

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

PAOLLA STEFENON

**IDENTIDADE PROFISSIONAL EM DEBATE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE
SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO HOSPITALAR**

PORTO ALEGRE

2018

PAOLLA STEFENON

**IDENTIDADE PROFISSIONAL EM DEBATE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE
SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias.

PORTO ALEGRE

2018

PAOLLA STEFENON

**IDENTIDADE PROFISSIONAL EM DEBATE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE
SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 22 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso disserta sobre a atuação do assistente social em equipe multiprofissional no âmbito hospitalar, propondo uma reflexão acerca da identidade profissional nesta área de atuação. Os resultados deste estudo originam-se de revisão bibliográfica sobre a temática e da experiência de estágio curricular obrigatório realizado pela acadêmica no Serviço de Social em um hospital escola do Estado do Rio Grande do Sul. Durante o processo de estágio, a acadêmica atendeu e acompanhou usuários adultos internados na unidade de cuidados prolongados do Sistema Único de Saúde (SUS) da internação hospitalar. O trabalho inicia com a seguridade social e a saúde enquanto política pública brasileira e, na sequência, aborda o serviço social inserido neste campo. Posteriormente, o trabalho trará uma reflexão acerca da identidade profissional da/o assistente social em equipes hospitalares, problematizando as concepções de identidade profissional, expondo sobre a produção acadêmica acerca da atuação do assistente social na alta complexidade da saúde, apresenta as contribuições deste profissional em equipes desta área e, por fim, pondera os limites e desafios da categoria na atuação multidisciplinar.

Palavras-chave: Serviço Social e Saúde. Identidade Profissional do Assistente Social. Equipe Multiprofissional. Âmbito Hospitalar.

RESUMEN

El presente trabajo de conclusión de curso diserta sobre la actuación del asistente social en equipo multiprofesional en el ámbito hospitalario, proponiendo una reflexión acerca de la identidad profesional en esta área de actuación. Los resultados de este estudio son oriundos de revisión bibliográfica sobre la temática y de la práctica curricular obligatoria realizado por la académica en el Trabajo de Social de un hospital escuela del Estado de Rio Grande do Sul. Durante el proceso de práctica, la académica realizó atención y acompañamiento a usuarios adultos internados en la unidad de cuidados prolongados del Sistema Único de Salud (SUS) de la hospitalización. El trabajo comienza con la seguridad social y la salud como una política pública brasileña y, a continuación, aborda el trabajo social insertado en este campo. Posteriormente, el trabajo reflexionará sobre la identidad profesional del trabajador social en equipos hospitalarios, problematizando las concepciones de identidad profesional, exponiendo sobre la producción académica acerca de la actuación del trabajador social en la alta complejidad de la salud, presenta las contribuciones de este profesional en equipos de esta área y, por último, reflexiona sobre los límites y desafíos de la categoría en la actuación multidisciplinaria.

Palabras clave: Servicio Social y Salud. Identidad Profesional del Asistente Social. Equipo multiprofesional. Ámbito Hospitalario.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese Gráfica dos Resultados a partir da Revisão Bibliográfica.....	47
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação de Artigos Relacionados ao Tema por Periódico Científico (2014-2018).....	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica
APS: Agência da Previdência Social
APS: Atenção Primária da Saúde
CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CF: Constituição Federal
CFESS: Conselho Federal de Serviço Social
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
DSS: Determinantes Sociais de Saúde
ESF: Estratégia de Saúde da Família
EUA: Estados Unidos da América
GM: Gabinete do Ministro
IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
INSS: Instituto Nacional do Seguro Social
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
PEP: Projeto Ético Político
PNH: Política Nacional de Humanização
PNHOSP: Política Nacional de Atenção Hospitalar
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS: Sistema Único de Saúde
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências
TCC: Trabalho de Conclusão de Curso
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA: Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	12
2.1 A Seguridade Social e a Saúde	12
2.2 O Serviço Social Na Saúde.....	24
3 IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES DE SAÚDE HOSPITALARES	31
3.1 Concepções de Identidade Profissional do Assistente Social.....	31
3.2 Identidade profissional na produção acadêmica sobre a atuação do assistente social âmbito hospitalar	34
3.3 Reflexões da atuação do assistente social em equipes multidisciplinares no âmbito hospitalar	41
3.4 Limites e desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar.....	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

Enquanto materialização do conhecimento e das vivências acadêmicas adquiridas ao longo da graduação, o TCC do Curso de Serviço Social da UFRGS tem como propósito caracterizar a experiência do estágio obrigatório em Serviço Social enquanto a realização de um momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional. Deste modo, o TCC se propõe a sistematizar o conhecimento resultante desse processo investigativo, alicerçado na indagação teórica, gerada a partir do estágio curricular obrigatório no decorrer do curso, tendo como produto uma monografia (UFRGS, 2017).

O interesse pelo tema se iniciou na vivência acadêmica em estágio curricular obrigatório em serviço social em um hospital escola de referência no estado. A partir do conhecimento e compreensão do território e do campo de estágio, por meio do processo de análise sócio institucional na qual a acadêmica caracterizou a população usuária atendida, as expressões da questão social, analisou, articulou e fez inferências quanto a política social específica e identificou os demais elementos constitutivos dos processos de trabalho nos quais se insere o assistente social nesse espaço. Em seguida, a acadêmica materializou um projeto de intervenção que propôs espaços de orientações para os usuários e seus familiares cuidadores na unidade de cuidados prolongados do referido hospital, que teve a perspectiva de contribuir para a autonomia dos usuários e dos seus familiares cuidadores para o acesso a unidade e serviços de referência do seu território.

Com base nessa experiência surgiu o interesse de compreender a identidade profissional do assistente social ante a equipe multiprofissional¹ no âmbito hospitalar. Destaca-se ainda a vivência e a relevância do estágio curricular obrigatório no trajeto profissional e acadêmico da estudante, já que tal experiência é crucial na formação profissional, a partir da compreensão dos desafios do Serviço Social atualmente, principalmente na sua atuação em equipes da área da saúde e como ela se apresenta na realidade concreta.

A atuação² do assistente social no âmbito hospitalar requisita a multidisciplinariedade³ em equipe para atender as necessidades das demandas dos usuários internados. A articulação

¹ A atuação multiprofissional “[...] consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos. [...] o objeto, no modelo multiprofissional é resultante de uma soma de “olhares” e métodos provenientes de diferentes disciplinas ou práticas, quer normativas ou discursivas, colocadas pelos profissionais (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012, p. 33)”.

² O projeto de TCC elaborado em 2018/1 previa a pesquisa bibliográfica acerca do trabalho do assistente social em equipes multidisciplinares na alta complexidade em saúde. Devido à urgência de colação de grau da acadêmica, em virtude de aprovação em concurso e iminente nomeação, optou-se por alterar a metodologia deste

com os outros profissionais é fundamental para a atuação desse profissional, a partir da perspectiva da integralidade de atendimento ao usuário. Neste contexto, o tema da identidade profissional do assistente social tem sido bastante problematizado ao longo dos anos, pois através da reflexão individual e coletiva acerca da finalidade das suas práticas a profissão pode transformar-se inaugurando novas formas de intervir sobre a realidade.

Para alcançar estes resultados, o presente trabalho pretende compreender a identidade profissional do assistente social em equipes de saúde hospitalares, a partir da revisão bibliográfica em produções científicas, em periódicos Qualis A e B da área de Serviço Social. Após a revisão bibliográfica, pretende-se interpretar os limites e os desafios da profissão neste espaço sócio ocupacional, articulando com reflexões a partir dos apontamentos trazidos pela revisão dos artigos e as análises realizadas no processo de ensino aprendizagem vivenciado no estágio obrigatório no curso de serviço social.

Considera-se relevante estudar teoricamente este assunto por considerar o tema importante para o fortalecimento da categoria dos assistentes sociais, pois nos espaços sócio-ocupacionais, percebe-se dificuldades da parte de alguns profissionais de saúde e usuários em compreender as demandas para a intervenção do Serviço Social.

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS) a atuação do assistente social se realiza, de forma majoritária, no âmbito hospitalar, visto que, embora haja mais unidades de saúde, na Atenção Primária em Saúde não é preconizada a atuação desse profissional. A rede de atendimento da alta complexidade, tanto a hospitalar quanto a de urgência e emergência, devido ao seu funcionamento para atendimentos imediatos, necessita do assistente social na intervenção em demandas sociais que impeçam a alta do paciente e reinternação neste serviço de saúde.

A intenção de se conhecer a produção sobre a identidade profissional do assistente social em equipes no âmbito hospitalar é para a identificação e compreensão das contribuições da atuação do/a assistente social nessas equipes, e verificação dos limites, os desafios atuais da categoria e as perspectivas da profissão na atuação interprofissional. Para tanto, pretende-se conhecer os significados e os conceitos da categoria identidade profissional na produção sobre o exercício do assistente social no âmbito hospitalar, identificando as contribuições

TCC para revisão bibliográfica e considerar a **atuação** do assistente social neste espaço e não a categoria do **trabalho** profissional.

³ Multidisciplinariedade “constitui a justaposição de disciplinas, cada uma com suas teorias e metodologias próprias [...]. Frequentemente, pessoas de múltiplas áreas são chamadas para dissertar sobre um tema e [...] se obtém uma visão do mesmo sob diversas perspectivas” (MINAYO, 2010, p. 436). Na atuação do assistente social na saúde, a importância da multidisciplinariedade está na compreensão da indivisibilidade do sujeito a partir da perspectiva de integralidade do mesmo.

deste profissional neste âmbito. E interpretar os limites e os desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar.

Com este trabalho espera-se que se evidenciem as contradições intrínsecas no cotidiano profissional para o reconhecimento da identidade profissional, principalmente em face da atuação em equipes multiprofissionais na saúde. Igualmente, também se almeja compreender as relações de poder exercidas entre as categorias profissionais e o grau de subalternidade dentre elas. Do mesmo modo, propõe-se que este trabalho de conclusão de curso intencione a ampliação do conhecimento sobre o assunto, tema deste trabalho, articulando-o com o conjunto da sociedade e com o Serviço Social sob a perspectiva teórica crítica da profissão.

O trabalho divide-se em dois capítulos, sendo que o primeiro pautará sobre a saúde enquanto seguridade social, a partir da sua constituição histórica no mundo e no Brasil, a saúde na seguridade social após a constituição de 1988, a alta complexidade em saúde. Ainda nesta primeira parte, também se abordará sobre o Serviço Social na saúde, levantando o resgate histórico do serviço social brasileiro na saúde e o serviço social no campo da saúde na atualidade.

O segundo capítulo fará a articulação entre os achados da revisão bibliográfica e as produções de estágio obrigatório no que tange a identidade profissional do assistente social em equipes de saúde hospitalares. Neste último eixo, com o intuito de responder aos objetivos iniciais do TCC, serão apresentados quatro tópicos: as concepções de identidade do assistente social, a identidade profissional na produção acadêmica sobre a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, as reflexões sobre as contribuições deste profissional em equipes multidisciplinares no âmbito hospitalar e a interpretação dos limites e os desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar. No final, há as considerações finais com as ponderações da acadêmica acerca do processo de elaboração deste TCC e com o fechamento de cinco anos de formação acadêmica no Curso de Serviço Social da UFRGS.

2 A SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Antes de discorrer acerca da identidade profissional no âmbito hospitalar é necessário fazer um breve levantamento sobre a história da seguridade social no mundo e no Brasil e como o sistema de saúde brasileiro é estruturado atualmente. Da mesma forma, se faz uma retrospectiva histórica da atuação do assistente social em equipes multidisciplinares para que se possam entender as razões sócio históricas que influenciaram a identidade profissional do Serviço Social nos dias atuais.

2.1 A Seguridade Social e a Saúde

Salienta-se que a saúde é uma política social e que para situá-la é necessário trazer a diferença entre a política de Estado e a política de governo. Na primeira os direitos sociais se encontram normatizados em bases legais, a partir de leis, estatutos, políticas nacionais, normativas e normas que, independente do partido político que administra o poder público no momento, é dever do Estado materializar as políticas públicas garantidas em sua base legal enquanto direitos sociais. Fundamentando-se no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado:

[...] o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma **Política de Estado**, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado (TEIXEIRA, 2011, p. 1, grifo do autor).

Já as políticas de governo são as políticas públicas que se caracterizam de acordo com o partido político que administra o poder público em um determinado momento, ou seja, com a alteração de partido político, as políticas públicas de governo, que estavam sendo materializadas, podem se extinguir, caso não estejam garantidas em normas legais. A partir destes conceitos, a saúde é considerada uma política de proteção social, que juntamente com a assistência e a previdência, “[...] são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e

valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato” (MATOS, 2009, p.40).

É nesse contexto que há o tensionamento constante do Serviço Social para a alteração da correlação de forças com vistas a garantir o acesso dos usuários aos programas tanto os de Estado quanto os de governo. Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

[...] facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária [...] (CFESS, 2010, p. 30).

