Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde

(Versão Preliminar)

GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

BRASÍLIA, MARÇO DE 2009

ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

Neile d’Oran Pinheiro
Kátia Regina Madeira
Pedro Alves Fernandes
Rodriane de Oliveira Souza
Sâmbara Paula Francelino Ribeiro

Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS):

Helcia Noyma Ramalho de Lacerda	CRESS 23ª Região/RO	Região Norte
Heleni Duarte Dantas de Ávila	CRESS 5ª Região/BA	Região Nordeste
Gessimara Sousa	CRESS 17ª Região/ES	Região Sudeste
Sueli Preidum de Almeida Coutinho	CRESS 11ª Região/PR	Região Sul
Ivone Alves Rios	CRESS 21ª Região/MS	Região Centro-Oeste

Coordenação do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”

Rodriane de Oliveira Souza

Assessoria Técnica do CFESS e Sistematização do Documento

Maria Inês Souza Bravo

Assessoria e Representação do CFESS no Conselho Nacional de Saúde

Ruth Ribeiro Bittencourt

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

Gestão 2008 – 2011

Atitude crítica para avançar na luta

Presidente: Ivanete Salete Boschetti

Vice-presidente: Sâmbara Paula Francelino Ribeiro

1ª. Secretária: Tânia Maria Ramos de Godoi Diniz

2ª. Secretária: Neile d'Oran Pinheiro

1ª. Tesoureira: Rosa Helena Stein

2ª. Tesoureira: Telma Ferraz da Silva

Conselho Fiscal

Silvana Mara de Morais dos Santos

Pedro Alves Fernandes

Kátia Regina Madeira

Suplentes

Edval Bernardino Campos

Rodriane de Oliveira Souza

Marinete Cordeiro Moreira

Kênia Augusta Figueiredo

Marcelo Sitcovsky Santos Pereira

Maria Elisa dos Santos Braga

Maria Bernadette de Moraes Medeiros

Marylúcia Palmeira Mesquita

SUMÁRIO

Apresentação

1. Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais

2. Serviço Social e Saúde

3. Atuação do Assistente Social na Saúde
    3.1. Atribuições e Competências dos Assistentes Sociais
    3.2. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde
    3.2.1. Ações Assistenciais
    3.2.2. Ações em Equipe
    3.2.3. Ações Socioeducativas
    3.2.4. Ações de Mobilização, Participação e Controle Social
    3.2.5. Ações de Investigação, Planejamento e Gestão
    3.2.6. Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

Algumas Reflexões

Referências Bibliográficas

APRESENTAÇÃO

Esse documento ora intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008[1], que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS / CRESS[2].

Visa responder um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-lo a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns as várias dessas frentes, e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, com as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo.

Para sua elaboração foram consultadas diferentes publicações e documentações do CFESS e dos diversos Conselhos Regionais que abordam as atribuições e competências profissionais bem como documentos publicados por diversas secretarias municipais e estaduais de saúde e pelo Ministério da Saúde, que se sustentam a partir da Resolução nº 218, de 6/3/1997

[1] Em 26 de março de 2008, é publicada a portaria CFESS nº 10, que institui o Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde composto por um representante de CRESS de cada região do país e cinco conselheiros do CFESS. Devido a alterações na composição do GT, é publicada a Portaria CFESS nº 02, de 26 de janeiro de 2009. Esse grupo de Trabalho conta com a assessoria técnica da profª Dra. Maria Inês Souza Bravo.

