

O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A EQUIPE COMO MAIOR EFETIVADOR DOS DIREITOS SOCIAIS.

MARIANE MARTOS RAYANNE*
MEYER BARDUZZI**
SILVANA APARECIDA MAZIERO CUSTÓDIO***

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos conhecer a dinâmica de trabalho da equipe de saúde qual integram os assistentes sociais, verificar quais as atividades atribuídas ao assistente social como facilitador dos direitos sociais nesta equipe e por fim identificar a concepção de equipe dos assistentes sociais. Caracteriza-se por uma pesquisa quanti-qualitativa, realizada com os assistentes sociais dos serviços de atenção terciária de Bauru, Botucatu e Jaú. Os objetivos propostos foram alcançados em sua totalidade. Os resultados da pesquisa propiciaram conhecer a dinâmica da equipe de saúde da qual participam os assistentes sociais. Quanto às atividades atribuídas aos assistentes sociais na equipe de saúde, concluímos que os assistentes sociais pautados no Código de Ética e Conselhos da Profissão desenvolvem uma prática facilitadora dos direitos sociais, e por fim a concepção de equipe foi referenciada comprovando o conhecimento teórico acerca das definições e a classificação da equipe em que trabalham. Notamos que a visão emergencial da profissão como uma prática assistencialista, não contempla mais o campo de atuação no que se diz respeito ao trabalho em equipe nos hospitais pesquisados, fortalecendo a prática do assistente social e ampliando a sua área de trabalho.

Palavras-Chaves: Serviço social. Equipe de saúde. Direitos sociais.

*Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

**Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

***Possui graduação em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1983) , especialização em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1995) , mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Atualmente é Assistente Social da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e Chefe de Divisão de Apoio Hospitalar da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Tem experiência na área de Serviço Social , com ênfase em Serviço Social Aplicado.

ABSTRACT

The present paper aimed to describe the dynamic of the health teamwork which involves the social workers, to verify which duties are related to these social workers to facilitate the access to social rights and last, to identify what a team means to social workers. It is based on a quantitative and qualitative research which was realized with the social workers from the assistance services from Bauru, Botucatu and Jaú. All of the aims were achieved. The dynamic of the health teamwork which involves the social workers was understood due to the research results. About the duties related to the social workers in a health teamwork, it was concluded that they who observe the Code of Ethics and Professionals Council develop a way to facilitate the access to social rights and last, the meaning of a team was got by proving the theoretician knowledge about definitions and classifications of their own team. It was realized that a first sight of professional social workers as assistants does not enclose some of their other important performances in the mentioned hospitals' teamwork which fortify the social work practice and extend its job field.

Keywords: Social work. Health teamwork. Social rights.

I INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe é hoje uma prática recorrente na saúde. As equipes se caracterizam pelo modo de interação presente na relação entre os profissionais, que podem ser multi, inter ou transdisciplinar. O interesse pelo trabalho em equipe vem se fortalecendo a partir do entendimento de que a saúde é definida como o bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença.

O trabalho em equipe traz desafios, exigindo competências e habilidades para o desenvolvimento em grupo e para a justificativa clara e objetiva dos procedimentos técnicos de cada especialidade e o alcance de seus objetivos. No âmbito hospitalar, não diferente de outros espaços da saúde, a falta de clareza das atribuições dos diferentes profissionais e, principalmente, a não aceitação de outros olhares pode ser explicada pela concepção da saúde centrada no modelo hospitalocêntrico (centrado nos hospitais). Assim, o assistente social sente-se ameaçado em sua autonomia, especialmente nas tomadas de decisões e de indicações técnicas, o que pode comprometer a efetivação do trabalho em equipe.

A interação da equipe é multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É interdisciplinar quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade.

Independentemente do termo empregado, há a expectativa de que os profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única especialização.

A organização das equipes está associada à complexidade das demandas. Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos profissionais de outras formações subsídios para a compreensão e o atendimento do caso em questão. No entanto, tal atitude não é uma conduta padrão, podendo variar conforme a tradição profissional, a característica do grupo de trabalho e o tipo de intervenção.

O hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades, onde os profissionais devem estar preparados para tomar decisões importantes. Tradicionalmente, tais decisões competem aos médicos. No entanto, com o aparecimento de novas especialidades, diversos profissionais compartilham dessa tomada de decisão.

O assistente social é um profissional de suma importância junto à equipe de saúde, pois as suas competências constituem-se em intervir junto aos fenômenos sociais, culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas e tratamentos. A promoção e atenção à saúde, é uma prática necessária e sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde atual proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Diante deste contexto originou-se o interesse em conhecer a prática do assistente social nas equipes de saúde e seu papel no acesso para a efetivação de direitos.