Por esta razão, conceitua-se a política social enquanto uma ação do Estado, gerida por governos, para atender às demandas e necessidades coletivas da população visando à coesão social e à melhoria das condições de vida dos sujeitos de direito (PEREIRA, 2008). As políticas são divididas em setores, como saúde, educação, assistência social, previdência social, habitação, dentre outras. Embora todas as políticas sejam contributivas já que elas são financiadas por recursos oriundos de impostos por consumo, há políticas que tem como caráter um “seguro social” e seu acesso é condicionado a uma contribuição sistemática e contínua do beneficiário. No início do século passado, até a publicação da Constituição Federal de 1988, a saúde também se configurava enquanto um direito da lógica do seguro social, sendo acessada, naquele período, apenas por aqueles que a ela contribuía (BOSCHETTI, 2009).

Conforme articula a professora Boschetti (2017), para além de uma ação do Estado, a política social é um processo altamente contraditório na medida em que ela destrói a natureza de direitos dos usuários por se caracterizar enquanto um meio que está a serviço e a mercê da manutenção do capital, configurando-se em uma nova forma de acumulação e exploração.

Salienta-se também que a saúde é um direito social, e enquanto embasamento legal, os direitos sociais são assegurados, a priori, pela Constituição Federal de 1988. São eles: “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais são resultado de movimentos e lutas sociais, que objetivam a visualização e compreensão por parte do Estado, das demandas e necessidades produzidas socialmente sob o prisma do modo de produção capitalista, configurando-se como estratégica

de enfrentamento à questão social e suas expressões. Ao mesmo tempo os direitos sociais são abstratos, históricos e inacabados e, portanto, são construções históricas que emergem de embates políticos, resultado de lutas sociais efetivadas por sujeitos sociais conscientes e com poder de pressão (LONARDONI; OLIVEIRA, 2007).

A Seguridade Social no mundo, segundo Boschetti (2009), teve seu início na Europa Ocidental com a organização social do trabalho. Há dois modelos, o bismarkiano, criado na Alemanha em 1883, baseado na lógica do seguro social, cobrindo apenas os trabalhadores, sendo seu acesso condicionado a uma contribuição, seu financiamento oriundo por essa contribuição dos empregados, e sua administração pelo Estado; e o modelo beveridgiano, criado na Inglaterra em 1942, propõe os direitos de caráter universal e é destinado a todos os cidadãos, sendo financiado pelos impostos fiscais e sua administração estatal. A diferença entre os dois modelos é que o bismarkiano destina-se a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência do trabalho, já o modelo beveridgiano objetiva a luta contra a pobreza. Define-se seguro social como:

A proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo (FLEURY, 2003, p. 415).

Antes de 1988 a lógica do seguro social era a que estruturava a saúde e a previdência social no Brasil, ou seja, para acessar a saúde o cidadão deveria ter vínculo com o trabalho. Até hoje a previdência social é embasada nessa lógica bismarkiana, sendo seu acesso restrito apenas aos cidadãos com vínculo formal com o trabalho ou que contribuem de forma individual. Cabe aqui analisar que, em razão do contexto brasileiro, no qual, mesmo antes de 1988, o desemprego estrutural era - e ainda é - dominante, a seguridade social, na perspectiva do seguro social, só universalizará direitos se universalizar o direito ao trabalho, ou seja, o direito ao acesso ao trabalho como um direito universal, com a garantia de pleno emprego para todos, já que os benefícios dessa lógica são condicionados ao trabalho.

Não obstante, a prioridade e centralidade da lógica do seguro nos países nos quais não há pleno emprego limita a lógica social e restringe a universalização da seguridade social instituindo uma incompatibilidade entre trabalho e direitos sociais. Contudo, Boschetti (2009) traz que tanto a lógica securitária - previdência social - quanto à lógica social - saúde e assistência social - são dependentes da organização social do trabalho, estabelecendo entre si uma atração e rejeição que estão intrínsecas na concepção de seguridade social. Ou seja, é na

ausência de uma dessas lógicas que leva a necessidade da utilização da outra. Por exemplo, quem não está inserido no mercado de trabalho não tem acesso a lógica securitária, na ausência de direitos contributivos, o sujeito necessitará da lógica social, dos direitos não contributivos.

No contexto de crises políticas e de manifestações operárias, a partir da década de 1930, sob a construção de um Estado moderno, intervencionista e centralizador, o acesso à saúde, além da lógica instaurada pelo seguro social, desenvolveu-se a partir da perspectiva dos moldes assistenciais que teve, de forma ínfima e inicial, o envolvimento do Estado para o “amparo” assistencial das pessoas em extrema pobreza. No modelo assistencial, a saúde destinou-se para os grupos pobres mais vulneráveis. Salienta-se que nesse contexto a saúde não era vista como direito e sim, no molde assistencial, inspirado na ação caritativa e reeducacional, associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, em uma estrutura pulverizada e descontínua, na perspectiva de medidas compensatórias e não como um direito. Para acessar a saúde pelo modelo assistencial o sujeito teria que provar que fracassou no mercado de trabalho, assim como estabelece a atração e rejeição entre a lógica securitária e a lógica social (DIAS, 2016).

Os dois modelos de seguridade social, o bismarkiano e o beveridgiano influenciaram na construção da seguridade social nos países capitalistas. Nesse contexto, o Brasil foi um dos países a adotar os dois modelos que subsidiaram a estruturação do sistema híbrido brasileiro de seguridade social, baseado a partir da organização do trabalho. O Sistema de Único de Saúde (SUS) brasileiro é fundamentado nos princípios do modelo beveridgiano, com a proteção estruturada sob a lógica dos direitos de caráter universal e é destinado a todos os cidadãos (BOSCHETTI, 2009).

O esboço de saúde brasileira, enquanto direito, para os trabalhadores com vínculo formal com o trabalho, iniciou-se no contexto de intensas lutas dessa população por direitos relativos ao trabalho – saúde e previdência social -, como, por exemplo, a consolidação das leis trabalhistas na década de 1940. Com o fortalecimento do movimento operário e sindical, esse movimento impulsionou o governo na criação de dispositivos para responder à demanda do mundo do trabalho. No período da Ditadura Vargas (1937-1945), a questão social é reconhecida pelo Estado, nesse sentido, o governo da época adotou um padrão de intervenção planejada na regulamentação de medidas de proteção social (DIAS, 2016).

Destaca-se que a lógica do direito de caráter universal, para todos os cidadãos, foi introduzida em um contexto histórico de intensas lutas de trabalhadores por direitos não apenas trabalhistas como também de acesso amplo a toda a população. O desemprego se

encontrava em escala acentuada e alarmante em virtude da tensão decorrente da primeira e segunda guerras mundiais. No período pós-ditadura militar, no final da década de 80, face também ao desemprego estrutural, percebeu-se a necessidade da ampliação dos direitos sociais e a não vinculação de todos esses direitos ao trabalho. A partir da CF de 1988, o Brasil começou uma transformação no acesso aos direitos sociais.

Historicamente o modelo de lógica securitária no Brasil teve seu marco inicial na previdência social e na saúde em 24 de janeiro de 1923 com o Decreto nº 4.682, conhecido como “Lei Eloy Chaves”, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), primeiramente reivindicadas pelos trabalhadores das empresas de estrada de ferro, ou seja, assegurando os trabalhadores e excluindo aqueles que não possuíam vínculo com o trabalho (DIAS, 2016). Essa lei regulamentou as vinte e quatro CAPs organizadas inicialmente pelas empresas ferroviárias e mais tarde se expandindo, subsidiadas a partir de outras bases legais, para as dos portuários, dos marítimos, dos telégrafos e dos radiotelégrafos, com contribuições obrigatórias dos empregados e da empresa.

Além da assistência médica para o trabalhador e para sua família, os benefícios também abrangiam a previdência social. As CAPs foram substituídas em 1933 pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por ramos de atividade e em 1966 foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com administração estatal. Em 1974 foi criado o Ministério de Previdência Social e Assistência Social para gerir e executar as políticas públicas previdenciárias, de assistência social e médica. Observa-se que os trabalhadores e empregadores foram gradualmente sendo excluídos da gestão, que se tornou estatizada e centralizada, embora continuem sendo os principais financiadores. Ressalta-se ainda que a lógica securitária baseava a saúde e a previdência social no país, tendo como princípio a proteção exclusiva ao trabalhador e a sua família, e a pessoa que estivesse a margem do mercado de trabalho, era excluída desse direito (BOSCHETTI, 2009).

É necessário estabelecer o significado de saúde na perspectiva do seu reconhecimento enquanto direito e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde do usuário. A partir da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, conhecida como a Declaração de Alma-Ata, iniciou-se a perspectiva, em nível mundial, de enfatizar saúde como:

[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, p.1).

Esta conferência evidenciou a mútua dependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, sendo a primeira causa e consequência da melhoria das condições e da qualidade de vida dos sujeitos na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados de saúde. Em conformidade com esse novo paradigma acerca da concepção de saúde que estava acontecendo mundialmente, no Brasil na década de 80, o processo de mudança se desenvolveu a partir de uma grave crise econômica, política e social do país, que agravou severamente as condições de qualidade de vida das camadas populares. Nesse cenário de desemprego, o Estado, enquanto poder público criado pela burguesia e que serve aos ditames da mesma, reduz o financiamento da saúde, justificando uma incapacidade do governo de financiar o setor saúde enquanto um direito social.

Nesse contexto de “contingenciamento” de gastos pelo Estado, o campo acadêmico, os movimentos sociais e as categorias profissionais que estavam alinhados com as mudanças de paradigma da saúde, através de movimentações e de lutas, denunciavam as precárias condições de saúde da população e propõe estratégias para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo em sua primazia a descentralização, a universalização e a unificação do setor. Esse processo de enfrentamento e a proposição de alternativas em saúde ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária:

[...] refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Devido a esse Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual foi discutido, dentre outros temas, a saúde como direito universal. A partir desta conferência e até os dias de hoje, adotou-se que:

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, on-line).

A partir da mobilização nacional para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, os princípios de universalização, descentralização, participação, e o conceito de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, foram objeto de uma grande mobilização para que

fossem adotados na elaboração da nova Constituição Federal, no período da transição da ditadura militar para a democracia.

Nessa perspectiva de conceito de saúde, segundo o modelo da determinação social da doença, o processo de saúde-doença pode ser entendido como uma “[...] realidade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho” (SANTOS apud DIAS, 2015, p.2).

A realidade da saúde para os cidadãos brasileiros apenas foi alterada com a Constituição Federal de 1988, conhecida por Constituição Cidadã devido a sua construção democrática e por ser considerada avançada no que diz respeito aos direitos e garantias do cidadão. A partir da Constituição de 1988, define-se seguridade social como “[...] conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social” (BRASIL, 1988).

O artigo nº 194 assegura direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social, com base nos princípios da universalidade, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade na base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Contudo, observa-se que embora esses princípios estejam na CF de 1988 eles não são concretizados, uma vez que a seguridade social brasileira é materializada como uma mescla dos dois modelos europeus de seguridade social, ou seja, os direitos de caráter universal e integral da lógica Beveridgiana, que estão no sistema público de saúde e na assistência social, e a previdência social que é baseada na lógica securitária do modelo bismarkiano com os direitos derivados do trabalho.

A saúde, enquanto política pública é assegurada como direito social pelo artigo nº 6: “[...] são direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados [...] (BRASIL, 1988, grifo nosso)”. Houve uma inovação na aplicação do princípio da Seguridade Social, que rompe com a lógica histórica de cidadania regulada do seguro social da lógica securitária: direito a saúde somente àqueles que,

pela sua condição de trabalhador, são contribuintes da saúde (FLEURY, 2003), que naquela época, pré CF 1988, interligava-se com a previdência social.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) efetuou-se em 1990 a partir da criação e publicação de duas principais leis orgânicas da saúde. A primeira foi a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). A segunda, com caráter complementar a primeira, também publicada no mesmo ano, foi a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, nela se “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). A partir principalmente por estas duas leis, e também de forma adicional por outras legislações posteriores, institui-se a política de saúde brasileira de acesso universal.

Hoje a saúde se configura enquanto uma política social, pública de Estado, setorizada, de proteção social e de acesso universal. Os princípios pelos quais ela é regida são a universalização, a equidade, a integralidade e os princípios organizativos são a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e a participação popular. O princípio da universalidade tem como primazia a saúde enquanto um direito de cidadania, sendo seu acesso garantido a todos, independente de raça, sexo, ocupação ou outras características e cabe ao Estado assegurar este direito a todos. A equidade é um princípio que propõe diminuir as desigualdades, tratando de forma desigual os desiguais, ou seja, investindo mais onde há maior carência. A integralidade considera as pessoas como um todo indivisível e deve ser atendida a todas as suas necessidades, isto é, articulando não apenas ações de prevenção, promoção em saúde, tratamento e reabilitação, como também arranjos com outras políticas sociais (BRASIL, [2018?]).

Nos princípios organizativos, a regionalização e hierarquização estabelecem os níveis em forma crescente de complexidade, inseridos em rede em um determinado território, com ações e serviços planejados a partir das demandas específicas da população residente nesta determinada região. A descentralização e o comando único é a distribuição do poder e responsabilidade dentre os três níveis de governo (municipal, estadual/Distrito Federal, união), sendo que cada esfera é autônoma e soberana, respeitando os princípios gerais. A participação popular prevê que a sociedade participe no planejamento, gestão, execução e avaliação da política, formando conselhos e as conferências de saúde (BRASIL, [2018?]).

