasília, 2009.

WANDERLEY, L.E.W.A. *Questão Social no contexto da Globalização: O caso latino-americano e caribenho*. In: M.B.Wanderley, L. Bógus & YAZBEK Maria Carmelita (orgs.) *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: EDUC, pp.140-160, 1997.

YAZBEK, Maria Carmelita; MARTINELLI, Maria Lúcia e RAICHELIS, Raquel. *O Serviço Social e Movimento: a profissão na defesa dos direitos*. In: *Serviço Social e Sociedade* n. 95. São Paulo. Cortez Editora. 2008.

APÊNDICE

APENDICE A - Roteiro de entrevista

Aspectos relacionados à prática profissional na Instituição (Assistente Social)

- I. Você desenvolve outras atividades além de Assistente Social? Qual?
- II. Durante suas atividades, você sofreu algum tipo de assédio moral na Instituição?
- III. Qual o tipo de atuação do serviço social na sua Instituição?
- IV. Qual a sua concepção sobre o serviço social na saúde?
- V. Quais as atribuições do assistente social nesta Instituição?
- VI. As atividades do serviço social são avaliadas, refletidas pelos assistentes sociais e ou demais profissionais na Instituição?
- VII. Qual a relação do serviço social com a equipe de saúde nesta Instituição?
- VIII. Como você avalia a atuação do serviço social na Unidade de Saúde frente a outras profissões na Instituição?
- IX. Existe algum grupo de trabalho na Instituição, na qual o serviço social participa?
- X. Quais os planos, programas e projetos existentes na Instituição que envolvem o Serviço Social e de que forma?
- XI. O que você entende por interdisciplinaridade?
- XII. No seu ponto de vista, quais as vantagens desta perspectiva de prática na saúde?
- XIII. Existe alguma perspectiva de prática interdisciplinar na Instituição?
- XVX. O Serviço Social desenvolve uma prática com perspectiva interdisciplinar?
- XV. Qual a contribuição do serviço social quanto aos princípios do SUS?
- XVI. Como é construído o instrumental técnico-operativo de o seu fazer profissional na instituição? Quem participa?
- XVII. Você poderia citar algum instrumento técnico utilizado no seu fazer, e como é feito?
- XVIII. Quais os principais desafios postos a profissão no campo de sua atuação? Quais as suas perspectivas enquanto profissional?

Aspectos relacionados à prática profissional na Instituição- Médico(a)

- I. Quais as suas atribuições?
- II. Quais os planos de ação com o Serviço Social e outros profissionais?
- III. Qual a atuação do médico nos programas e projetos institucionais?
- IV. O que você entende por interdisciplinaridade
- V. No seu ponto de vista, quais as vantagens desta perspectiva de prática na saúde?
- VI. Existe alguma perspectiva interdisciplinar na Instituição? Algum projeto?
- VII. Qual o tipo de atuação do serviço social na sua Instituição?
- VIII. Qual a sua concepção sobre o serviço social na saúde?
- IX. As atividades do médico são avaliadas pelos profissionais na Instituição?
- X. Qual a relação do médico com o serviço social nesta Instituição?
- XI. Como você avalia a atuação do médico frente a outras profissões na Instituição?
- XII. Existe algum grupo de trabalho na Instituição, na qual o médico participa?
- XIII. Você poderia situar os desafios e as perspectivas de sua atuação profissional dentro do Hospital?

Aspectos relacionados à prática profissional na Instituição - Enfermeiro (a)

- I. Quais as suas atribuições?
- II. Quais os planos de ação com o Serviço Social e outros profissionais?
- III. Qual a atuação do enfermeiro nos programas e projetos institucionais?
- IV. O que você entende por interdisciplinaridade
- V. No seu ponto de vista, quais as vantagens desta perspectiva de prática na saúde?
- VI. Existe alguma perspectiva interdisciplinar na Instituição? Algum projeto?
- VII. Qual o tipo de atuação do serviço social na sua Instituição?
- VIII. Qual a sua concepção sobre o serviço social na saúde?
- IX. As atividades do serviço social são avaliadas pelos profissionais na Instituição?
- X. Qual a relação da enfermagem com o serviço social nesta Instituição?
- XI. Como você avalia a atuação do serviço social na Unidade de Saúde frente a outras profissões na Instituição?

- XII. Existe algum grupo de trabalho na Instituição, na qual a enfermagem participa?
- XIII. Você poderia situar os desafios e as perspectivas de sua atuação profissional dentro do Hospital?