Sendo assim, a importância deste Trabalho de Conclusão de Curso, consiste em desvelar a prática profissional do assistente social junto à equipe de saúde, ressaltando seu papel nesta equipe, além de desmistificar se esta prática é eficaz na efetivação dos direitos.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo principal conhecer a prática do assistente social nas equipes de saúde e seu papel no acesso para a efetivação dos direitos sociais. Tendo como objetivos específicos: conhecer a dinâmica do trabalho em equipe, quais participam os assistentes sociais; verificar as atividades atribuídas ao profissional de Serviço Social na equipe e identificar a concepção de equipe de saúde na ótica dos profissionais.

O objeto de estudo da pesquisa baseou-se na atuação do assistente social junto às equipes de saúde e na problematização para identificar qual a importância do Serviço Social na área da saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe como profissional facilitador do acesso aos direitos sociais.

Para nortear o presente estudo elaborou-se a seguinte hipótese: que o trabalho em equipe traz novos desafios, exigindo competências e habilidades para o trabalho em grupo e para a justificativa clara e objetiva dos procedimentos técnicos de cada especialidade não desvelados ou ainda inexistentes. No âmbito hospitalar, a falta de clareza quanto às

atribuições dos diferentes profissionais é um fator que dificulta o trabalho em equipe. O assistente social, em suas ações, se sente muitas vezes limitado em sua autonomia profissional, seja por outros profissionais ou principalmente pela Instituição. Fato este que, se não enfrentando por meio da competência teórica, técnica e ético-política, é sugestivo para que as ações deste profissional fiquem esvaziadas da defesa e efetivação de direitos e se apresentem como ações meramente técnicas, isoladas, desprovidas de concepções críticas e que pouco contribui com o enfrentamento das expressões da questão social.

Na fundamentação teórica abordaram-se os aportes teóricos da saúde no Brasil, enfocando um breve conceito de saúde. Na seqüência foram abordadas as políticas de saúde no Brasil, a saúde como direito, o assistente social enquanto profissional da saúde, inicialmente com a contextualização do Projeto Ético Político do assistente social, o Serviço Social na área da saúde, enfatizando as atualidades para a área, também trabalhou-se os conceitos e perspectivas do trabalho em equipe na atenção a saúde, a contextualização dos conceitos e tipologias, a formação e capacitação dos profissionais e por fim os profissionais de saúde e o trabalho em equipe.

Na metodologia realizou-se um estudo exploratório para um maior aprofundamento no assunto, bem como, pelas observações da vida profissional, leituras, estudos bibliográficos, documentais, hemeroteca sobre o assunto, permitindo a construção da teoria de base e discernimento quanto às particularidades delimitadas sobre o assunto. Utilizou-se também da abordagem quanti-qualitativa, tendo em vista que se utilizou dados subjetivos e objetivos.

Para a coleta de dados da pesquisa, utilizou-se um questionário semi- estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa.

O universo da pesquisa constituiu-se pelas assistentes sociais, dos respectivos hospitais, sendo 15 de Bauru, 05 de Botucatu e 04 de Jaú. Totalizando 24 hospitais, quais apenas 46% do universo aderiram à pesquisa, sendo no município de Jaú 02, em Bauru 05 e Botucatu 01, resultando em 40 profissionais assistentes sociais que participaram do estudo.

Posteriormente apresentou-se toda trajetória da pesquisa, abordando sua metodologia, os cenários, bem como, a apresentação e análise dos resultados extraídos

da subjetividade e singularidade dos sujeitos.

Para finalizar, apresentam-se as conclusões pertinentes sobre a pesquisa e a partir dos resultados levantados, foi possível apresentar sugestões com possibilidades de uma abertura para novos estudos.

2 OS APORTES TEÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 A saúde e seus conceitos

De acordo com o dicionário Aurélio, saúde (1998) é o “estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal”.

Saúde se origina do latim “salus”, que significa conservação da vida e salvação, designa-se o vocábulo estado de saúde, ou estado de sanidade dos seres vivos. Estar com saúde, ou ter saúde é estar com todas as funções dos órgãos normais.

Quase todas as agressões que ameaçam o equilíbrio do ser vivo são compensadas por mecanismos de defesa, se estes mecanismos deixam de instalar-se, há um desequilíbrio no organismo, a doença.

Os conflitos familiares, a tensão e a violência geram fatores que representam agressões psicológicas e sociais à saúde (VASCONCELLOS, 2002).