Os seus princípios constituem um desafio para sua efetivação, pois ainda vige o modelo assistencial hegemônico em saúde no Brasil: o modelo médico-assistencial privatista

que tem como característica o hospital como centro da organização dos serviços de saúde e tido como “desvinculado” da rede. Neste, as ações em saúde são predominantemente curativas nas ofertas de serviços, em detrimento da prevenção e promoção em saúde que são residuais. A organização do trabalho é fundamentada na prática médica – poder médico – e os demais profissionais assumem um caráter subordinado a esta categoria (TEIXEIRA, 2004). Da mesma forma, esse modelo hegemônico assistencial em saúde é sustentado por determinações econômicas que envolvem o Estado, a indústria farmacêutica e o empresariado da área da saúde, tanto nacional, quanto internacional.

Nos trinta anos de existência do SUS muitos processos de construção teórica e esforços para serem atingidos seus princípios, se destaca a elaboração do modelo de Redes de Atenção à Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 4.279, em 30 de dezembro de 2010. O Ministério da Saúde (MS) conceitua a RAS enquanto “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Igualmente, as RAS são organizadas por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos; integradas a partir da complementaridade de diferentes densidades tecnológicas; objetivadas pela provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde; construídas mediante o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos; e voltadas para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, fundamentada e normatizada no Art. 198º da Constituição Federal de 1988 que preconiza que:

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A RAS também é amparada pela própria legislação do SUS, Lei 8.080 de 1990 no Art. 7º, inciso II, a “[...] integralidade de assistência social, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos [...]” (BRASIL, 1990a, on-line) e no Art. 10º que aponta os “[...] arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações” (BRASIL, 1990ª, on-line).

As RAS são caracterizadas pela articulação em rede para a produção da saúde: na Assistência à Saúde, na Vigilância em Saúde e na Promoção da Saúde; a partir da atenção integral e articulação com as demais políticas sociais. Ainda tem como características: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica em Saúde como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

A partir das RAS, o Ministério da Saúde está priorizando a construção de quatro redes temáticas prioritárias ou linhas de cuidado nos mesmos territórios. São elas a atenção obstétrica e neonatal (Rede Cegonha); a Urgência e Emergência; a Atenção Psicossocial (Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas); e as Doenças crônicas: câncer (a partir da intervenção no câncer de colo de útero e mama), cardiovascular e deficiência.

Sobre o atendimento integral, que perpassa todo o SUS, é necessário destacar que a integralidade preconizada na RAS é desenvolvida por meio de ações e serviços públicos de saúde e/ou, serviços privados, que integram o SUS e é princípio fundante do direito fundamental à saúde, garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Na lei nº 8080 de 1990, que dispõe sobre o SUS, traz, dentre outros, como princípio a

[...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a, on-line).

Para fins deste trabalho, interessa os níveis de assistência à saúde à população quais sejam: atenção básica, média complexidade e alta complexidade em saúde.

A atenção básica em saúde, aprovada através da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.448 de 21/10/2011, e reformulada através da Portaria do mesmo Ministério nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo da atenção básica em saúde é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Esse modo de atenção é desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

Já a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio no diagnóstico e no tratamento. Nessa complexidade, há os procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio. Há as cirurgias ambulatoriais especializadas e os procedimentos traumato-ortopédico. Também são realizadas as ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia. É na média complexidade, representada pelos Centros de Especialidades, que são realizados os exames com maior nível de complexidade, como o radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos e diagnose. Há também a fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses.

A alta complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Nessa atenção há os hospitais com grande infraestrutura para realizar procedimentos complexos e que podem colocar em risco à vida, com um atendimento de viés mais curativo, visando a estabilização clínica e uma passagem cada vez mais breve nas instituições. Da mesma forma, é também na alta complexidade que se inserem as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são os primeiros serviços em saúde que os usuários acessem de forma emergencial no seu território. É neste nível que o campo de estágio obrigatório da acadêmica se insere.

A partir da criação das RAS em 2010, o marco legal que permitirá a criação das unidades na qual a acadêmica realizou seu estágio obrigatório em um hospital escola, é a Portaria nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012. Nesta portaria, estabelece-se a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à rede de atenção às urgências e emergências (RUE) e as demais redes de atenção à saúde do SUS. Por essa perspectiva, a unidade e campo de estágio da acadêmica também faz parte da rede de atendimento à saúde do território dos usuários.

No que influencia o Serviço Social inserido na alta complexidade, as RAS tem componentes e interfaces com a RUE, na promoção e prevenção; na atenção primária pelas unidades básicas de saúde; na UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; nas Portas hospitalares de atenção às urgências; nas Enfermarias de Retaguarda e Unidades de Cuidados Intensivos, nas

inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias e na atenção domiciliar. A partir do fortalecimento desses serviços, o MS optou como estratégia o acolhimento com classificação de risco e resolutividade.

Destaca-se o hospital como componente da alta complexidade, e este surge embasado em um modelo unifatorial da doença, decorrente de uma visão clínica que se fundamenta no biologismo⁴, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Esta lógica atravessa as práticas de saúde nas instituições hospitalares, ficando estes espaços a cargo do tratamento, cura e recuperação da doença de forma pura e simples e não levando em conta a prevenção e promoção da saúde. No âmbito hospitalar, apenas a partir da década de 1930, houve um tímido avanço no que se refere à visão multicausal do processo saúde-doença e a incorporação de outras profissões.

Do pós-guerra até meados dos anos 1980, houve uma ampliação da complexidade e especialização dos hospitais em departamentos, serviços e unidades, permitindo o aprofundamento do conhecimento específico, dificultando o entendimento da totalidade e desconsiderando o homem como determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social (PIRES, 1998).

Assim, o hospital apresenta traços estruturais que caracterizam instituições totalitárias.

Com o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, a promiscuidade na organização do agrupamento físico dos doentes, o cumprimento de um regulamento hospitalar que programa a sua vida quotidiana e a apreciação dos comportamentos dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença/cura (CARAPINHEIRO, 1998, p.56).

O serviço hospitalar é uma unidade de produção de cuidados médicos que reúne profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas materiais. Os cuidados fornecidos aos pacientes seguem a linha tradicional que ressalta o desenvolvimento da medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura. A submissão do paciente ao médico é justificada pela necessidade de tomada de decisões de cura para prevenir a morte (GUEDES, CASTRO, 2009).

De acordo com Silva (2005), os hospitais poderão ser importantes instituições na garantia da equidade, integralidade da assistência em saúde e na defesa da vida desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas com algo maior, ligadas não apenas à questão curativista, mas também com o universo da prevenção e promoção da saúde. Por esta razão,

⁴ Biologismo é a tendência a explicar ou interpretar fenômenos sociais, psicológicos, históricos, dentre outros, em termos biológicos. Autores como Edgar Morin, pai da teoria da complexidade, se utilizam de biologismo na explanação de sua filosofia.

no panorama atual, na medida em que há maior disseminação do conceito ampliado de saúde e com a Política Nacional de Humanização (PNH), observa-se a incorporação de uma nova visão de assistência em saúde reorientando o trabalho no âmbito hospitalar. Os modelos de assistência centrados no paciente e na sua rede de relações são terrenos prósperos para um atendimento conforme preconiza o SUS, integral, universal, equitativo resguardando a pessoa humana em suas singularidades.

Dentro do modelo assistencial centrado no usuário enquanto um sujeito social indivisível a ser olhado em sua totalidade, pode-se romper com a lógica dominante de verticalidade das ações, incentivando todos, desde profissionais a usuários, para o envolvimento no processo de prevenção, promoção, recuperação e cura. Limites e possibilidades são vislumbrados ao longo do incremento dessas práticas, que no cotidiano do processo de construção do trabalho coletivo em saúde podem contribuir para a transformação do modelo “curativo” para o centrado na autonomia do usuário e sua família a serem sujeitos do seu processo de prevenção e recuperação em saúde.

2.2 O Serviço Social Na Saúde

Em sua gênese, o Serviço Social Brasileiro não teceu questionamentos sobre o modelo burguês no qual estava inserido e para este modelo o Serviço Social servia. Embora a profissão surja, no contexto brasileiro, a partir das expressões da questão social oriundas na década de 1930 e alteração do capitalismo monopolista para o concorrencial, destaca-se ainda que, originalmente o Serviço Social nasceu da aliança entre Estado, Igreja e Burguesia, como uma tentativa de “atenuar” as desigualdades cada vez mais evidentes. Em face deste contexto, a profissão na sua institucionalização reforçava a ordem social vigente a partir da adoção de teorias positivistas e psicologizantes que objetivavam o ajustamento do sujeito na sociedade para se tornar funcional a ela e não a emancipação humana quanto aos seus direitos (MATOS, 2009).

É nesta institucionalização da profissão, em conformidade com o período sócio histórico das décadas de 1930 e 1940, que o Serviço Social constrói discursos e práticas de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo - como Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo, e, nos anos de 1950, o Serviço Social de Comunidade. Nessa perspectiva, na saúde, inicialmente a profissão é vista como o “Serviço Social Médico”, já que a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Desta forma, o

Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico (MATOS, 2009).

Entre as décadas de 1930 a 1945, período do surgimento do Serviço Social no Brasil, o maior número de profissionais não se concentrava na área da saúde. No campo acadêmico algumas disciplinas abordaram o tema e, no final deste período, até escolas de serviço social foram criadas a partir de demandas do próprio setor (BRAVO; MATOS, 2009).

É a partir da década de 1945, com o fim da Segunda Guerra Mundial e o início da bipolarização mundial, há a expansão do Serviço Social no Brasil, com a influência do Serviço Social dos Estados Unidos da América (EUA). Neste período e conjuntura, com a elaboração, em 1948, do conceito de saúde focado nos aspectos biopsicossociais, surgido a partir de organizados internacionais, requisitou-se a inserção de outros profissionais no campo. Por essa razão, a inserção do profissional na saúde também se amplia, iniciando a caracterizar enquanto o setor “absorvia” o maior número de profissionais (BRAVO; MATOS, 2009). Esse conceito surge “[...] vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar [...]” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 3).

Neste contexto da década de 1940 e início da de 1950, o assistente social na saúde atua de forma majoritária nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população na contribuição para a viabilização do acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Embora os benefícios, ainda na época, fossem custeados pelos próprios usuários, o profissional utiliza principalmente ações de plantão, de triagem, de encaminhamento, de concessão de benefícios e de orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009).

As contribuições do assistente social no campo da saúde, principalmente no âmbito curativo, se dão a partir da relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho é o médico. Por essa razão, que, principalmente a partir da década de 1940, era usado o conceito de “paramédico” para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. A princípio não se tinha um objetivo próprio para os “paramédicos”, ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não estava interessado em fazer no momento. Lembrando que na década de 1940, o sistema de saúde que estava sendo construído no país, se constitui por meio da prestação filantrópica pelas Santas Casas e pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões que existiam apenas para alguns ramos dos trabalhadores. Igualmente, em face deste contexto sócio histórico, o Serviço Social, como outras áreas de conhecimento, pautavam as perspectivas positivistas em suas atuações (MATOS, 2003).

Na década de 1950, se inicia o Serviço Social de Comunidade, porém este processo de intervenção profissional não teve sua inserção no campo saúde, já que este se limitava apenas aos serviços de saúde no âmbito curativo e com abordagem individual pelo assistente social. É na década de 1960, no Movimento Latino Americano de Reconceituação, que o Serviço Social no Brasil, que anteriormente se caracteriza enquanto uma profissão acrítica e a-histórica, que inicia a problematização da atuação profissional na sociedade burguesa. Salientando que este processo se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira que reunia profissionais da saúde e militantes, com vista a alterar o modelo médico-assistencial privatista.

Até a década de 1980, a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde (BRAVO, 1996). Apenas na década de 1990, já a partir da Constituição de 1988 - que traz a saúde enquanto direito universal - e a partir das Leis 8080/1990 e 8142/1990 com a institucionalização do SUS, os assistentes sociais da saúde iniciaram a incorporação dos princípios do movimento da reforma sanitária e, por consequência, incorporaram os pressupostos do SUS (BRAVO; MATOS, 2009).

O Projeto Ético Político (PEP) do Serviço Social é um projeto profissional que tem sua origem na recusa e crítica ao conservadorismo profissional da década de 1960, conquistando hegemonia no Serviço Social brasileiro na década de 1990 junto ao movimento democrático e popular. Contudo, este projeto, que aponta para o combate - ético, teórico, ideológico, político e prático-social - ao neoliberalismo, por não ser o único projeto no corpo profissional, atualmente sofre constantes ameaças a essa hegemonia. A partir de 1995, no Brasil, a grande burguesia brasileira reciclou seu projeto societário e se tornou defensora do neoliberalismo, promovendo a liquidação de direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a implantação de uma política macroeconômica que penaliza a massa da população (NETTO, 2009).