[2] Os referidos encontros foram realizados, respectivamente, em 2007, na cidade de Natal, e em 2008, na cidade de Brasília. Em 2007, a Deliberação nº 14 do Eixo Fiscalização Profissional define que se deve “incluir no estudo do Grupo de Trabalho sobre Serviço Social na Saúde, considerando as contribuições dos CRESS’s 7ª e 15ª Regiões, as competências dos Assistentes Sociais no processo de alta e remoção de pacientes em unidades de saúde, comunicação de óbito e demais atribuições”. Já em 2008, a Deliberação nº 18 também do Eixo Fiscalização Profissional estabelece que se deve “concluir os estudos do GT Saúde até março de 2009, acerca de: a) competências e atribuições dos assistentes sociais na saúde...”.

do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

A sua construção foi realizada em quatro reuniões de trabalho[3]. Inicialmente, foi definida a estrutura do documento e a metodologia para coleta de informações acerca das atribuições e competências profissionais já sistematizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS's). Nesse processo, alguns Regionais como o da Bahia e Rio Grande do Sul realizaram oficinas com vistas a subsidiar esse documento. As reuniões que se sucederam aprofundaram os conteúdos das atribuições e competências profissionais no campo da saúde.

Nessa perspectiva, o texto consiste numa aproximação ao tema que será submetida a discussão dos Conselhos Regionais de Serviço Social bem como da categoria de assistentes sociais. Posteriormente, também será objeto de debate no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, a se realizar em junho de 2009, na cidade de Recife – PE.

Esse documento está estruturado em quatro itens. O primeiro intitulado "Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais" recupera a luta por saúde nos anos oitenta, a construção do Projeto de Reforma Sanitária e apresenta os impasses vividos dos anos noventa até os dias atuais. Já o segundo item aborda a discussão teórica e política presente no Serviço Social na Saúde, apresentando alguns desafios postos na atualidade para o fortalecimento do projeto ético político profissional. Intitulado "Atuação do Assistente Social na Saúde", o terceiro item caracteriza inicialmente as atribuições e competências gerais do assistente social e, em um segundo momento, discute a intervenção do profissional na saúde, a partir de seis eixos de ação, a saber: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Por fim, o texto aponta para "Algumas Reflexões" fruto da elaboração realizada.

Esse texto, contudo, não pretende abordar os indicadores acerca dos parâmetros quantitativos de atendimento dos assistentes sociais na saúde por compreender que esse debate não deve ser feito descolado dos parâmetros de intervenção profissional nas demais políticas

[3] Essas reuniões foram realizadas na sede do CFESS, em Brasília. O primeiro encontro do GT se deu em 14 de junho de 2008, o segundo nos dias 22 e 23 de setembro de 2008, o terceiro entre os dias 06 e 07 de fevereiro de 2009, e o quarto encontro em 13 de março de 2009.

públicas. Outrossim, reitera-se aqui a necessidade de se realizar essa discussão tendo como referência para análise e construção desses parâmetros[4] os seguintes eixos:

a) o subsídio às lutas pela ampliação da presença desses profissionais nas instituições responsáveis pelas políticas;
b) a qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho do assistente social;
c) a viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura;
d) as referências já existentes nas diretrizes e leis nacionais;
e) a superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais.

Espera-se, com esta publicação, fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil.

1. SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DESAFIOS ATUAIS[5]

A Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social e atende às históricas reivindicações da classe trabalhadora.

Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais com destaque para os conselhos e conferências.

[4] Ver deliberação nº 15 do Eixo Seguridade Social do Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS / CRESS, realizado em 2008.

[55] Este item tem por base as elaborações de Bravo (1999 e 2006).

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas da classe trabalhadora, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho, e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar condição de vida e trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo.

Na Década de 1980, as classes trabalhadoras não conseguiram interferir significativamente na ordem econômica, apesar de terem obtido significativas vitórias no âmbito social e político, num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial que se instalou no Brasil desde 1964. O que se verificou para os trabalhadores, no final dessa década, foi uma conquista no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico. Apesar das conquistas dos movimentos sociais organizados, a transição do regime autocrático para o sistema democrático ocorreu com marcas subalternizadas, ou seja, operou uma "transição negociada", sem uma ruptura radical com as forças políticas até então hegemônicas, sejam do regime militar, do latifúndio e do grande capital, sobretudo do capital bancário (Coutinho *apud* Mota,1995).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)[6]. O Projeto de Reforma Sanitária, tendo no SUS uma estratégia, tem como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e eqüidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da "saúde como direito de todos e dever do Estado" (Bravo, 1999; Bravo & Matos, 2001).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS,

[6] Conformam a Lei Orgânica da Saúde as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 27 de dezembro de 1990.

em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

Em 1989, nas eleições presidenciais, há disputa entre dois Projetos Societários: Democracia de Massas X Democracia Restrita (Netto, 1990), construídos na dinâmica da relação Estado – Sociedade. O projeto Democracia de Massas prevê a ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais. Esse projeto propõe articular a democracia representativa com a democracia direta e atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de construir respostas às expressões da questão social.