Dentro da concepção de Saint Martin (1997, p.34 *apud* Coutinho e Oldani, 1996, p. 44) a saúde é a adaptação do homem ao ambiente natural, à herança biológica e aos padrões culturais e sociais.

Baseando-se nessas idéias, a Associação Médica Americana, na qualidade de entidade científica e corporativa, integrada na sociedade de capitalismo desenvolvido, afirma que a saúde depende do funcionamento normal dos tecidos e órgãos do corpo; da compreensão prática dos princípios básicos da maneira saudável de viver; e do equilíbrio harmônico ao ambiente físico e psicológico, contribuindo para uma vida mais rica e mais útil à humanidade.

Moraes (1998, p.163) esclarece que saúde é:

O acesso aos meios de promovê-la, recuperá-la ou preveni-la, como aspecto que compõe o elemento dos direitos humanos e os direitos constitucionalmente garantidos, precisa ser percebida como um conjunto de estratégias que visam assegurar enquanto tal, compondo parcela de seu patrimônio comum.

Conforme Silva e Marchi (1997, p.35):

Como quer a Organização Mundial da Saúde(OMS), ter saúde significa uma condição de bem-estar que inclui não apenas o bom funcionamento do corpo, mas também a vivenciar uma sensação de bem-estar espiritual (ou psicológico) e social, entendido este último – o bem-estar social – como uma boa qualidade nas relações que o indivíduo mantém com as outras pessoas e com o meio ambiente.

A OMS conceitua saúde como situação de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Essa definição recebe muitas críticas, pois o termo bem-estar considera a saúde como um estado ideal, e por isso ilusório, o que fica evidente pelo uso do adjetivo perfeito. Os defensores chamam a atenção para o fator de que o conceito não foi formulado com objetivos operacionais, mas doutrinários.

De acordo com Silva (1995, p. 25):

A saúde e a qualidade de vida não são sinônimas, mas são inseparáveis, visto que esta última deve ser entendida como o nível alcançado por uma pessoa na consecução de seus objetivos, através de um plano de vida, o qual estará sempre motivado a concretizá-lo, lembrando que não controlamos totalmente nossa vida e isso pode conturbar a qualidade de vida e a felicidade.

Segundo Arouca (1987), na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerado o marco histórico na trajetória da política pública de saúde, conceituou-se a saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (AROUCA, 1987, p. 35).

Assim a seguridade social, inscrita na Constituição Federal de 1988 qual a saúde é parte integrante e que representa um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e ao atendimento das reivindicações históricas das classes trabalhadoras, representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociais e políticas que se processaram.

Para tanto, a saúde, de forma geral, é um dever do Estado como assegura a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seus artigos 196 e 197 de ordem social destinada à saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante as políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Todos esses pontos apresentados quanto ao conceito de saúde, e o direito a saúde com uma vida saudável, levando a construção de uma qualidade de vida que deve objetivar a democracia, igualdade, respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, tudo isso procurando livrar o homem de seus males e proporcionando-lhe benefícios.

2.2 Saúde como Política Pública no Brasil

A saúde pública foi predominantemente até meados dos anos 60 e teve como característica, a ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas

de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs. Ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados (BRAVO ; MATOS, 2004, p. 26).

A política de saúde esboçada a partir de 1930 foi consolidada no período de 1945 a 1964. Neste momento houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. A política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias.

Simões (2008, p. 124) explana que:

No âmbito da saúde, instituiu um sistema corporativista, voltado especificamente para os trabalhadores, incentivando-os à integração do sistema sindical, por meio da transformação das antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias dirigidas por conselhos, com representação tripartite (empregadores, trabalhadores e governo).

A integração dos trabalhadores era pontual, por meio das empresas em que trabalhavam, pois havia uma CAPs para cada empresa; pelos IAPs, passaram a integrar-se por categoria profissional, vinculada à atividade econômica (industrial, comerciais, bancários, portuários e outros).

Os IAPs além dos benefícios previdenciários, desenvolveram serviços de saúde, em sistema classista que sobreviveria mesmo após sua unificação, com a instituição do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), até a extinção deste, quando foi substituído pelo SUS, pela Constituição de 1988. Os institutos asseguravam o acesso dos trabalhadores a um plano de assistência médica. Até então, eram atendidos pelas Santas Casas, em razão dos baixos salários e de horários extensivos de trabalhos.