É frequente a sintonia entre os projetos coletivos de sociedade e os projetos profissionais, porém ocorrem situações de conflito e contradição entre eles, resultando na disputa entre diferentes e divergentes orientações teóricas, políticas e éticas. Por essa razão, há um desafio da categoria profissional no que diz respeito à unicidade de teoria e prática e como essa relação está sendo apreendida pelos profissionais, mesmo que o projeto profissional seja a unidade entre teoria e prática (GUERRA, 2005).

A finalidade de um projeto requer a busca por efetivação, sendo que o resultado final nunca é igual ao resultado ideal esperado. A finalidade é sempre aproximativa da finalidade ideal. A real efetivação do projeto, ou seja, a transformação da finalidade ideal em finalidade

real só se efetiva a partir de mediações no âmbito das dimensões teórico-metodológico, ético-política e técnico-operativa (SANTOS, 2016). Considerando esse processo de efetivação do projeto, problematiza-se se a dificuldade da relação na unicidade da teoria e da prática, no que se refere à dificuldade de relacionar estas três dimensões na apreensão da realidade profissional. A fragilidade de pensar a unicidade entre teoria e prática se remonta ao período de década de 1930 a 1960. Na formação e no exercício profissional da época, a centralidade estava na “prática profissional”, esta pensava a dimensão técnico operativa de forma isolada da dimensão teórico política e as reduzia a “instrumentos” e “técnicas” da profissão (SANTOS, 2016).

Segundo Vasconcelos (2002), no campo da saúde, os assistentes sociais, embora verbalizando um compromisso com os direitos da população usuária, assim como o compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do projeto ético-político da profissão, efetivamente não conseguem construir uma prática concreta que viabilize esta perspectiva. De acordo com Matos (2003), o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde se direciona para uma ação pouco crítica e distante do Projeto Ético Político. Vasconcelos (2002) aponta que, independentemente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, desde uma unidade de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, em seu âmago, estabelecem a mesma rotina no seu cotidiano: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta.

A autora ainda traz que 47% dos Assistentes Sociais somente realizam entrevistas e neste universo, 72%, em resposta a uma demanda específica e imediata. Já o trabalho com grupos é desenvolvido por 53% dos Assistentes Sociais, sendo que deste 41% desenvolvem salas de espera e 54% grupos fechados (VASCONCELOS, 2002). A partir destes dados, Matos (2003) observa que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, com uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em sua maioria, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário.

Matos (2003), ainda enfatiza que os dados existentes sobre o exercício profissional do assistente social na saúde mostram um sério descompasso entre o enorme avanço que significam o projeto ético político-profissional e o projeto da reforma sanitária. O autor ainda aponta que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois pontos, que estão interligados. O primeiro se refere a dificuldade de se efetivar, por parte do poder público, a

política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade⁵ - embora teoricamente a vise - , tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Já o segundo ponto refere-se à concepção - ainda não tão nítida - da categoria dos assistentes sociais sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

A partir da revisão sócio histórica da saúde e do direito e da institucionalização do Serviço Social enquanto profissão no campo da saúde, à luz das perspectivas trazidas por Matos (2009), o Serviço Social possui o desafio de fortalecer a sua identidade profissional diariamente, não apenas para os demais profissionais que compõem as equipes de trabalho, como também para os usuários.

Há uma significativa dificuldade de compreensão das atribuições e competências privativas do Serviço Social na dinâmica do trabalho nas instituições, tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos demais profissionais. Conseqüentemente, essa circunstância compromete a atuação do assistente social, já que estes profissionais, pelas razões acima, terminam executando atividades que não são de sua área, fragilizando, assim, a identidade do Serviço Social e o real significado social da profissão (COSTA; SEVERIANO, 2015).

Da mesma forma, pode-se entender também que o envio por parte dos demais profissionais da saúde de situações indevidas aos profissionais é intencional e/ou também devido à falta de informação. Como alternativas para o reconhecimento da identidade profissional, as atribuições dos assistentes sociais precisam ficar especificadas e divulgadas, havendo uma melhor compreensão dos profissionais, usuários e empregadores sobre o trabalho do Serviço Social nos espaços sócios ocupacionais (COSTA; SEVERIANO, 2015).

Tanto a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social da acadêmica, quando a partir da revisão bibliográfica que fundamenta a temática deste TCC, percebe-se que as contribuições do assistente social continuam sendo, ainda, bastante ambíguas no que tange os campos de trabalho no âmbito hospitalar, já que frequentemente o Serviço Social é acionado para intervir em situações que não são da sua área. Compreende-se também que alguns profissionais, de outras áreas, acabam confundindo os usuários, não havendo uma

⁵ Entende-se por interdisciplinar ou interdisciplinaridade “uma integração das disciplinas ao nível de conceitos e métodos. No modelo interdisciplinar, certas subdisciplinas constituem novas disciplinas ou subdisciplinas, com métodos e conteúdos teóricos próprios. Há, portanto, uma intercessão dos conhecimentos disciplinares (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012, p.33)”.

predisposição dos mesmos em conhecer quais são as reais contribuições do Serviço Social no âmbito hospitalar.

Igualmente, percebe-se que há alguns profissionais de outras categorias que aproveitam a aparente “indefinição” da profissão para destinar aos assistentes sociais situações que não são resolvidas, com a finalidade de passar a resolutividade das mesmas adiante (COSTA; SEVERIANO, 2015). É de forma iminente a necessidade de os assistentes sociais terem de forma mais nítida o que é ou não de sua competência, instituindo ações estratégicas em relação às situações, que não são sua atribuição, trazidas pelos usuários e por outros profissionais, concentrando-se nas ações que lhes são próprias (CFESS, 2010).

A partir de pesquisa qualitativa com assistentes sociais atuantes em espaços hospitalares, Costa e Severino (2015) referem que existe uma imprecisão entre o “fator importância” e o “fator identidade”, já que os assistentes sociais não diferem os dois termos. Os autores colocam a possibilidade que estes profissionais entendem que a profissão é prestigiada por desempenhar importantes funções na instituição “aos olhos” dos demais profissionais e dos usuários. Destaca-se ainda que, em face da intensa e alienante rotina de trabalho do assistente social no âmbito hospitalar e a necessidade de se remeter a imediatividade nas suas intervenções, o profissional anseia fornecer respostas para as situações trazidas, tanto pelos usuários quanto pelos demais profissionais, não havendo como dedicar parte do tempo de sua rotina de trabalho para refletir sobre a identidade profissional em Serviço Social. Lembrando ainda que o sistema hospitalar é sustentado, principalmente, a partir dos princípios de eficiência e da resolubilidade, não havendo espaço o suficiente para as categorias profissionais pensarem acerca das suas contribuições neste conflituoso e difícil espaço sócio ocupacional.

Guerra (2005) relata que a utilidade social de qualquer profissão emerge a partir de necessidades sociais, ou seja, o “valor” das ações do assistente social está na sua utilidade social, que é medida a partir da produção de respostas, alterando, de forma dialética, a realidade empírica. Por essa razão, a importância da instrumentalidade enquanto categoria inerente ao Serviço Social, a partir da qual a profissão se materializa e recebe reconhecimento social pelas instituições empregadoras.

Costa e Severino (2015) inferem que os assistentes sociais percebem significativa melhora no reconhecimento da identidade profissional no espaço hospitalar ao passado das décadas. Iamamoto (2012) salienta que o Serviço Social deveria se definir melhor e definir melhor também as suas contribuições. Os assistentes sociais possuem um objeto específico de estudo e um amplo campo de intervenção, devendo tornar suas funções cada vez mais

compreensíveis e especificadas tanto para si mesmos, quanto para os demais profissionais e usuários.

3 IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES DE SAÚDE HOSPITALARES

Esta sessão tematiza sobre a articulação entre os achados da revisão bibliográfica e as produções de estágio obrigatório da acadêmica no que tange a identidade profissional do assistente social em equipes de saúde hospitalares. Neste último eixo, com o intuito de responder aos objetivos iniciais do TCC, serão apresentadas: as concepções de identidade do assistente social, a identidade profissional na produção acadêmica sobre a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, as reflexões sobre as contribuições deste profissional em equipes multidisciplinares no âmbito hospitalar e a interpretação dos limites e os desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar.

3.1 Concepções de Identidade Profissional do Assistente Social

Para todos os campos de atuação do assistente social e em todos os processos de trabalho que este profissional se insere, para Martinelli (2010), o Serviço Social, na sua gênese, tinha uma identidade profissional atribuída enquanto um importante instrumento da burguesia. Por essa razão, a autora parte da hipótese de que o Serviço Social não possui uma identidade profissional, observando que “[...] a ausência de identidade profissional fragiliza a consciência social da categoria profissional, determinando um percurso alienado, alienante e alienador de prática profissional” (MARTINELLI, 2010, p. 17).

Os estudos de Martinelli (2010) foram guiados pelo referencial teórico marxista, onde a identidade profissional é pensada de forma dialética, como categoria política, social e histórica, visando compreender o Serviço Social na conjuntura brasileira. A autora destaca em sua obra que pensar dialeticamente é ver o processo histórico como dinâmico, sempre em movimento:

[...] é a identidade da profissão em si mesma considerada como elemento definidor de sua participação na divisão social do trabalho e na totalidade do processo social. Portanto, mais do que uma categoria filosófica, dotada de estatuto lógico e ontológico, a identidade profissional está sendo pensada dialeticamente, como uma categoria política e sócio-histórica que se constrói na trama das relações sociais, no espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que a engendram e são por ela engendradas. (MARTINELLI, 2010, p. 17).

Martinelli (2010) evidencia que o Serviço Social mantém uma relação com os mecanismos societários de poder nas dimensões política e ideológica. Segundo a autora, a construção da identidade profissional do assistente social deve ser um processo de autorreflexão, crítico e coletivo no sentido de lutar pela demarcação de uma nova identidade para o Serviço Social.

Embora os apontamentos de Martinelli (2010) sejam relevantes para se problematizar a identidade do serviço social brasileiro, é necessário não se restringir aos achados da autora. Entende-se que, embora a identidade profissional do assistente social tenha lhe sido atribuída inicialmente, o desenvolvimento de novas identidades é algo inerente a todas as profissões através da ruptura de velhos modelos de construção identitária. Ao mesmo tempo, é importante lembrar que tanto o Serviço Social, como quaisquer outras profissões, tiveram sua gênese a partir de atribuições de significados por terceiros, já que as profissões não estavam previamente construídas.

Por essa razão, é fundamental se estender a outras concepções, embasadas em referências teórico, que problematizarão sobre identidade profissional do assistente social, principalmente quando este se inserir em equipes multiprofissionais. Segundo Yazbeck (2009), as ações profissionais são fragmentadas, pontuais e com caráter localizado, sendo que a profissionalização dos assistentes sociais é impulsionada pelo Estado que a incentiva ampliando o campo de inserção dos assistentes sociais em políticas públicas. Essas políticas cada vez mais são ineficazes, setorializadas, focalizadas, que apreendem a realidade social como uma soma de setores, desarticulada e parcialmente apreendidas, dificultando as ações dos assistentes sociais.

Iamamoto (2010a) salienta que o Serviço Social enfrenta desafios em sua concretização, uma vez que o assistente social também está na condição de trabalhador assalariado e, por consequência, torna-se também um ser social alienado. A alienação se transcorre na medida em que a compra do trabalho dos assistentes sociais é efetivada pelos empregadores e interfere na autonomia relativa das ações do profissional. Por essa razão, as entidades patronais querem determinar as demandas sociais que devem ser atendidas ou não pelos assistentes sociais. Desta forma, os profissionais são compelidos a cumprir às exigências trabalhistas e ocupacionais assim como todo trabalhador assalariado regido por normas das instituições empregadoras.

Conforme constatado, a percepção de identidade profissional se modifica para cada teórico acima, suscitando o não esgotamento da problemática para a categoria. Por essa razão, buscou-se estudos sobre o tema no meio acadêmico, já que é nele que se localiza a produção

do conhecimento e é a partir do qual se erradia os debates para os outros segmentos de inserção profissional. Quanto aos achados da revisão bibliográfica, foram sistematizados os artigos publicados nas revistas científicas de periódicos Qualis A e B da área de Serviço Social. São elas: Serviço Social e Sociedade; Katálysis, Argumentum, Textos e Contextos, Ser Social, Em Pauta, Temporalis, O Social em Questão, Barbarói, Sociedade em Debate, Serviço Social em Revista, Serviço Social e Saúde. A revisão bibliográfica buscou artigos publicados nos últimos 5 anos, utilizando-se como critério de inclusão as publicações que contivessem no título, ou no resumo, ou no desenvolvimento do texto, de forma independente ou não uma das outras, as seguintes categorias: identidade profissional; serviço social; assistente social; saúde; hospital. Conforme quadro abaixo, Quadro 1, evidenciou-se uma alta carência de artigos científicos que pautam este tema.