O projeto Democracia Restrita restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as *questões sociais*. O enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas.

Na década de 1990, com a derrota do Projeto Democracia de Massas, consolida-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da constituição de 1988 - com destaque para a concepção de Seguridade Social - e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado (Mota, 1995).

Verifica-se, nessa década, a afirmação das reformas de cunho neoliberal, defendida pelas agências internacionais. O projeto do grande capital tem como vetores privilegiados, segundo Mota (1995), a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor.

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contra-revolução (Guerra, 1998) ou contra-reforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais.

A contra-reforma do Estado atingiu a Saúde através das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a

concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado. O subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

Entende-se que todas essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, através do pacote mínimo para a saúde. A universalização não ocorre e os programas focalizados passam a ser excludentes, havendo um outro sistema para os consumidores. Identifica-se a persistência de notórias dificuldades no sistema, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras questões, são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde.

Segundo Tavares, a Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 *"foi uma construção interrompida de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país"* (2004, p.11).

No novo século, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, havia a expectativa de construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Entretanto, esta expectativa não se concretizou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito.

A expectativa que se colocava para o governo Lula da Silva era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco e com a pressão do desfinanciamento e a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida.

O Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

O projeto saúde articulado ao mercado ou reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Nesse contexto, diversas entidades situadas até então no campo progressista têm substituído suas lutas coletivas por lutas corporativas, restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes que tem como perspectiva a "americanização perversa" da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva (Viana, 1999). Esse projeto coletivo, cuja construção iniciou-se nos anos oitenta, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Nesta conjuntura, as entidades do Serviço Social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos setenta. Tem-se por pressuposto que transformações nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas através de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital, e lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE[7]

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde e, principalmente a partir dos anos noventa, identifica-se que alguns desafios estão postos na atualidade.

Considera-se que os dois projetos existentes na saúde, já referidos no item anterior, estão em disputa: o projeto da Reforma Sanitária X o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, a ênfase maior no projeto privatista.

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência intenção de ruptura[8] e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioridade intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os

[7] Este item tem por base as elaborações de Bravo (2007) e Bravo & Matos (2004).

[8] A renovação do Serviço Social no Brasil ocorre a partir de meados dos anos 1980. Segundo Neto (1996), é possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora com influência do funcionalismo; a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomelogia; e a de intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas[9]. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico[10]. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada[11].

Sobre esses pontos, cabem algumas reflexões. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc), e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consistiria apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social. As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas

[9] O que denota a falta de identidade desses assistentes sociais com a profissão.

[10] Esta proposição é decorrente de um movimento composto de um grupo de assistente sociais com formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. É um grupo heterogêneo que reivindica das entidades da categoria e unidades de ensino, o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional.

[11] Os adeptos desta tendência têm impulsionado a criação de associações de assistente sociais em diversas especialidades médicas.

Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são consideradas como competências ou atribuições profissionais. .

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada.

Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, flexibilizando os princípios defendidos no projeto ético político profissional e na Proposta de Reforma Sanitária, questões que estão postas na saúde, nos movimentos sociais e têm repercutido no Serviço Social.

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos setenta. Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004). Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

Pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, 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;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelas suas entidades representativas nos seus fóruns e inscritos nas legislações normativas da profissão.

3. ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste item busca-se caracterizar as atribuições e competências gerais do assistente social e, posteriormente, enfatizar as ações do profissional na saúde.