Com a unificação dos IAPs, segundo Simões (2008, p. 125):

A uniformização dos benefícios previdenciários, prevista na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de 1960, e a criação do INPS, em 1967, o regime militar viabilizou a política dos convênios com os setores privados de assistência médica. A medicina previdenciária teve seu auge no regime militar, durante os anos do denominado milagre econômico, incentivando-se o atendimento à saúde do trabalhador, em face dos recordes de acidentes e doenças de trabalho no período e a regulamentação das normas de higiene e segurança do trabalho.

A política de saúde continuou organizada nos dois subsectores (saúde pública e medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 60. O que se evidencia é que, apesar das pressões, a assistência médico-previdenciária era formada basicamente pelos serviços dos Institutos.

No período de 1964 a 1974 a política se desenvolveu com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Conforme Bravo e Matos (2004, p. 27), suas principais características foram: “a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela”.

A partir de 1974 a saúde enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nesta contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada.

Sendo assim, conforme Bravo (2006, p.89):

A intervenção estatal na saúde só ocorreu no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos séculos, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário.

Para a autora as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30, teve como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O de saúde pública predominantemente até meados de 60 se centralizando na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsector de medicina previdenciária só se sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p. 90).

A política nacional de saúde, desde seus primórdios, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

Bravo (2006, p.96) ressalta que na década de 80 o fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. A análise da política de saúde ainda nesta década tem como aspectos centrais, a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do cabouço e das práticas institucionais.

A politização de saúde segundo Bravo (2006, p. 98):

Foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias.

De acordo com a mesma autora, nos anos 90 assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os surtos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos (BRAVO, 2006, p. 100).

A OMS conceitua Política de Saúde como o “conjunto de recursos de diferentes tipos, que se encontra em uma quantidade determinada, que cumpre determinadas ações, que tem uma determinada organização, que se emprega para combater danos à saúde com alguma eficiência”.

As diferentes políticas públicas são estratégias de governabilidade e estas se compõem de planos, projetos, programas e de documentos variados, onde se concretizam as diretrizes para cada área de atuação. Através dessas políticas evidencia-se a ação do Estado e sua intervenção nas relações sociais.

O acesso aos serviços de saúde pública, é um direito de cidadania, um direito social e depende da intervenção do Estado, pois diz respeito a uma coletividade. As políticas públicas atuam como mediadoras, sendo uma estratégia do Estado para garantir os direitos sociais de uma coletividade.

2.3 Saúde como direito

A Constituição Federal Brasileira de 1988, destina ao povo brasileiro assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. Fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias promulgadas em sua gênese, preocupação especial quanto aos direitos à saúde do brasileiro, estabelecendo uma série de dispositivos que assegurem ao cidadão todo o básico necessário para a sua existência digna e para que tenha condições de viver bem.

A partir da questão perpassada, de que ter alimentação, habitação, saneamento,

entre outras necessidades básicas são condições para se ter saúde, constata-se que com a desigualdade explícita em nosso cotidiano o sistema de saúde ainda é precário, como direito e serviço.

Cohn (1991, p. 67) relata que:

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição Federal (art.196) para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.

Os principais aspectos aprovados na Constituição Federal foram:

- O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existentes segurado/não segurados, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos para subvenção as instituições sem fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direitos públicos, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem segundo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (BRAVO, 2006, p. 97)

Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-los. Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada.

Para a regulamentação das ações de saúde no Brasil foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e várias portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e disciplina outras providências, refere, em seu Artigo 2º que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990)

Dessa forma, ocorre em 1990 a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na LOS, proposta do SUS enfatiza a “[...] municipalização de um modelo assistencial que contemple a diretriz da integralidade, ou seja, que contemple, além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica” (CARVALHO ; SANTOS, 1991 *apud* VASCONCELOS, 2002 p. 77).

De acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:

A Lei Orgânica da Saúde é para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter geral, contêm diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, Estado e Municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinados, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado a saúde.

Regulamenta em todo território nacional as ações de saúde, com diretrizes ao gerenciamento e da descentralização, permite à iniciativa privada particular complementar, com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e da saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios (BRASIL, 1990).

Para Vasconcellos (2002, p. 77) a universalização da saúde, já iniciada pelo INAMPS em 1985 e a partir de 1988, garantida na Constituição Federal de 1988, é o

ganho mais significativo para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo os não vinculados formalmente à Previdência Social como um todo. Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido como modelo de saúde o SUS, representando um marco na luta pelos direitos de cidadania.