Quadro 1 - Relação de Artigos Relacionados ao Tema por Periódico Científico (2014-2018)

Periódico	Número de Artigos Relacionados ao Tema
Serviço Social e Sociedade	0
Katálysis	0
Argumentum	0
Textos & Contextos	0
Ser Social	0
Em Pauta	0
Temporalis	1
O Social em Questão	0
Barbarói	0
Sociedade em Debate	0
Serviço Social em Revista	1
Serviço Social e Saúde	1
Total	3

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Nota-se que as principais revistas, com melhor avaliação pelos critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), apresentadas no

Quadro 1 na decrescente, não apresentam artigos relacionados com o tema, evidenciando o esvaziamento científico e produção de debate acerca da identidade profissional na alta complexidade em saúde. Dentre os inúmeros artigos das doze revistas, garimpamos três artigos encontrados em três periódicos científicos distintos, a saber: *Temporalis*, *Serviço Social em Revista* e *Serviço Social e Saúde*. Salienta-se que os três artigos não trazem de forma direta, em seus títulos, seus resumos ou até mesmo em seus desenvolvimentos a identidade profissional do assistente social em equipes de saúde hospitalar. Observou-se que as produções pautam as contribuições do profissional inseridos em equipe multiprofissional no âmbito hospitalar, não expressando a categoria de identidade e sim categorias diferentes como trabalho, contribuições, percepções do assistente social nos espaços sócio ocupacionais hospitalares. Em várias passagens das produções científicas encontradas, são trazidas reflexões indiretas sobre a identidade profissional, manifestada na escrita com as ações desenvolvidas pelos profissionais na equipe.

Nas produções ficam evidenciados os limites postos à prática profissional pelo contexto da flexibilização das relações de trabalho, já que em muitas instituições hospitalares os vínculos empregatícios podem ser estatutários ou celetistas. Por essas razões, os desafios da categoria na defesa da sua identidade, articulada com o Projeto Ético Político, também se encontram na precarização das políticas públicas, o que prejudica a condição dos usuários que demandam serviços e sobre os próprios assistentes sociais como trabalhadores assalariados, limitados também pelas condições objetivas precarizadas das instituições públicas.

A partir da análise dos achados da revisão bibliográfica e dos materiais de estágio curricular obrigatório em serviço social da acadêmica, desenvolveu-se os próximos três sub tópicos. Salienta-se ainda que este trabalho intenciona conhecer os significados e os conceitos da categoria identidade profissional na produção sobre as contribuições do assistente social âmbito hospitalar, bem como acrescentar na identificação das contribuições das ações do profissional em equipes multidisciplinares. E por fim, a interpretação dos limites e dos desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar.

3.2 Identidade profissional na produção acadêmica sobre a atuação do assistente social âmbito hospitalar

Cabe ao Serviço Social, inserido na política de saúde, tendo como pilar o Projeto Ético Político da Profissão articulado com a reforma sanitária, fomentar a primazia por uma ação

articulada com os outros segmentos profissionais que defendem o Sistema Único de Saúde (SUS) para formular estratégias que busquem reforçar/criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social a esta política. Pensar nas atribuições do assistente social na área da saúde é considerar seu Código de Ética Profissional enquanto ferramenta indispensável na sua atuação crítica nos processos de trabalho⁶ nos quais se insere. Dentre outras atuações do profissional na saúde, está a de visar sempre a busca pela atuação em equipe, visando a interdisciplinaridade entre as profissões no âmbito da atenção integral à saúde do usuário.

A partir da vivência da acadêmica em estágio obrigatório de serviço social, observou-se que a atuação do assistente social no âmbito hospitalar tem como foco a assistência ao usuário e sua família desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe multidisciplinar. Da mesma forma, os atendimentos do profissional objetivam o conhecimento do contexto e suporte familiar dos usuários identificando precocemente as situações de vulnerabilidade que podem comprometer sua recuperação, intervindo com ações para a alta breve e a continuidade do acompanhamento do usuário na rede de saúde (STEFENON, 2017).

Para subsidiar as ações acima, há a construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica e familiar bem como subsidiar a prática dos demais profissionais. A intencionalidade das intervenções do assistente social neste campo é o fortalecimento dos vínculos familiares na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (STEFENON, 2017).

Quanto a articulação do assistente social em equipe há a realização de notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou possivelmente suspeita de violência, às autoridades competentes, bem como a verificação das providências cabíveis. O Serviço Social também se insere, na equipe multiprofissional, de forma contínua e

⁶ Segundo Yamamoto (2010a), o exercício profissional do assistente social não possui seu próprio processo de trabalho, mas se insere em processos pré-estabelecidos. A autora refere que a instituição empregadora organiza o processo de trabalho do assistente social, por essa razão, o este profissional não tem um único processo de trabalho, este variaria de acordo com o campo no qual atua o profissional, o que há são processos de trabalho no qual se insere o assistente social.

sistemática, na participação dos rounds⁷ multiprofissionais contribuindo com a especificidade do Serviço Social para o atendimento das situações apresentadas pelos usuários.

Durante a vivência de estágio obrigatório, compreendeu-se que é, principalmente, por meio do round de equipe que o Serviço Social articula as ações e intervenções em conjunto com os demais profissionais da saúde, almejando a contribuição e articulação com equipe na contribuição para a consolidação do acesso a garantia de direitos dos usuários, assistindo os usuários de forma integral e interdisciplinar. Observa-se que no âmbito hospitalar brasileiro, que embora alguns profissionais da saúde tenham diferentes perspectivas, é dever do assistente social, primeiramente, respeitar a pluralidade de ideologias, desde que as mesmas não firam direitos, e tentar construir com seus/suas colegas de instituição um conhecimento crítico coletivo.

Na busca por essa atuação em equipe, sempre visando a interdisciplinariedade não apenas na atenção a saúde como também na articulação com as demais políticas públicas, observou-se no estágio obrigatório que há uma preocupação central que norteia a formação profissional do assistente social que, além do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, também prima a ampla defesa da materialização os princípios do SUS: universalidade, integralidade e participação social. Ao mesmo tempo, nas reuniões internas do Serviço Social do hospital no qual a acadêmica realizou estágio curricular obrigatório, há o debate quanto ao modelo assistencial centrado na doença – médico centrado - para o modelo assistencial voltado para a saúde, sendo este último fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal do serviço de saúde da alta complexidade (CFESS, 2010).

A atuação do assistente social no âmbito hospitalar requisita a interdisciplinaridade e a articulação com outras políticas⁸ para atender as necessidades das demandas dos usuários internados. A articulação com os outros setores é fundamental para a atuação desse profissional, a partir da perspectiva da integralidade e da compreensão da totalidade e cotidianidade em que esses sujeitos sociais estão inseridos. Por essa razão, para a atuação do Serviço Social no atendimento aos usuários desse campo de estágio obrigatório, na perspectiva de garantia dos direitos, é necessária a compreensão do sujeito de forma integral, no atendimento interdisciplinar. O usuário é um todo indivisível e por isso há a necessidade

⁷ Round, no campo de estágio da acadêmica, é uma reunião multiprofissional, realizada duas vezes por semana, entre os profissionais de diversas áreas que assistem o usuário que objetiva discutir, analisar e dar encaminhamentos resolutivos as situações apresentadas pelos usuários internados. Neste campo, a equipe mínima participante são representantes da equipe de médica especialista, equipe de enfermagem, equipe do serviço social e equipe da fisioterapia (STEFENON, 2017).

⁸ Optou-se por não utilizar a palavra “intersetorialidade”, já que a mesma é aplicada na gestão de políticas sociais públicas e não na execução das mesmas.

da articulação dentre os profissionais da equipe assistentes e também com as políticas públicas que são necessárias para o atendimento do sujeito (PEREIRA, 2014).

Na atuação crítica do Serviço Social na área da Saúde, deve-se buscar as ações em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde. No atendimento aos usuários que apresentam múltiplas demandas “[...] dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELOS, 2002, p. 443). O Código de Ética preconiza que o assistente social trabalhe e incentive as práticas interdisciplinares, pois são fundamentais para compreender as múltiplas expressões da questão social vigente, em uma visão ao mesmo tempo de totalidade e também sem perder a apreensão do cotidiano no qual os sujeitos sociais se inserem.

Do mesmo modo, a partir da experiência de estágio, destaca-se como ação de articulação do assistente social na equipe de saúde a contribuição para garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde, desde a recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta, ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde (CFESS, 2010).

Com base na vivência da acadêmica em estágio curricular obrigatório, observou-se que uma das principais ações do assistente social no atendimento aos usuários na saúde hospitalar é a orientação a “[...] indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (BRASIL, 1993, on-line). Nesse sentido, o profissional através do método dialético crítico e as categorias do mesmo, ao estabelecer as mediações, abre espaço para que as teorias se concretizem, tornando-se guias das ações. Sem essas mediações, na indissociabilidade e unidade do pensar e do agir – teórica e prática -, “[...] as teorias se tornam vazias e inertes, e, sem as teorias, as mediações e tornam cegas ou caolhas” (CURY, 2000, p. 43).

Ou seja, na entrevista, principal técnica utilizada pelo Serviço Social do referido campo hospitalar, na identificação de elementos significativos da história de vida do usuário e da família e na ênfase dada a certos processos vivenciados, o assistente social estabelece mediações. A partir dessas mediações, há a superação da superfície da realidade, que ocorre quando o profissional relaciona as situações relatadas pelo usuário em uma entrevista com os aspectos mais amplos da realidade (STEFENON, 2017).

Ainda na articulação da vivência do estágio com os achados da revisão bibliográfica, há no artigo, intitulado “Trabalho Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde na

Contrarreforma Estatal”, publicado na Revista *Temporalis*, por Gleiciane Gomes e Liana Brito uma pesquisa de campo realizada com assistentes sociais em uma instituição hospitalar. A partir desta pesquisa, percebe-se uma aparente visão fatalista da prática profissional, resultado de uma deficiência na relação entre as competências teórico-metodológica, técnico-operativa e/ou ético-política e na carência de articulação com a teoria crítica. Na comparação com a vivência em estágio obrigatório, o campo no qual a acadêmica se inseriu, por ser um hospital escola, tinha privilégios, dentre eles está o maior número de assistentes sociais e a possibilidade de organização das profissionais para educação permanente, ofertada pela própria instituição seja ministrando eventos ou na disponibilização de salas e recursos para as reuniões internas do Serviço Social.

É importante também salientar que as assistentes sociais, participantes da pesquisa para o artigo acima, possuem vínculos empregatícios diferentes, mesmo atuando na mesma instituição e com as mesmas funções. Pode-se constatar que além da disparidade nos salários das profissionais, a diferença entre os vínculos estatutário e celetista não coloca todas as assistentes sociais enquanto uma unidade, já que parte significativa das mesmas poderá ter o vínculo com a instituição rompido mais facilmente comparado com outras profissionais. Embora as ações para a alteração da correlação de forças seja uma das primazias para a atuação do assistente social, é mais fácil tencionar o espaço sócio ocupacional quando se tem maior estabilidade nele.

Entende-se também que não se pode deixar de considerar que essa análise do socio ocupacional revela a realidade presente na política neoliberal, com suas repercussões no espaço institucional. Produzindo, desta forma, uma condição de “impotência” do profissional implicado com o Projeto Ético Político e restrito por uma materialidade posta que se assume determinante (GOMES; BRITO, 2015). A análise de Marx (1989) em relação a alienação do trabalhador em face ao capital, auxilia a perceber a condição profissional cerceada pela realidade presente na instituição e na política pública. No entanto, essa realidade é posta pela dinâmica da sociedade que é desdobramento das escolhas dos homens, dessa maneira, é produto da práxis social dos homens (LUKÁCS, 1978).

Dessa forma, não estamos diante de uma natureza dura, imutável, e sim de uma realidade dialética e contraditória em constante movimento. Nesse sentido, o desafio para a categoria profissional dos assistentes sociais é se apropriar desse movimento, que é a realidade social, e pela mediação de sua instrumentalidade, contribuir na melhoria das relações sociais e institucionais. O assistente social é desafiado nas suas competências no contexto de contradição expresso na política de saúde. As respostas por um lado podem ser de

ordem imediatistas, sem reflexão, limitando o pensar e agir profissional e conduzindo a crises de identidade, de outro podem ser construídas na reflexão crítica da sua própria condição de trabalho e, de forma coletiva, buscar alternativas apresentadas pela dinâmica dialética do real (GOMES; BRITO, 2015).

Gomes e Brito (2015), conforme resultados de sua pesquisa, ainda trazem que no ambiente hospitalar, a profissão médica ainda é tida como a única categoria autônoma, devido a seu caráter técnico e à sua contribuição objetiva na obtenção do princípio básico, no ambiente hospitalar, que é a recuperação da saúde. A pesquisa indica que algumas assistentes sociais apresentam dificuldades nessa relação entre as profissões, enquanto outras assistentes sociais apontam um reconhecimento de suas atribuições por outras categorias profissionais.

Tanto na vivência da acadêmica em estágio curricular obrigatório, quanto nos resultados do artigo de Gomes e Brito (2015), em todas as ações expostas, percebe-se que os assistentes sociais demonstram o compromisso com o Código de Ética de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão, quando destacam: a importância do trabalho multiprofissional na saúde; a busca pela fortalecimento da profissão, suas atribuições e funções; o comprometimento da equipe na contribuição para a garantia e o repasse de informações dos direitos do usuário; o conhecimento de serviços que estão na rede do usuário; o engajamento e participação da categoria com todos os espaços na Instituição.