3.1. Atribuições e Competências das(os) Assistentes Sociais[12]

As atribuições e competências das(os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

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

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

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

[12] O item a seguir está baseado no documento do Conselho Federal de Serviço Social intitulado “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social” (2009).

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

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

As competências e atribuições das(os) assistentes sociais, nessa perspectiva e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do(a) profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

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

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece no seu Artigo 4 como competências[13] da(o) assistente social:

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

No Artigo 5, apresenta como atribuições privativas[14] da(o) Assistente Social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

[13] Competências são qualificações profissionais para prestar serviços, que a Lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas a profissionais de outras categorias (Parecer Jurídico nº 27/98, de Sylvia Helena Terra, assessora jurídica do CFESS).

[14] Atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional (*ibid*).

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

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

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

- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação.

Esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde que serão abordadas a seguir.

3.2. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde

A política de Saúde, reconhecida no texto Constitucional como “Direito de todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada através do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme já apresentado no primeiro ítem.

Uma questão importante refere-se ao conceito de saúde contido no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990, que ressalta as expressões da questão social, e estas devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.(CF,1988)

> **Art. 3º** A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8080/1990)

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica.

O atendimento direto ao usuário se dá nesses espaços, que na estrutura da rede de serviços brasileira, ganham materialidade a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências). As atribuições a serem explicitadas podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho.

Nessa perspectiva, serão apresentadas, a seguir, as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto na ação direta como nos demais níveis.

Considera-se que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

3. 2. 1. Ações Assistenciais

Estas ações têm-se constituído nas principais demandas aos profissionais de Serviço Social. Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular.

Entretanto, contradições são criadas com a contra-reforma na saúde, que não viabiliza o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários[15]. Estas questões vão aparecer no cotidiano dos serviços por meio das seguintes demandas explícitas:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamento, entre outros)
- não entendimento do tratamento indicado.

Outras demandas referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário.

[15] Este quadro está relacionado também com as condições concretas do trabalho dos profissionais: baixa remuneração; precarização do trabalho; aumento e diversificação das atividades; redução de pessoal e carga horária excessiva.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sociohistoricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades. O conjunto de demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vai impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental.

A avaliação socioeconomica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços. Ou seja, não deve a avaliação socioeconomica funcionar como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural.

Outra preocupação do profissional é não se orientar pelo atendimento psicoterapêutico a indivíduos e familiares, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar esta questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual insistindo no reconhecimento do campo terapêutico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico, conforme já referido. Esta abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que estas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não está prevista na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (Iamamoto, 2002)[16].

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.

[16] A esse respeito, visando orientar a categoria profissional, o Conjunto CFESS/CRESS aprovou a elaboração de Resolução “definindo que as práticas terapêuticas não são atribuições do assistente social” (Relatório do 37º. Encontro Nacional CFESS/CRESS – 2008).

- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

3. 2. 2 . Ações em equipe

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os diversos profissionais.

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

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

A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem distintas competências e habilidades para desempenhar suas ações. Concorda-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e

atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

A equipe de saúde e / ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências do assistente social, tem requisitado diversas ações aos profissionais que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social.
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação a demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente[17]. Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a

[17] Estas dificuldades têm relação com a contra-reforma na saúde e as precárias condições de trabalho a que estão submetidos todos os profissionais de saúde, conforme já sinalizado.

alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário / familiar com a equipe.

A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de Serviço Social. Algumas reflexões são importantes sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e que procedimentos a equipe deve adotar coletivamente. O usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido. Entretanto, vale questionar, de que protagonismo e autonomia está se falando, posto que os usuários dos serviços de saúde pública são fruto de uma sociedade desigual e, assim, como pode protagonizar o seu direito a saúde? O usuário, civilmente capaz, deve exercer o seu direito de decidir sobre o seu tratamento e sobre que rituais deve adotar quanto ao destino de sua saúde. Porém, deve também ser esclarecido quanto aos procedimentos e quanto ao tratamento que será adotado e, em caso de solicitar a alta este usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. Segundo o artigo 46, do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário.