O SUS surgiu como uma resposta à necessidade de dar eficiência e eficácia ao aparato estatal, responsável pela gestão das políticas sociais no Brasil e tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

É devido a isso que o SUS tem como princípios:

- Universalização: toda pessoa, independente de contribuição financeira, tem direito aos serviços públicos de saúde;
- Descentralização: a compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local, sem com isso desobrigar os estados e o governo federal, ou seja, participação das esferas de governo;
- Equidade: todos têm direito ao atendimento, sem discriminação ou privilégios, de acordo com as suas necessidades, oferecendo mais a quem precisa, reduzindo a desigualdade;
- Hierarquização: que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas;
- Integralidade: a compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa;
- Regionalização: buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população esta ligada as suas condições de vida, bem como articular rede de serviços de saúde existentes;
- Participação Popular: a defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização, e implementação da política pública de saúde, portanto, o exercício social. (MATOS, 2003, p. 98).

Este sistema tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento às necessidades de saúde da população, ofertando serviços de

qualidade. Além do acesso universal e igualitário às ações e serviços, o SUS também possui alguns princípios que devem ser obedecidos, como estabelece a LOS em seu capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, artigo 7º, incisos V, VI, VIII e IX:

Direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a participação da comunidade e a descentralização político administrativa (CARVALHO, 2001, p. 70).

Portanto, o desafio permanente do SUS é possibilitar o acesso de todos os cidadãos à saúde, de forma universal e equânime, garantindo a integralidade, universalidade, humanização e qualidade na atenção.

Partindo-se do pressuposto de que a saúde é uma política pública reconhecida constitucionalmente, contextualizar-se-á, no próximo capítulo, a prática do assistente social na área da saúde.

3 O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO PROFISSIONAL DA SAÚDE

3.1 Serviço Social na área da saúde

O direito à saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de setembro de 1990, art. 3:

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 (BRASIL, 1990).

Sendo assim, o Serviço Social na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

De acordo com Vasconcelos (2002), na busca de assegurar o direito à saúde, cabe aos assistentes sociais contribuir prioritariamente:

- Com levantamentos, estudos e pesquisa que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde, contribuindo na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde;
- Na assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde existente, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, de cada espaço de trabalho;
- Na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social.

Segundo Bravo e Matos (2006, p. 206) à política de saúde tem dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, ambos apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social. Sendo esses:

O projeto privatista requisita o assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

O projeto da reforma sanitária impõe as seguintes demandas: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Bravo (2006, p. 207), afirma que o Serviço Social, vem acompanhado ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético- político profissional e o da reforma sanitária.

Souza, 2001 (*apud* BRAVO ; MATOS, 2006, p 207), apresenta algumas preocupações: poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por assistentes sociais, pouca participação dos assistentes sociais de unidades de saúde nos conselhos e uma incidência pequena (uma assistente social) participante de conselho com uma concepção de saúde voltada para o mercado.

Na área da saúde, identifica-se o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS); a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), e o incentivo à qualificação da atuação do assistente social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo.

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços, Vasconcelos (1999) e Costa (1998) (*apud* BRAVO ; MATOS, 2006, p. 209), concluíram que há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos assistentes sociais com o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem concretiza-los. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Costa, 1998 (*apud* BRAVO, 2006, p. 209) afirma que:

A legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, visando à efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho dos assistentes sociais.

O Serviço Social tem no Hospital um campo de trabalho conquistado e legitimado, mas sabe-se também que não se conhece toda a alternativa de ação.

Vem daí a sensação de ruptura entre as propostas teóricas e o real, entre discursos e a ação de fragilidade frente a essas divergências. A cobrança que os assistentes sociais se fazem freqüentemente é de uma atuação que nenhum sistema social, ou profissão alcançou isoladamente.

É nesse prisma que se pode mencionar o trabalho do assistente social em Hospitais, pontuando que no trabalho realiza-se a transformação do social e, através deste trabalho, o assistente social se despe de sua criação, vindo a se completar com a visão de transformação do social que operou.

Verifica-se com clareza o papel do Hospital no controle social, os limites internos e a significação da prática social do assistente social no seu cotidiano.

Esta transformação se passa não somente com o fruto do trabalho do assistente social, mas também com sua própria imagem; o trabalho define o profissional individual e socialmente.

O assistente social de Hospital tem como usuário uma população institucionalmente definida e selecionada em parte pelo próprio Serviço Social do Hospital, que colabora para o alcance de sintonia fina entre os serviços prestados pelo Hospital, tanto mais valorizado quanto o nível de qualidade do atendimento. Os problemas do Hospital, com certeza, são bastante complexos e muitos são gerenciados de forma burocratizada e pragmática.