Gomes e Brito (2015) apontam que, na instituição pesquisada, o Serviço Social vem consolidando seu trabalho profissional no espaço hospitalar, refletindo isso no reconhecimento e na legitimidade da categoria frente a instituição e ao usuário. Por essa razão, tanto no artigo analisado quanto na experiência de estágio curricular obrigatório, percebe-se o comprometimento da equipe de Serviço Social com o Projeto Ético Político da profissão, buscando a qualidade dos serviços prestados, a partir da constante educação permanente; a contribuição na formação acadêmica por ser campo de supervisão de estágio, de pesquisa e do aprimoramento profissional com a residência multidisciplinar em saúde.

Ainda articulando o artigo com as experiências vivenciadas pela acadêmica no campo de estágio obrigatório em serviço social, percebe-se que, historicamente, os hospitais são estruturados sob a perspectiva médico centrada, instituindo fortemente a preponderância do poder médico na instituição. Por essa razão, os hospitais se constituem como um “palco de saber” médico que objetiva “investigar” o corpo e tem nele seu objeto de interesse (BIER, 2017). O saber médico centralizada o cuidado no corpo dos usuários e tem dificuldades em considerar os aspectos social, cultural, político e familiar, que compõem os determinantes sociais de saúde.

Percebe-se que há uma relação intrínseca e direta entre o saber e o poder dentro de hospitais, havendo uma hierarquia entre os profissionais da saúde e entre os profissionais da saúde e os usuários, ou seja, o saber popular é ignorado nesses espaços. O poder médico é produzido e reproduzido pelas nossas relações no cotidiano profissional e também pessoal. Um dos principais desafios, se não o principal deles, é reverter essas situações que produzem submissão dentre classes de profissionais (STEFENON, 2017).

Um dos claros exemplos, além do fato de as coordenações dos hospitais serem exercidas apenas por profissionais da medicina, é o poder médico sobre a alta hospitalar do usuário, vivenciado no estágio obrigatório. Diariamente há a pressão médica por alta hospitalar dos usuários, que devido a inúmeros fatores acabam permanecendo internados, que inicia no topo da pirâmide hierarquia e vai se transpassando pelos patamares. O assistente social, na competência de fazer a mediação entre a instituição e usuário, se depara com a “pressão” médica para encontrar junto à família e a rede de serviços do território, alternativas para situações que viabilizem a alta do usuário. O Serviço Social é chamado para compor a orientação da alta quando há a identificação, pela equipe médica e/ou pela enfermagem, de alguma demanda para este profissional. Hoje é um desafio que, infelizmente, não raras vezes, o profissional é requisitado em momento próximo a data da alta ou ainda no momento exato da mesma.

A partir da vivência de estágio, quanto a organização das altas hospitalares, cabe salientar que na alta complexidade existe o processo de saúde-fábrica (SODRÉ, 2010), que consiste em uma “linha de montagem” para que os pacientes tenham sua “peça” tratada e sejam liberados de forma rápida. Frente a isso, os objetivos do Serviço Social possuem dificuldades para serem alcançados, posto que os assistentes sociais trabalham com o significado de saúde ampliado, um conceito que prevê a saúde para além da ausência de enfermidades. Contudo, a equipe médica, que tem uma perspectiva mais biologicista e que considera a saúde apenas como a ausência de doença, pressiona para que a passagem e/ou acompanhamento nessa complexidade seja o mais breve possível, dificultando a consideração da realidade deste usuário e das suas condições de vida (STEFENON, 2017).

O hospital escola, em questão, por ter uma gestão de caráter privado, mesmo se situando enquanto uma empresa pública, tem uma lógica capitalista de metas a serem batidas que proporcionam certificados de qualidade para a instituição. Pelo tempo de permanência exceder o tempo estimado, as “metas” da equipe não são alcançadas, segundo a própria equipe médica, afetando as metas e indicadores de avaliação de toda a instituição. Por essa razão que é relacionada ao capital, da lógica de ente privado, de metas a serem alcançadas, o

poder médico consolidado chega até o Serviço Social de uma maneira extremamente incisiva (STEFENON, 2017).

Há alternativas de enfrentamento ao poder médico como a tentativa, sem aparente sucesso, do trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde, que seria o estabelecimento de novas práticas e novos modos de pensar e produzir saúde, de trocas entre os saberes científico e o popular, para desmontar a delimitação de territórios e a lógica do conhecimento especializado. É no enfrentamento das ações cotidianas, nos rounds, no atendimento ao usuário, no trabalho em equipe é que o assistente social através de mediações e do estabelecimento de categorias analíticas como a cotidianidade, a historicidade e totalidade visa desconstruir a ideologia conservadora impregnada no ambiente hospitalar, construindo reflexões crítica sobre a conjuntura na qual todos enquanto classe trabalhadora estão inseridos (STEFENON, 2017).

3.3 Reflexões da atuação do assistente social em equipes multidisciplinares no âmbito hospitalar

O outro artigo analisado, publicado no periódico Serviço Social em Revista, Patrícia Xavier e Stella Lopes (2016) trazem “As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba”, onde fazem as considerações a partir de uma pesquisa de campo com assistente sociais deste espaço de trabalho. Segundo as autoras, no hospital em questão, o assistente social trabalha com equipe multiprofissional e reconhece a importância desta para o atendimento aos usuários. Ao mesmo tempo, os assistentes sociais se consideram como profissionais componentes da equipe, embora apenas um assistente social relatou participar de reuniões formais para discussão de situações⁹ com a equipe.

A problematização de situações entre o assistente social e a equipe multiprofissional aparece mais como uma conversa informal sobre a demanda a ser atendida de um usuário, do que um formato de reuniões, com caráter de troca de saberes entre pares na hierarquia. As dificuldades apresentadas pelos assistentes sociais entrevistados em relação às práticas de atendimento multiprofissional dentro do hospital, foram: falta de entendimento de outros profissionais, pois a situação social também é uma situação de saúde; atendimentos médico centrados; e setorização do trabalho. As falas dos assistentes sociais do artigo apontam as dificuldades do trabalho multidisciplinar dentro do hospital e também a fragilização da

⁹ No artigo original, utiliza-se a expressão “discussão de casos”, amplamente utilizada nos espaços hospitalares. Contudo, a acadêmica optou por não trazer a referida expressão por se remontar ao Serviço Social de Caso.

identidade profissional articulada com o projeto político crítico do assistente social (XAVIER; LOPES, 2016).

O hospital ainda enfrenta uma cultura de atendimento médico centrado no tratamento da doença, medicamentoso, com uso de tecnologias e protocolos, que visa apenas à cura. As autoras entendem que o modelo gerencial instituído no hospital favorece uma forma de atendimento mais horizontal e interdisciplinar, porém, a cultura organizacional existente ainda não permitiu esta horizontalização das relações na prática. Como, por exemplo, as reuniões que deveriam ser sistemáticas e um espaço de análise conjunta de situações de usuárias, acaba por se consolidar enquanto um simples repasse de situações em que uma profissão centraliza a coordenação da reunião (XAVIER; LOPES, 2016).

A prática multidisciplinar exige uma integração maior entre os profissionais da equipe, para que se oportunize uma sistemática de trabalho reconhecida por suas diretrizes. Em relação ao reconhecimento profissional do assistente social na instituição e pela equipe de trabalho, foram apresentadas falas antagônicas dentre as entrevistadas. Notam-se nos depoimentos das assistentes sociais as diferentes visões sobre o reconhecimento do profissional pela equipe e pelos diversos serviços. Isso pode acontecer, pois depende da unidade de serviço em que o assistente social está inserido, do entendimento da equipe sobre o trabalho do profissional de Serviço Social, do próprio assistente social e de como se estruturam as relações entre os profissionais da equipe (XAVIER; LOPES, 2016).

O Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993) prevê que o assistente social deve trabalhar e incentivar práticas interdisciplinares, pois estas têm importância fundamental para uma prática efetiva porque buscam decifrar as particularidades da questão social, numa visão de totalidade, sem perder as nuances da vida dos sujeitos sociais:

A interdisciplinaridade entendida aqui passa pela visão do enriquecimento mútuo com tendências a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto (VASCONCELOS, 2000, p. 47).

A partir do ponto de vista de Vasconcelos (2000), entende-se que o ideal seria mudar o modo de atendimento existente no hospital, ou seja, adotar um modelo de atendimento médico centrado em um cuidado compactuado por todos os profissionais de saúde envolvidos com o usuário, tendo a clareza das contribuições de cada profissional e de sua real importância dentro da equipe, para que se atinja um trabalho interdisciplinar, em prol do atendimento ao mesmo, e se efetive um diálogo entre as áreas.

Conforme os depoimentos constante no artigo analisado de Xavier e Lopes (2016) e a partir da vivência em estágio obrigatório pela acadêmica, percebe-se que a atuação interdisciplinar ainda possui dificuldades para se materializar em equipe multiprofissional¹⁰. Por esta razão, entende-se que unicamente o atendimento multiprofissional não atinge a integração completa entre as disciplinas, já que os profissionais centralizam seus conhecimentos específicos de cada área no atendimento da demanda apresentada. A categoria dos assistentes sociais realiza sua atuação nas relações sociais, e, por essa razão, busca uma visão ampla, dada por meio de uma leitura da totalidade e realidade. Para se aproximar dessa realidade, busca-se superar a disciplinaridade, em direção a uma prática interdisciplinar.

Enquanto umas das principais contribuições do assistente social neste campo, está a atribuição profissional de “[...] sinalizar os determinantes sociais e estabelecer relações e conexões necessárias entre as diferentes especialidades e a questão social” (VASCONCELOS, 2002, p. 435). Apesar das expressões da questão social serem objeto de trabalho do assistente social, não devem ser preocupação apenas desta categoria, pois isso limita e prejudica a viabilização de políticas sociais na direção dos interesses e necessidades dos usuários: “[...] a questão social, se é objeto de preocupação e de ação dos assistentes sociais, não é objeto exclusivo de sua responsabilidade” (VASCONCELOS, 2002, p. 435).

Ainda no artigo de Xavier e Lopes (2016), percebe-se que há por parte dos assistentes sociais uma preocupação em avançar no trabalho com outras áreas de conhecimento, pois entendem que os determinantes sociais devem ser considerados também pelos demais profissionais da saúde, para que possa haver possibilidade de um trabalho interdisciplinar dentro da equipe.

As alternativas que apareceram nas falas destes assistentes sociais, em relação a atuação em equipe multiprofissional, surgem como tentativa de instituir fluxos de atendimentos, “conversas” com a equipe e discussões sobre essas questões com a equipe. Nessas práticas com a equipe de saúde, percebe-se a importância desta articulação na intenção de um atendimento integral ao usuário. Entende-se que o assistente social na equipe é o profissional que identifica as necessidades do usuário e as condições sociais em que ele está inserido, desse modo, é ele que pode auxiliar a equipe a decifrar os aspectos do âmbito social, em busca acolher demandas e prestar uma atenção digna, para além do diagnóstico clínico, numa perspectiva de totalidade. Porém, compreende-se a necessidade de um trabalho

¹⁰ Considera-se que a categoria “multiprofissional” é diferente da categoria “multidisciplinar”, uma vez que a primeira se realiza no âmbito da prática, a partir de um conjunto de pessoas/profissionais, e a segunda no âmbito do conhecimento, a partir de um conjunto de saberes.

interdisciplinar para o atendimento articulado das diferentes profissões, em torno de objetivos comuns, para que, em conjunto, os diferentes profissionais possam alcançar o atendimento integral ao usuário, conforme estabelecido na Lei que regulamenta o SUS (XAVIER; LOPES, 2016).

Ressalta-se que são necessárias mediações para se compreender o usuário além de sua enfermidade, tendo que se posicionar frente às opiniões diversas e ter elementos para argumentar e discutir com a equipe sobre o modo e as condições de vida que o indivíduo usufrui fora da instituição. Para realizar estes tensionamentos é necessário permanecer articulado com os princípios da profissão, a fim de encontrar respaldo na intervenção, construindo assim, processos instituintes dentro desse poder médico que predomina na instituição. Por isso, conforme apresentado nos artigos científicos coletados, há dificuldade dos profissionais de instituir, manter e fortalecer a identidade profissional crítica frente às demais categorias (XAVIER; LOPES, 2016).

Na vivência de estágio obrigatório, nota-se que, mesmo que o Serviço Social diariamente firma a identidade profissional, desde a participação dos rounds até nos atendimentos com os usuários e suas famílias, há limites no trabalho profissional, caracterizando a relativa autonomia da categoria. O assistente social, por se inserir em diversos processos de trabalhos, está à mercê também das relações de poder que imperam principalmente em locais nos quais a lógica médica centrada é hegemônica. Contudo, é necessário também pautar que todos os profissionais estão inseridos na lógica do capital de exploração da força de trabalho (STEFENON, 2017).