Os fatores que mais contribuem para a solicitação de alta por parte dos usuários são:

- desinformação quanto ao tratamento e procedimentos;
- aspectos culturais e religiosos;
- necessidade de sobrevivência/manutenção familiar;
- demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família.

Assim, a atuação do assistente social frente a este procedimento é o de orientação, esclarecimento, e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando os usuários a tomar esta decisão. O profissional responsável pela alta e pelos procedimentos da mesma deve ser o médico e não o assistente social. O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação a questões sociais e culturais, visto que pela sua própria formação há o respeito pela diversidade, o que geralmente é mais difícil para outros profissionais de saúde.

A humanização é uma temática que aparece com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde,

realizada em Brasília, em 2000[18]. Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores da saúde esta política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (Casati e Correa, 2005)[19].

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadearem um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção a saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo.

[18] Esta conferência teve como tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

[19] Na discussão teórica sobre humanização é importante o conhecimento das diversas concepções em debate. Para maior aprofundamento vide: Deslandes (2004), Casate e Correa (2005), e Benevides e Passos (2005).

A Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária[20].

Outra demanda que aparece para a equipe de saúde refere-se à violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências. Nestas situações, a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. O assistente social deve colaborar nessa ação, mas não é atribuição privativa do mesmo. Cabe ao profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos e viabilizar os encaminhamentos necessários[21].

Os assistentes sociais devem ter como parâmetros de ação na equipe de saúde:

- Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- Elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;

[20] Nos documentos básicos da Política Nacional de Humanização (PNH) a concepção de Reforma Sanitária não é recuperada, o que permite a análise de que a mesma refere-se a uma mudança de postura profissional e não a um debate sobre as reais condições de saúde e funcionamento do SUS.

[21] Trata-se de encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pela legislação social vigente no Brasil, a saber: Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), ECA (Lei nº 8069/90), LOAS (Lei 8742/93), Lei da Acessibilidade (Lei nº 10.098/00), Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 7.853/89), LOS (lei nº 8080/90 e nº8142/90), Resolução CFESS nº 489/06, entre outros.

- Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, translado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;
- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infecto-contagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

3. 2. 3. Ações Socioeducativas

Estas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.

Devem se constituir em eixo central de atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com

relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconomico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Desta forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. Para Berlinguer (1978, p. 5), consciência sanitária é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. Como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo. As forças sindicais e políticas podem ter, dependendo da orientação e dos instrumentos, um papel relevante na formação da consciência sanitária[22].

Nesta perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1997), a prática reflexiva possibilitando ao usuário a análise e desvendamento da situação vivenciada pelo mesmo por meio de reflexões estimuladas pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, consequentemente, participar do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve ser coletivo, em grupo, pois possibilita a troca de experiência entre os sujeitos[23].

Dentre as principais atividades a serem efetivadas, destaca-se:

- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;

[22] Consciência sanitária é um conceito estratégico utilizado por Berlinguer, principal autor da Reforma Sanitária italiana e que foi uma das referências para os formuladores do projeto de Reforma Sanitária no Brasil. Consiste na articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido, o corpo produtivo. Segundo Sônia Fleury, *"a articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais"* (Fleury, 1997:27).

[23] Para maior aprofundamento vide Vasconcelos (2002).

- Participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
- Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- Realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos.

3. 2. 4. Ações de Mobilização, Participação e Controle Social

Estas ações estão voltadas prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas.

Tem como enfoque, também, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades[24] e outros órgãos colegiados que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais.

Um dos espaços criados para estabelecer a comunicação entre os usuários e a instituição é a "ouvidoria". A *ouvidoria no SUS* é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. Algumas reflexões devem ser levantadas sobre este canal de comunicação direto entre o usuário e a instituição. As críticas e sugestões são apresentadas individualmente, sem levar em consideração

[24] O Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde, e que segue a estrutura dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Sua proposição significa a possibilidade de aprofundamento da democracia. Entretanto, não foi viabilizado na maioria dos municípios e estados brasileiros.

que as dificuldades e impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exige respostas coletivas.