Considera-se que o trabalho desenvolvido pelo assistente social fica muito restrito ao funcionamento da Instituição, sempre esbarrando no pressuposto de que há necessidades enormes para o bom funcionamento e que há necessidades específicas da população diante da doença.

A dificuldade não está na relação, mas na ação desenvolvida e na expectativa da ação. As categorias teóricas com as quais o Serviço Social tem trabalhado deixam aparentemente de lado o cotidiano desgastante da parte de dentro do Hospital.

Embutida na ação do assistente social está o conhecimento da Instituição e sua própria opção pessoal da vida e do modo de ver o mundo. Há um movimento simultâneo de negar e afirmar a prática competente do assistente social.

A transformação não se dá pela via da competência técnica, mas pela via da ideologia e, em contrapartida, o saber fazer pode levar a um novo saber numa dimensão de vontade política mais comprometida com os interesses objetivos de vontade política e da população. Mas esses movimentos requerem tempo, trabalho e humildade para reconhecer que não se sabe tudo sobre ideologia, teoria social e a competência deste saber, talvez, já tivesse clareado sua ação e abandonado atitudes de imposição de um só pensar, ou ainda, talvez, tivesse deixado de lado a submissão e fragilidade.

Alguns assistentes sociais hoje não têm instrumental de trabalho desenvolvido e vêm diminuindo cada vez mais a amplitude de seu campo de trabalho, expropriados de conteúdos e métodos para desenvolver a sua prática sem destacar o papel político de competência técnica.

A assistente social, em relação a este processo, deve direcionar sua ação no sentido de despertar a consciência e informar os usuários e pessoas envolvidas que eles são os principais construtores dessas políticas, e assim detectarem onde estão as correlações de forças, aonde vão se dar às alianças e se essas alianças vão servir para o coletivo ou o individual. Deve o mesmo estar atento para esta correlação de forças que se dá ao nível de poder local, entre público e privado.

Observa-se que a pessoa que procura o Serviço Social carrega dentro de si o pesado fardo das injustiças sociais e repentinamente se vê acometida por uma doença.

Este ser humano procura um serviço de saúde para ser atendido como um todo, assim, a Instituição que se propôs a recebê-lo e atendê-lo, deve estar preparada, desde o atendimento na recepção até a consulta médica, para que o tratamento do paciente seja feito de maneira abrangente, como ser humano que fala, ouve, sente, sofre, tem coração e principalmente alma. O paciente não deve ser tratado como um simples número, avaliado como um caso de pulmão, ouvido, fígado, ou seja, ele não é apenas uma patologia, é um ser humano (COUTINHO ; OLDANI, 1996, p. 80).

É a partir desse contexto que a saúde requer um profissional “informado, culto, crítico e competente, capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las.” (IAMAMOTO, 2005, p. 80).

3.2 Atualidade para o Serviço Social na saúde

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da divergência 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 da saúde.

Bravo e Matos (2006, p. 212) apresenta 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 identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto- apresentação de sanitaristas. 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. 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.

A autora revela que o problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social procurarem por estudos na área da saúde. O dilema é quando este profissional, em virtude dos méritos de sua competência, passa exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e outros), e não mais se identifica como um assistente social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde (BRAVO ; MATOS, 2006, p. 212).

Passando a não considerar as novas demandas impostas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Uma outra questão discutida por Bravo e Matos (2006, p. 212),

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 a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido 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 expressas 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.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO ; MATOS, 2006, p. 213).

Conforme Iamamoto (2005, p. 75) o desafio do Serviço Social é:

Re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.

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 na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional

tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO E MATOS, 2006, p. 213).

Considera-se que o Código de Ética do assistente social, apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos Assistentes Sociais, no qual se destacam seus onze princípios fundamentais para dar início a prática de uma identidade profissional. São eles:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a elas inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação 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, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- 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 profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação - exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação como 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 ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (BRASIL, 2004, p. 38)

Vemos que o Código de Ética é um instrumento imprescindível na prática do Assistente Social. Martinelli (2001, p.77) pontua que:

O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. Afirma, como *valor ético central*, o compromisso com a nossa parceria inseparável, a *liberdade*. Implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos a ele impressos.

Verifica-se que o Assistente Social como qualquer outro profissional tem um Código de Ética a ser seguido e respeitado, este é um ponto de partida para a identidade profissional.

Para Bravo e Matos (2006, p. 214), pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, é:

- 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 a 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 funcionários 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.

Portanto, “não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional”. Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal (BRAVO ;

MATOS, 2006, p. 214).