Aspectos relacionados à prática profissional na Instituição (Fisioterapeuta)

- I. Quais as suas atribuições?
- II. Quais os planos de ação com o Serviço Social e outros profissionais?
- III. Qual a atuação do fisioterapeuta nos programas e projetos institucionais?
- IV. O que você entende por interdisciplinaridade
- V. No seu ponto de vista, quais as vantagens desta perspectiva de prática na saúde?
- VI. Existe alguma perspectiva interdisciplinar na Instituição? Algum projeto?
- VII. Qual o tipo de atuação do fisioterapeuta na Instituição?
- VIII. Qual a sua concepção sobre o serviço social na saúde?
- IX. As atividades do fisioterapeuta são avaliadas pelos profissionais na Instituição?
- X. Qual a relação da fisioterapia com o serviço social nesta Instituição?
- XI. Como você avalia a atuação do serviço social na Unidade de Saúde frente a outras profissões na Instituição?
- XII. Existe algum grupo de trabalho na Instituição, na qual a fisioterapia participa?
- XIII. Você poderia situar os desafios e as perspectivas de sua atuação profissional dentro do Hospital?

7. Aspectos relacionados à prática profissional na Instituição (Psicólogo)

- I. Quais as suas atribuições?
- II. Quais os planos de ação com o Serviço Social e outros profissionais?
- III. Qual a atuação do Psicólogo nos programas e projetos institucionais?
- IV. O que você entende por interdisciplinaridade
- V. No seu ponto de vista, quais as vantagens desta perspectiva de prática na saúde?
- VI. Existe alguma perspectiva interdisciplinar na Instituição? Algum projeto?
- VII. Qual o tipo de atuação do Psicólogo na Instituição?

- VIII. Qual a sua concepção sobre o serviço social na saúde?
- IX. As atividades do Psicólogo são avaliadas pelos profissionais na Instituição?
- X. Qual a relação da Psicologia com o serviço social nesta Instituição?
- XI. Como você avalia a atuação do serviço social na Unidade de Saúde frente a outras profissões na Instituição?
- XII. Existe algum grupo de trabalho na Instituição, na qual o Psicólogo participa?
- XIII. Você poderia situar os desafios e as perspectivas de sua atuação profissional dentro do Hospital?

APENDICE B – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIMENTO

Investigadora: LIA AUXILIADORA SOARES DO ROSÁRIO

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade (PPGSS)

Tema: A Prática Profissional do Serviço Social nos hospitais de Parintins: um estudo sobre os desafios e perspectivas interdisciplinares.

Descrição e Objetivos do Estudo:

Esta pesquisa acadêmica pretende fazer um estudo sobre os desafios e perspectivas interdisciplinidades da Prática Profissional do serviço Social nos hospitais do município de Parintins.

Caso você concorde em colaborar com esta pesquisa, após devidamente esclarecido (a) sobre o conteúdo desse termo, deverá consentir sua participação assinando este documento, que permitirá a pesquisadora utilizar os instrumentos de sua pesquisa para coletar dados, que deverão ser analisados e divulgados, sem que você ou qualquer informação que dado, seja identificada.

Participação voluntária:

Eu, responsável pelo atendimento psicológico _____
Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, me sentindo livre para interrompê-la a qualquer momento, sendo que possuo o direito de manter uma cópia assinada deste documento, E caso me recuse a participar desse trabalho, não haverá qualquer tipo de mal entendimento entre a pesquisadora deste estudo, ou dos gestores das instituições pesquisadoras.

Participante da pesquisa Parintins ____/____/____

Acadêmica responsável Parintins ____/____/____

Profissional supervisor
Contato Parintins ____/____/____

APENDICE C – Termo de Anuência

TERMO DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora mestranda Lia Auxiliadora Soares do Rosário membro da equipe de pesquisa pertencente à Universidade Federal do Amazonas – UFAM, a desenvolver sua pesquisa intitulada “A Prática Profissional do Serviço Social nos hospitais de Parintins: um estudo sobre os desafios e perspectivas interdisciplinares” sob a orientação da Professora Simone Eneida Baçal de Oliveira.

Ciente dos objetivos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer doso os subsídios para seu desenvolvimnto, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimento antes, durante e depois do desenvolvimnto da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição, que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qual quer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-setar dos sejeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Parintins, _____ de _____ de _____

Nome do responsável institucional ou setorial
Cargo Responsável pelo consentimento
Carimbo com identificação ou CNPJ

Observação: Se este termo for elaborado pela própria instituição em papel timbrado será o ideal, caso contrário, solicitar, além da assinatura e carimbo do responsável institucional, carimbo com CNPJ da mesma.