Os assistentes sociais, atualmente, têm sido convocados a implantar os serviços de ouvidoria nas unidades de saúde. Assim, cabe indagar, porque são os profissionais de Serviço Social que têm sido chamados a assumir esta tarefa? Qual diferencial estabelecem na sua formação e atuação profissional que impulsionam os mesmos a assumirem mais esta demanda? Inicialmente, cabe destacar que o assistente social, dentro da equipe de saúde é o profissional que faz uma escuta qualificada e diferenciada, o que pode ser claramente identificado através dos princípios do Código de Ética Profissional. Não obstante, é bom ressaltar que a escuta e a interlocução diferenciada e qualificada, por si só, não garante a realização desta atividade numa outra perspectiva. Considera-se que o assistente social ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, através das mudanças necessárias.

Se o profissional não tiver esta perspectiva de ação pode ser responsabilizado pela execução e solução dos problemas apontados, atuando na redução de tensões e não na mobilização e organização popular. Cabe destacar, entretanto, que a ouvidoria não é uma atribuição privativa dos assistentes sociais, podendo ser realizada por outros profissionais.

Outro aspecto importante na mobilização e participação social refere-se à articulação com movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns e/ou conselhos, como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais.

As principais ações desenvolvidas nesse âmbito são:

- Socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- Contribuir para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- Participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários através de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como

com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e interferir no planejamento da instituição de forma coletiva;

- Participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde[25];
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social;
- Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, através de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- Instituir e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde através da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- Favorecer a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento da saúde;
- Participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e / ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- Democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos.
- Estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais.

3. 2. 5. Ações de Investigação, Planejamento e Gestão

Estas ações têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

[25] Essa participação acontece tanto na condição de conselheiro de saúde como na condição de técnico e/ou assessor, como ainda profissional observador das reuniões do conselho.

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional[26].

Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde.

A reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão tem impactado as instituições de saúde com uma ampla movimentação dos espaços ocupacionais, fruto das mudanças macroscópicas.

Considera-se importante a ocupação desses espaços pelos assistentes sociais, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional[27], com vistas às seguintes ações:

- Elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- Interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- Utilizar a documentação técnica a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- Manter sistema de registro e estudos das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social;
- Registrar as ações realizadas com a elaboração de relatórios periódicos, a fim de possibilitar a análise e avaliação do plano de ação;

[26] A investigação enquanto um componente fundamental do exercício profissional permite o desvendamento da realidade para propor alternativas de ação compatíveis com as necessidades e interesses dos usuários.

[27] Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (Iamamoto, 2002).

- Participar nas Comissões e Comitês temáticos, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- Realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- Realizar pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais), objetivando identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais;
- Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condição sanitária das regiões;
- Realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- Realizar estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los, tendo em vista o fortalecimento de seu potencial político;
- Participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- Realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- Fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético político profissional.

3. 2. 6. Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

As atividades de qualificação profissional consistem em treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros. Pretende qualificar os trabalhadores de saúde na esfera operacional da unidade, além de instrumentalizar a formação de equipes, gestores, supervisores e conselheiros de saúde. Estas ações devem ser realizadas com a participação de outros profissionais, e não isoladamente. Faz parte destas ações também a

participação na formação profissional através da criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional. A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento destas atividades.

A assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. O assessor pode estar vinculado a uma proposta que vise a emancipação desses trabalhadores e a ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou a dominação destas e a redução da esfera estatal (Matos, 2006). Defende-se a primeira perspectiva, em face da direção assumida pela profissão de Serviço Social. A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. A assessoria pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência do profissional. Como atribuição privativa, o assistente social desenvolve assessoria na matéria "serviço social", e só pode ser prestada por um profissional graduado na área.

As principais ações a serem realizadas neste âmbito de intervenção são:

- Prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
- Garantir assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação do seu de trabalho;
- Organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
- Supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- Participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- Garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação / implementação da NOB RH / SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;

- Assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Procurou-se, nesse item, abordar as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais, com ênfase na investigação da realidade, nas ações socioeducativas, nas demandas reais e potenciais e na participação social, tendo por referência o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos trinta anos.