3.3 O Projeto Ético Político profissional do assistente social

O projeto ético político do Serviço Social que vem sendo compreendido como uma auto-imagem da profissão e está relacionado a valores e princípios teóricos, institucionais e práticos construídos e legitimados pela categoria dos assistentes sociais ao longo de sua trajetória profissional.

Como diz Netto (1999, p. 95), os projetos profissionais,

São estruturas dinâmicas que vêm respondendo às alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera, às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e, ainda, às mudanças na composição social da categoria.

Ainda sobre projetos profissionais, o mesmo autor coloca que eles apresentam:

A auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com , ao qual coube historicamente o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p. 95).

Em relação aos assistentes sociais na contemporaneidade e os projetos ético-políticos, Iamamoto (2005, p. 140) diz que:

Os valores e princípios ético-políticos radicalmente humanos, que

iluminaram as trilhas percorridas pelos assistentes sociais nas últimas décadas, sofrem hoje um forte embate com a idolatria da moeda, o fetiche do mercado e do consumo, o individualismo possessivo, a lógica contábil e financeira que se impõe e sobrepõe às necessidades e direitos humanos e sociais.

Importa registrar que o projeto ético político está relacionado com determinadas escolhas teóricas, éticas e políticas da categoria.

O projeto ético-político profissional do assistente social se refere ao empreendimento da prática social e política de enfrentamento à questão social e suas interfaces, tendo em vista o processo de pauperização crescente e a concentração de riquezas na sociedade brasileira.

Segundo Sant'Ana (2000, p. 73) o Serviço Social,

Como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classe desse modelo societário. É um dos responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação das políticas destinadas a tratar a chamada “questão social”, que surgiu com a implantação do sistema capitalista e que, hoje, ganha novos contornos a partir do complexo quadro formado pelos monopólios e pelo ideário neoliberal.

De acordo com Yamamoto (2005, p. 27), a questão social é:

Apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Ainda conforme Yamamoto (2005, p. 28), os assistentes sociais trabalham a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as que os indivíduos experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública e outras. A atuação do Serviço Social não se limita à esfera

macro-social (conjuntural, estrutural), mas também à micro-social que concretiza ou cumpre sua “vocação” profissional, sendo que no cotidiano confronta-se com as necessidades e carências fundamentais do ser humano, não só na esfera do econômico e técnico, como também na do afetivo.

O Serviço Social é, portanto, uma profissão interventiva e interdisciplinar, que possibilita a identificação das necessidades e condições sociais em que os usuários estão inseridos.

A prática profissional segundo Yamamoto (2005, p. 74),

Não deve ser considerada “isoladamente”, “em si mesma”, mas em seus “condicionantes” sejam eles “internos” – os que dependem do desempenho do profissional ou “externos”, determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se realiza a prática do assistente social.

Para Rodrigues (1998), as condições básicas para o exercício da prática exigem o conhecer e o compreender para intervir. Exige querer saber, assumir e responsabilizar-se por ações que interpretam a realidade social. Busca-se as necessidades singulares e coletivas para as transformações sociais.

Segundo Sant’Ana (2000), é no bojo do processo de renovação do Serviço Social, a partir da década de 80, que se inicia a construção do projeto ético-político da profissão, apoiado no novo Código de Ética do assistente social.

Portanto, nessa direção estratégica do Serviço Social, enfatiza-se o seu compromisso ético-político, o que requer uma nova natureza de trabalho profissional que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional, mas lhes atribui um tratamento teórico metodológico e ético político diferenciado.

As autoras Yamamoto (2005) ; Sant’Ana (2000) ao assumir o projeto ético-político exigem do profissional uma postura crítica frente ao mundo. Tal perspectiva reforça o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, com o respeito aos usuários e à defesa de seus direitos sociais, investindo na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de critérios de seletividade no acesso aos atendimentos. Significa ainda comprometer-se com o fortalecimento do usuário, atuando numa perspectiva de totalidade.

Sant'Ana (2000) relata que há diversas contradições e limites que estão presentes na ação profissional, oriundos da própria inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho hoje vigente. Porém, é preciso ressaltar que em qualquer espaço institucional é possível e exequível uma prática comprometida com projeto ético-político da profissão, desde que o assistente social tenha um alinhamento teórico político com tal projeto. O que varia nos diversos espaços de atuação são as estratégias e os níveis de avanço que esse procedimento pode alcançar, de acordo com os limites determinados pela realidade institucional e o tipo de demanda que o profissional precisa atender. O fato de a maioria dos profissionais não se comprometer integralmente com uma prática transformadora é resultado da falta de preparo e comprometimento por parte destes, que acabam por fazer cumprir os projetos institucionais e nem sempre priorizam a qualidade do atendimento de seus usuários.