Na atuação da acadêmica no estágio obrigatório, percebe-se que o Serviço Social deste campo apresenta limites e desafios em seu trabalho, especialmente na atuação profissional em equipes multiprofissionais. Nas reuniões, os ditos “rounds”, com as demais profissões, o assistente social objetiva articular suas intervenções com as demais categorias:

A assistência social fundamentada no modelo tradicional, biomédico, traz limitações ao trabalho em equipe, favorece a fragmentação da atenção, a produção de saúde centrada nos procedimentos e na doença, e não no usuário, e a concentração do poder de decisão na figura do médico, situando a atuação dos demais profissionais de forma periférica e com desigual valoração (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 107).

Frente a este contexto, destaca-se que pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde e a finalidade com vistas busca da

integralidade do usuário. Ao mesmo tempo, outra principal contribuição do assistente social no campo, está em estimular a articulação com as outras políticas na comunicação com outros setores que também atendem ao mesmo usuário, tendo em vista que ações fortalecem a articulação entre as políticas sociais, visando contribuir para a superação da fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais do usuário (CFESS, 2010). Pontua-se novamente que a importância da interdisciplinaridade está no fato do usuário ser um todo indivisível, e por consequência, o atendimento ao mesmo também deverá ser indivisível.

O último achado desta revisão bibliográfica foi o artigo de Laura Leal e Marina Castro, publicado em 2017 na Revista Serviço Social e Saúde, intitulado “Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o trabalho do assistente social”. Ele traz a pesquisa realizada com assistentes sociais no campo hospitalar de Juiz de Fora/MG. As autoras apontam informações sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar¹¹ (PNHOSP), como o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica de fragmentação dos saberes. Estimula o trabalho em equipe, visando uma atenção mais integral do usuário.

A pesquisa evidenciou que a efetivação da PNHOSP apresenta diversas dificuldades de operacionalização no cotidiano do exercício profissional devido à centralidade médica, a visão hospitalocêntrica e o foco na doença. Um dos maiores desafios se encontra no fato de não haver espaços efetivos onde a equipe possa acompanhar conjuntamente os usuários e debater sobre o seu plano de cuidado dos mesmos.

Segundo Silva e Santos (2006) apenas um trabalho de real integração e o estabelecimento de interrelações entre as diversas profissões, propiciará a criação de condições para se enfrentar a complexidade do cuidar a partir da integralidade. Desta forma, ressalta-se a equipe pode funcionar como agrupamento de agentes ou como integração de trabalhos: “[...] a primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda pela articulação consoante à proposta de integralidade das ações de saúde [...]” (PEDUZZI, 2001, p. 105-106). Diante dos dados da pesquisa de Leal e Castro (2017), observa-se que o trabalho em equipe não se apresenta de forma articulada, e se constitui enquanto um agrupamento de agentes. Uma das assistentes sociais apontou que não há na instituição em que atua, nenhum movimento para um trabalho articulado entre a equipe.

¹¹ A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi criada pela portaria nº 3.390 de dezembro de 2013, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo por base a Política Nacional de Humanização. As suas disposições passam a ser referência para todos os hospitais, sejam públicos ou privados, que prestam ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEAL; CASTRO, 2017).

Dessa forma, “[...] é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre os seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais” (IAMAMOTO, 2012, p. 64). Ao contrário desta ideia, o trabalho em equipe exige que os profissionais tenham ainda maior articulação com o Projeto Ético Político e as suas reverberações nas atribuições do assistente social. Igualmente, é necessário que cada profissional possa contribuir dentro das suas especificidades para o tratamento dos usuários. Agregado a este processo, tem-se a natureza do espaço hospitalar, fortemente marcado por modelos verticalizados, focados apenas na doença e no tratamento, permeado por pactuações para o desenvolvimento do trabalho que colocam os médicos em posição privilegiada, com baixa interlocução com outras áreas.

Cecílio (1999) indica que, historicamente, a categoria médica evita qualquer tipo de ações que submeta o seu trabalho ao de outros profissionais, bem como da parte burocrática do exercício profissional. Essa discussão do autor foi identificada tanto na pesquisa de Leal e Castro (2017) quanto na vivência de estágio obrigatório da acadêmica, principalmente no que se refere ao preenchimento de laudos, relatórios e atestados médicos, onde parcela dos profissionais assume postura que, muitas vezes, dificulta o acesso dos usuários aos seus direitos.

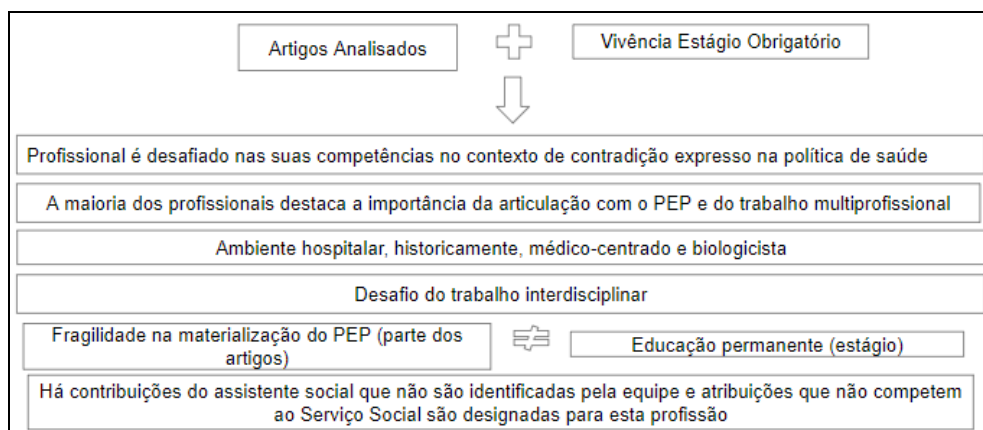
No que tange a identidade profissional, o artigo aponta que outra questão que envolve o trabalho do assistente social em articulação com a equipe se relaciona as demandas indevidas encaminhadas para o profissional. Nesse sentido, é fundamental discutirmos o cotidiano haja vista que o conservadorismo da gênese da profissão ainda permeia o imaginário social em relação ao atuação do assistente social. Refletir sobre o trabalho em equipe no cenário hospitalar requer pensar nas ações voltadas aos usuários e suas necessidades, e não exclusivamente nas categorias profissionais. Tomar essa prática requer mudanças estruturais nas organizações dos serviços de saúde:

O conceito “trabalho em equipe” é uma preocupação antiga, na medida em que nenhum profissional consegue, isoladamente, alcançar a finalidade do trabalho em saúde. Mas é flagrante, a ausência de sistematização, o que prejudica os trabalhos de melhor qualidade em saúde. Na formação acadêmica, em geral, os profissionais recebem apenas o conhecimento estrito dos conteúdos disciplinares, sem elo de mediação objetiva (SOUZA; MOURÃO, 2001-2002, p. 35).

Leal e Castro (2017) apontam que o que se destaca nas falas das assistentes sociais é a centralidade médica na condução das atividades e das reuniões de equipe. Nesse sentido, foram apontados aspectos como: a centralidade médica nas decisões com relação ao paciente,

em detrimento da equipe; a segregação do espaço físico, a visão fragmentada dos usuários, além de questões como a falta de isonomia salarial.

Figura 1 - Síntese Gráfica dos Resultados a partir da Revisão Bibliográfica



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Conforme a Figura 1 acima, a partir dos apontamentos dos artigos e das reflexões inferidas a partir dos mesmos, pode-se constatar que, embora algumas das ações dos assistentes sociais sejam percebidas pela equipe multiprofissional, há contribuições deste profissional que ainda não são identificadas pela equipe assistente. Entende-se que esta constatação está alicerçada sobre o processo sócio histórico da profissão, entretanto com o fortalecimento e maior articulação da categoria a partir das últimas décadas do século passado, juntamente com a aproximação do Serviço Social com a teoria marxista, analisa-se que a concepção de identidade percebidas pelos demais profissionais está se transformando.

3.4 Limites e desafios atuais da categoria quanto às perspectivas da profissão na atuação multidisciplinar

A cultura organizacional existente nos serviços de saúde do âmbito hospitalar ainda não permite uma horizontalização das relações na prática. Isso se deve aos atendimentos ainda centrados no modelo biomédico, à falta de condições e meios de trabalho, à organização de cada unidade gerencial e à relação entre os profissionais da equipe. Assim, o trabalho interdisciplinar não foi identificado na prática dos assistentes sociais. Os atendimentos em equipe centram-se no trabalho multidisciplinar. O atendimento multiprofissional, por si só, faz com que não haja uma integração efetiva entre as disciplinas, uma vez que os profissionais centralizam seus conhecimentos específicos de cada área no atendimento da demanda

apresentada, “A multidisciplinaridade, geralmente, é muito vivenciada, devido à demanda das Instituições por esta modalidade de atendimento, fato que implica superposição dos conhecimentos de diversas áreas” (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p. 5).

Não se pode negar que houve um passo em relação ao trabalho interdisciplinar, mas falta oportunizar uma inter-relação ou troca entre os profissionais “[...] para o enriquecimento mútuo com tendências à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto [...]” (VASCONCELOS, 2000, p. 47), para que se atinja um trabalho interdisciplinar em prol do atendimento ao usuário, possibilitando um diálogo entre as áreas. O não entendimento das atribuições do assistente social, dentro da equipe, pode se dar devido à falta de uma sistematização da prática e de uma discussão maior do que compete ou não ao assistente social, independente do setor em que esteja inserido. Tal fato se reflete no reconhecimento da importância desse profissional dentro da instituição, visto que a valorização profissional foi destacada nas falas dos assistentes sociais entrevistados nos artigos analisados.

Dessa forma, é evidente e imprescindível a necessidade de se pensar e discutir como o exercício profissional está sendo refletido na esfera da sistematização das práticas. Esta discussão deve ser feita tanto pela categoria dos assistentes sociais, dentro do hospital, quanto com outros profissionais que constituem a equipe com a qual trabalham, com o objetivo de sistematizar a prática do serviço social, definir o que compete ao assistente social e, assim, clarificar sobre a atuação do assistente social na equipe, bem como, suas atribuições e competências. As dificuldades apresentadas no dia a dia da prática atentam para a existência de contradições entre as ações de saúde realizadas no cotidiano do trabalho, dentro do hospital, e o preconizado pelo SUS, contradições estas expressas nos atendimentos prestados na instituição e nas práticas dos profissionais de saúde.

As alternativas para a superação das dificuldades, apresentadas nos discursos dos entrevistados nos artigos revisados, evidenciam a necessidade de horizontalização das relações por meio do diálogo e de discussões, para a resolução dos problemas. Conforme exposto pelos profissionais pesquisados, todos almejam que o lugar do assistente social, na equipe, seja efetivo pela execução de uma prática que responda às demandas sociais da realidade e que estejam em consonância com as finalidades, os objetivos, os valores e os princípios éticos políticos estabelecidos em seu Código de Ética Profissional e na legislação do SUS.

Mesmo que o Serviço Social brasileiro percorra significativas transformações nas últimas décadas, ainda há a conexão da profissão relacionada a ajuda como princípio fundador

da identidade do assistente social, e tal associação ainda é constante mesmo depois da inserção do Serviço Social nas políticas sociais. Na transformação da “identidade atribuída” é extremamente necessário estabelecer um novo padrão de identidade, embasando-se, principalmente na dimensão política em articulação com a classe trabalhadora: “A construção da identidade profissional decorre de vários elementos, mas o principal é fazer-se sujeito histórico, mergulhar na relação cotidiana travada institucionalmente com a população usuária” (CAVALCANTI, 2015, p. 6).

Os assistentes sociais têm o desafio de renovar e de mudar as suas práticas em face e conforme as transformações das relações sociais. A profissão dentro desse processo necessita se atualizar para responder às novas exigências e demandas no mundo do trabalho. Compete a categoria profissional elaborar novas estratégias e procedimentos, sem abandonar as características historicamente conferidas a sua intervenção, pois “Coexistem no Serviço Social brasileiro, na atualidade, práticas renovadas ao lado de ‘velhas’ práticas [...]” (YAZBEK, 2009, p.16). No campo interventivo da profissão, significativas mudanças ocorreram e continuam ocorrendo, e neste cenário as identidades profissionais são “Permanências e são transformações, são processos de identificação em curso, o que fica bem presente nas formas pelas quais a profissão aparece socialmente. [...] somos assistentes sociais por uma questão de identidade” (MARTINELLI, 2010, p. 20).

Conforme vivenciado em estágio obrigatório, assim como a categoria médica, como a totalidade da classe trabalhadora na qual também faz parte, a categoria profissional dos assistentes sociais também se insere no mundo da força de trabalho explorada e precária. Da mesma forma, o assistente social não dispõe de todos dos meios necessários para a realização do seu trabalho, não possui um único processo de trabalho próprio, mas se insere em processos pré-estabelecidos pela instituição empregadora:

Ainda que disponha de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis, e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. Ora, se assim é, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o trabalho do qual ele participa. (IAMAMOTO, 2005 p. 63).