ALGUMAS REFLEXÕES

Este documento procurou fazer uma análise sucinta da política de saúde, com ênfase nos principais desafios a serem enfrentados na atualidade. Em seguida, apresentou alguns embates teórico-metodológicos que têm ocorrido no Serviço Social com repercussão na saúde. Como conteúdo central, enfatizou os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, tendo por objetivo fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face as ações realizadas bem como, fortalecer o projeto ético-político profissional. Não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências, pois considera-se que estas estão em permanente construção, sendo um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde. Procurou-se centrar em algumas ações e destacar algumas polêmicas como, por exemplo, a ouvidoria, a humanização e as atividades burocráticas que são transferidas para o assistente social.

Os assistentes sociais, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que estão colocadas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional. Iamamoto (2002) chama atenção para as seguintes questões que devem ser objeto de atenção: a primeira armadilha é a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais. Esta situação tem muita expressão na saúde, por exemplo, quando os profissionais responsabilizam o usuário pela sua situação de saúde, não analisando os determinantes sociais, econômicos e culturais. Outras repercussões desta concepção são: justificar as contra-reformas

na saúde, ênfase nos programas focais, responsabilizar os profissionais de saúde pela falta de atendimento, ênfase nas ações terapêuticas.

Outra armadilha a ser evitada, segundo a autora citada, é a difusão de um discurso genérico e uma visão indiferenciada da questão social, com base nas análises estruturais e segmentadas da dinâmica conjuntural, da vida e da luta dos sujeitos sociais. Como rebatimento desta visão na saúde pode-se identificar as concepções pessimistas, maniqueístas, que não identificam possibilidades de ação e as demandas potenciais. Os seus adeptos não analisam as contradições existentes nos programas e nas instituições.

Para avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais torna-se necessário considerar as expressões específicas da questão social que desafiam a pesquisa concreta de situações concretas. Nesta direção, a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações.

A questão social na atualidade assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições. As mudanças radicais nas relações entre Estado e sociedade civil, orientadas pela política de ajuste fiscal, recomendada pelos organismos internacionais, vão atingir a economia, a política e as formas de sociabilidade. O Serviço Social também sofre com os impactos dessas mudanças[28].

Neste quadro, torna-se fundamental o fortalecimento do projeto ético-político profissional com atenção para a dimensão cultural do trabalho cotidiano do assistente social, contrapondo-se à difusão dos valores liberais que geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário (Iamamoto, 2002).

A análise macroscópica da questão social expressa uma realidade que se materializa na vida dos sujeitos. A aproximação dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não tiver uma análise das condições concretas pode reeditar programas e

[28] Nos itens 1 e 2 deste texto procurou-se evidenciar como as transformações vão impactar a saúde e o serviço social de um forma geral.

projetos alheios às necessidades dos usuários. O profissional precisa romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, procurando buscar a investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde e a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e o projeto de reforma sanitária.

Para finalizar, ressalta-se que foi apresentado um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de Serviço Social na saúde que podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 ambas datadas de 1990.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Publicações

BERLINGUER,Giovanni. *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES-HUCITEC,1978.

BRAVO, Maria Inês Souza A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. *Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto.* Vol. 4. Rio de Janeiro, UERJ /HUPE, 1999.

_____ Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. *In:* BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. (Orgs). *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____ Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.88, 2006.

_____ Breve Histórico da política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as Diversas Crises Vivenciadas no Setor. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Regional – Reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____ & MATOS, Maurílio Castro A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In:* BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. (Orgs). *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____ & MATOS, Maurílio Castro Reforma Sanitária e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria,

GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinas (Orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL & CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social.* Brasília: CFESS / CFP, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO *Assistente Social: ética e direitos*. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2005.

_____ *O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas*. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio da O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

FLEURY, S. (org.) *Democracia e Saúde: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. *Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão*. Brasília: CFESS, 2002.