Nessa perspectiva, hoje o Serviço Social tem o desafio de construir estratégias de forma a repensar as ações do cotidiano e se utilizar do constante questionamento de que, não apenas como profissionais da saúde, fazem e (re)produzem. Face a isso, pode-se

desnaturalizar o que já está instituído – como meramente a ausência de doença enquanto ideal de saúde, como o poder médico, como a instituição hospital enquanto um espaço de venda de mercadorias -, recriá-los a partir da desconstrução dos mesmos, construindo um pensar e agir mais humano (BEIER, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui, trata-se de ponderações e percepções finais sobre o processo de formação profissional da acadêmica, principalmente sobre estágio curricular obrigatório e o processo de execução e finalização do trabalho de conclusão de curso. Há certeza que este produto final tem sua contribuição na relevância e impacto social para o estudo do conhecimento do Serviço Social e, também, para o trabalho dos assistentes sociais nos espaços ocupacionais da alta complexidade em saúde.

É necessário compreender que nenhuma profissão pode ser explicada senão por sua inserção na história e no movimento da sociedade (CASTRO, 2011). E a partir dessa afirmação, entende-se que a identidade do serviço social inicialmente atribuída, assim como em todas as demais profissões, se transforma de acordo com o processo sócio histórico no qual se insere. Quer dizer, a identidade profissional está em processo de transformação desde a década de 1930, a partir dos caminhos percorridos tanto pela profissão, quanto pelos profissionais no desenvolvimento do capitalismo periférico no Brasil. A identidade profissional como ela é articulada hoje, com o Projeto Ético Político, é, assim determinada, devido as inúmeras transformações. Na análise do Serviço Social em cada década dos séculos XX e XXI, cada geração de profissionais é a mais inovadora possível para a época no qual se inseria.

É apenas com o processo de transformação, com cada dinâmica modificada, cada caminho percorrido que a categoria amadurece política e intelectualmente, e por consequência, a identidade profissional e a identidade percebida pela equipe no qual o assistente social se insere. Embora, conforme percebido nos achados científicos deste trabalho final, há conservadorismo não apenas pela equipe no qual o assistente social se insere, como também, algumas vezes, pelo próprio profissional.

A partir dos artigos publicados nos principais periódicos científicos que tem em seu teor publicação do Serviço Social, entende-se que o número de estudos acerca da identidade profissional no âmbito hospitalar ainda são insuficientes e que a própria temática é carente de debate dentro da categoria. Embora os hospitais, historicamente, sejam um campo com um significativo número de assistente sociais inseridos.

Embora com o processo de transição da identidade atribuída para a identidade articulada com o PEP, e mesmo com o trabalho crítico de profissionais no cotidiano, ainda há traços da gênese da profissão na identidade do assistente social. Salienta-se que o contexto e a

conjuntura atual se alinham com o conservadorismo, sendo difícil, e necessário, transpor e transgredir a linha de valores já postos pelos meios de produção capitalista e o enrijecimento das instituições sócio ocupacionais, principalmente as hospitalares, nas quais as intervenções do trabalho do assistente sociais são requisitas de formas imediatistas pelas instituições. Além do desafio de diariamente firmar a identidade profissional do PEP junto aos usuários e a equipe, o assistente social recebe uma demanda institucional e é desafiado a transformá-la para uma demanda do Serviço Social.

Por fim, é necessário propor a problematização da identidade do assistente social nos espaços hospitalares enquanto tema da agenda profissional, uma vez que, conforme resultados deste trabalho, é insipiente a produção acadêmica que verse sobre a temática. Ao mesmo tempo, entendendo que a formação acadêmica e profissional são uma unidade e são indissociáveis, pretende-se retornar para o ambiente desta universidade e, talvez, continuar com essa problematização que tem sua relevância social e é diretamente imbricada no cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 ago. 2018.
- BEIER, Simone. **O Hospital**: algumas reflexões. Material apresentado na reunião dos estagiários de Serviço Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, 2017. 86 slides. Disponível na versão impressa na instituição.
- BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. Biblioteca Básica do Serviço Social, v.2, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 211 p.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Brasília, DF: UnB/CEFSS, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_co_nquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- _____. **A Crise Estrutural do Capital**: Acumulação e Superexploração. Aula inaugural do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: 17 a 21 de Março de 1986. Brasília, DF: 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 14 ago. 2018.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 14 ago. 2018
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 14 ago. 2018.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm> Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. **Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 03 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2014. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf> Acesso em 13 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). **Princípios do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF, [2018?]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 14 ago. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996. 352 p.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. IN: BRAVO; Maria Inês Souza; et al. (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p.25-37. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf Acesso em 13 ago. 2018

_____. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. Editora Cortez, 4. ed. Rio de Janeiro – UERJ, 2009. 263 p.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e Poderes no Hospital - uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998. 300 p.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p.85-112, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 14 ago. 2018.

CASTRO, Jamile Silva; ANDRADE, Laurinete. Serviço Social e o SUS: Desafios na Prática do Assistente Social. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, SP, v.3, n.1, p.111-126, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634923/2812> Acesso em 03 ago. 2018.

CASTRO, M. M. **História do serviço social na América Latina**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 176 p.

CAVALCANTE, A. S.; REIS, M. L.; LIRA, S. A. Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia. In: **Circuito De Debates Acadêmicos**, 2011, Brasília. Anais... Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <
<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo30.pdf>> Acesso em 13 ago. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **A Constituição da Identidade e o Exercício da Autonomia Profissional do Assistente Social no SUS**. 2015. Disponível em: <
<http://www.ppgssufpb.com.br/sepsass/wp-content/uploads/2010/01/identautonomiadoassistsocSUS.pdf>> Acesso em 25 maio 2018.

CECÍLIO, L.C. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, nº 2, p. 315-329, 1999. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 14 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <
http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf> Acesso em 14 ago. 2018.

_____. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso 13 ago. 2018.

COSTA, Roberta Vlândia Braga; SEVERIANO, Evânia Maria Oliveira. Serviço Social e Identidade Profissional no Espaço Hospitalar. Londrina: **I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos**, 2015. Disponível em:
 <http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/51_servico_social_hospitalar.pdf > Acesso em 26 de Abril de 2018.

CURY, Antônio. **Organização e métodos: uma visão holística**. – 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 600 p.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **Constituição da Saúde como Política Pública no Brasil**. Síntese elaborada para fins didáticos para a disciplina de Seguridade Social: Políticas de Saúde - UFRGS. Porto Alegre: 2016. 27 slides. Disponível em: <
https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/1600378/mod_resource/content/1/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20como%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica%20no%20Brasil.pdf> Acesso em: 14 de ago. 2018.

_____. **Modos Explicativos do Processo Saúde-Doença**. Sistematização para fins didáticos na disciplina de Seguridade Social II: Políticas de Saúde. Porto Alegre, 2015. 4 p. Disponível em: <https://moodle.ufrgs.br/mod/resource/view.php?id=968841> Acesso em: 26 de abr. 2018

FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003. Disponível em: <
http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.27%2C+N.65+-+set&pesq=&x=53&y=11> Acesso em 13 ago. 2018.

GELBCKE, Francine; MATOS, Eliane; SALLUM, Nádia. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, p.

31-39, 2012. Disponível em:

<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087> Acesso em: 19 ago. 2018.

GOMES, Gleiciane; BRITO, Liana. Trabalho Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde na Contrarreforma Estatal. **Revista Temporalis**. Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10132/8400>> Acesso em: 03 ago. 2018.

GOMES, Nilvania Alves. Serviço Social e Interdisciplinaridade: Confluências e Desafios. **4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. 2016. Disponível em: < <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/b0/b05174b2-f299-4679-8d9a-70cdd43580ed.pdf> > Acesso em: 26 abri. 2018.

GUEDES, Heloísa; CASTRO, Marina. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social Em Revista**. Londrina, v. 12, n.1, p. 4-26, jul/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035/8770>> Acesso em: 03 Ago. 2018.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2005. 288 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social no tempo do capital fetiche**. Tese apresentada para concurso de professor titular na FSS/UERJ. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: http://ava.unit.br/dokeos/conteudo/pdf/SS_Contemporaneidade.pdf Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. ed. – São Paulo, Cortez, 2010a. 328 p.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. - 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010b. 496 p.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade. In: Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão**. 2012. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>> Acesso em: 14 ago. 2018.

IAMAMOTO, Marilda V; Raúl, CARVALHO. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 37. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 400 p.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Política Nacional de Atenção Hospitalar: impactos para o trabalho do assistente social. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, SP, v.16, n.2, p.211-228, jul./dez. 2017. Disponível em: < <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651464/17510>> Acesso em: 03 ago. 2018.

LONARDONI, Eliana; OLIVEIRA, Juliene. Serviço Social e Direitos Sociais: entre a garantia legal e o acesso. **III Encontro de Iniciação Científica e II Encontro de Extensão Universitária do Centro Universitário Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente**

Prudente. Versão em CD-Rom. Presidente Prudente: CUAÉ, v.3, n.3, 2007. Disponível em: < <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/1534>> Acesso em: 13 ago. 2018.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade humana. In. **Temas de Ciências Humanas**. São Paulo: Livraria Ed. Ciências Humanas, 1978. 171 p.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. 15. ed. – São Paulo: Cortez, 2010. 165 p.

MARX, Karl. Trabalho alienado e superação positiva da auto-alienação humana. In. FERNANDES, F. (Org.). **Marx e Engels: história**. São Paulo: Ática, 1989. 496 p.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

_____. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. **Revista Interações**. n. 17, 2009, p.45-63. Disponível em: < <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/315/327/>> Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº 124, p.678-698, out./dez. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.046>> Acesso em: 13 de ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata**, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso 14 ago. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p.435-442, 2010. Disponível em: < <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937/1880>> Acesso 02 jan. 2019.

NETTO, Paulo Neto. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf> Acesso em 13 ago. 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, vol.35, n.1, 2001, vol.35, n.1, p.103-109. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 13 ago. 2018.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008. 214 p.

_____. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Organizadores: Giselle Lavinias Monnerat; Ney Luiz Teixeira de Almeida; Rosimary Gonçalves de Souza. Campinas, SP: Papel Social, 2014. 288p.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação nacional dos trabalhadores em seguridade social – CUT, Annablume, 1998. 254 p.

REZENDE, Jamille; MORAIS, Rígela; CASTRO, Marina. Educação em Saúde no espaço hospitalar: desafios para o serviço social. **Revista O Social em Questão**. Rio de Janeiro. Ano XIX, nº 35. 2016. p. 333-348. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_35_1_SL_Rezende_Morais_Castro.pdf> Acesso em: 03 ago. 2018.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no Hospital público. In: MERHY, E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, p. 321-352, 1997.388p.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. Do conhecimento teórico sobre a realidade social ao exercício profissional do assistente social: desafios na atualidade. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Org.). **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016. p. 265-285.

SANTOS, Nayara; ELEUTÉRIO, Adriana; LIMA, Rosa. O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários. **Serviço Social em Revista**. 2015, v17, n2, p.146-168. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/20965/17691>> Acesso em: 03 ago. 2018.

SILVA, H. H. **Na mira da prevenção- DST/AIDS**: uma experiência de Educação em Saúde no contexto do HU/UFJF. Monografia (especialização em Saúde Coletiva). Juiz de Fora: UFJF, 2005. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/download/21390/15508> Acesso em: 03 ago. 2018.

SILVA, Ivone; HILLESHEIM, Jaime; SOARES, Aparecida. A prática de estágio em Serviço Social na área da saúde: socializando experiências. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 15(1):63-77, jan.-jun./2009. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/360/317> Acesso em 03 ago. 2018.

SILVA, Luciana Maciel; SANTOS, Manoel Antônio. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multiprofissional em transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto. **Simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas**. 2006, p. 415- 424. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/398> Acesso em: 19 ago. 2018.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004> Acesso em 03 ago. 2018.

SOUZA, A.I; MOURÃO, A.M.A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária**. Juiz de Fora, ano IV, n 9, p.35-37, dez.2001/maio 2002.

STEFENON, Paolla. **Relatório de Estágio Curricular em Serviço Social III**. Porto Alegre: 2017. 157 p. Disponível em DVD na Comissão de Graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011. Disponível em:

<https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf> .

Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ed. especial, Brasília, Ministério da Saúde, ano V, n. 7, p.10-23, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-04.pdf> Acesso em: 08 ago. 2018.

TEIXEIRA, Carmen; SOLLA, Jorge. Modelos de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2018.

TEIXEIRA, S. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. (org.) **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez. 1989. 232p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Resolução 04/2017**. Dispõe sobre as diretrizes e normas para a realização do trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Serviço Social da UFRGS. Porto Alegre: 2017. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psicologia/graduacao/servico-social/comgrad/tcc/Resolucao022013TCCServicoSocialFinalDiretrizesenormasparaarealizaodotrabalhodeConclusaodeCurso.pdf> Acesso em: 14 ago. 2018

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas. In: **Política Social e Democracia**. Editado por M. I. S. Bravo e P. A. P. Pereira. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001. 288p.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática Profissional do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde**. São Paulo: Cortez. 2002. 600p.

VASCONCELOS, Eduardo. Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. 328p.

XAVIER, Patrícia Regina; LOPES, Stella Maris. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serviço Social Em Revista**. 2016, v18, n2, p.132150-168. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18507/19107>> Acesso em: 03 ago. 2018.

YAZBEK, M.C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.p.125-141. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3D6F81pn1Nsm7lhGdgh1.pdf>> Acesso 14 ago. 2018.