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

_____ Assessoria e Consultoria: Reflexões para o Serviço Social.In: BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro (orgs). *Assessoria, Consultoria e Serviço Social.* Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MOTA, Ana Elizabete A *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.* São Paulo, Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo *Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política***.** Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

_____ Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.50, 1996.

SOARES, Laura Tavares Políticas e Movimentos Sociais. In: SADER, Emir; BENJAMIN, César; SOARES, Laura Tavares; GENTILI, Rafael (Orgs). *Governo Lula: decifrando o enigma*. São Paulo: Viramundo, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de Serviço Social e Prática Reflexiva. In: *Em Pauta - Revista de Serviço Social da UERJ*. Nº1 (Nov. 1993). Rio de Janeiro: UERJ,1993.

_____ *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.* São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, Maria Lúcia Werneck. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, Ivo (org.) *O desmonte da nação: balanço do Governo FHC.* Petrópolis, Vozes, 1999.

Legislações e Resoluções

BRASIL *Constituição da República Federativa do Brasil:* promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____ *Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE -, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.*

_____ *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.*

_____ *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.

_____ *Lei nº 8142, 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.*

_____ *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências*.

_____ *Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências*.

_____ *Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.*

_____ Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

_____ *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* Ministério da Saúde, 2000.

_____ *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM nº 1246, de 08 de janeiro de 1988. Publicação no Diário Oficial da União em 26 de janeiro de 1988.

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

_____ *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais*. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.º 290/94 e nº 293/94.

_____ *Resolução CFESS n° 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.*

_____ *Resolução CFESS n° 489, de 03 de junho de 2006. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional.*

_____ *Resolução CFESS n° 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.*

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE *Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.*

_____ *Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998.*

Sítios Eletrônicos

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo *Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu). V*ol. 9, n° 17, Mar/Ago, 2005, pp. 389-394. ISSN 1414-3283. Disponível na página eletrônica http://www.scielo.br. Acesso em 12 de março de 2009.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Kátia *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.* Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.13, n° 1, Jan/fev, 2005. p.105-111. ISSN 0104-1169. Disponível na página eletrônica http://www.scielo.br. Acesso em 12 de março de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL *Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS / CRESS*. Brasília, CFESS: 2007.Disponível na página eletrônica http://www.cfess.org.br. Acesso em 11 de março de 2009.

_____ *Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS / CRESS*. Brasília, CFESS: 2007.Disponível na página eletrônica http://www.cfess.org.br. Acesso em 11 de março de 2009.

DESLANDES, Suely F. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciência Saúde Coletiva. [online]. 2004, vol.9, n° 1 [citado 24 maio 2006], p 7-14. Disponível na página eletrônica http://www.scielo.br ISSN 1413-8123.

Textos e Documentos Mimeografados

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / 6ª REGIÃO *Relatório do Seminário Estadual "A Inserção do Assistente Social no Programa de Saúde da Família - PSF.* Belo Horizonte: CRESS/ 6ª Região, Setembro / 2002 (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / 7ª REGIÃO *Termo de Orientação ao Exercício Profissional. Assunto: Comunicação de Óbito pelo Assistente Social.* Rio de Janeiro, aprovado pelo Conselho Pleno de 06 de maio de 2008 (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / 15ª REGIÃO *Atribuições do Assistente Social na Área da Saúde (Setores: Emergencial, Ambulatorial e Hospitalar).* Manaus, março de 2006 (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / 21ª REGIÃO *Atribuições do Assistente Social nos Plantões dos Centros Regionais de Saúde no Município de Campo Grande / MS.* Campo Grande, s/d (mimeo).

GUERRA, Yolanda *O Brasil (do) real: Alguns Elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações.* (Tese de Doutorado). São Paulo, PUC/SP, 1998. (mimeo).

TERRA, Sylvia Helena *Parecer Jurídico nº 27/98. Assunto: Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei 8662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional*. CFESS, Brasília, 13 de setembro de 1998 (mimeo).