Esse fato é observado, por Matos (2000), Souza (2001), Costa (1998) e Vasconcelos (1999) (*apud* BRAVO ; MATOS, 2006, p. 209), o que o desafio é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, sendo necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

4 CONCEITOS E PERSPECTIVAS DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO A SAÚDE

4.1 Conceitos e tipologias

Os estudos sobre equipes e processos de formação de equipes tiveram início nas décadas de 50/60. Entretanto, a partir da década de 80 é que as equipes começaram a ocupar um espaço nas organizações de trabalho.

Embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes

que compreendem a sua dinâmica. Além disso, as equipes enfrentam uma variedade de fatores situacionais e periféricos que impactam o seu processo de estruturação.

A definição ainda hoje predominante é a de um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos.

Robbins (2004) afirma que as equipes são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças. Faz uma interessante distinção entre grupo de trabalho e equipe de trabalho. O grupo é aquele cujo processo de interação é usado para compartilhar informações e para tomada de decisões com objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como a reunião das contribuições individuais de seus membros. A equipe, por sua vez, orienta-se pelos esforços individuais que resultam em um nível de desempenho maior que a soma das entradas.

Para definirmos o termo equipe, é necessário conhecermos diferentes níveis de coordenação e cooperação entre as disciplinas. Portanto, conceituaremos os termos pluri, multi, inter e transdisciplinaridade.

Por multi e pluridisciplinaridade entende-se uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa disciplina, alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos.

Tanto o multi como o pluridisciplinar realizam apenas um agrupamento, intencional ou não, de certos “módulos disciplinares”, sem relação entre as disciplinas (MUNHOZ, 1996).

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Erroneamente, confunde-se com interdisciplinaridade. A multi retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado e o processo terapêutico é fragmentado.

Em Sampaio et al (1989, p. 83), na interdisciplinaridade:

Teríamos uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co- propriedade, possibilitando o diálogo entre as diversas disciplinas, que leva a uma interação, ou uma intersubjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar.

A transdisciplinaridade, segundo Sampaio et al (1989), seria o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis de multi, pluri e interdisciplinaridade. A multi e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a para a integração e para a interdisciplinaridade.

Para Fazenda (1995), é impossível a construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade.

Sampaio et al (1989, p. 84),

A interdisciplinaridade surge como um termo utilizado para definir a colaboração existente entre as disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência, bem como uma crítica a uma educação fragmentada.

Nesta linha de pensamento, a interdisciplinaridade é uma questão de atitude, e o que se pretende não é anular a contribuição de cada ciência em particular, mas uma atitude que impeça o estabelecimento da supremacia de certa ciência em detrimento de outra.

De acordo com Japiassu (1976),

Caberá a cada um reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas, na tentativa de busca da unidade deste saber, pois a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas.

Segundo Sampaio et al (1989, p. 82): “a interdisciplinaridade exige que cada especialista ultrapasse os seus limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas”.

Na equipe interdisciplinar há a participação de profissionais de disciplinas diversificadas, não sendo importante a quantidade de membros, mas o nível de intensidade de integração e interação entre os membros. “Assim, não é um número maior de pessoas no grupo que traz a interdisciplinaridade, mas sua formação diversificada” (DEMO, 1997, p. 111).

Para Fazenda (1979, p. 08): “a interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, simplesmente vive-se, exerce-se, e por isto exige uma nova pedagogia, a da comunicação”.

Afirma Japiassu (1976, p. 74) que a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto.

O que de fato está em questão na postura de interdisciplinaridade é que, o pressuposto de que a verdade completa não ocorre numa ciência isolada, mas ela só se constitui num processo de concorrência solidária.

Dentre as características de um trabalho em equipe se destacam: diálogo, respeito, colaboração, objetivo comum, confiança, ética, criatividade, motivação, competência, união e compreensão.

Para que o diálogo realmente aconteça entre os profissionais, é necessário:

O direcionamento para trocas de idéias comuns e divergentes, e como resultado desse diálogo verdadeiramente interdisciplinar, temos um enriquecimento tanto dos profissionais em particular, quanto da equipe profissional (CARRIJO, 2003, p. 48).

Uma equipe eficaz e coordenada deve possuir um mecanismo para troca de informação. Num nível mais simples isto requer uma oportunidade regular de tempo, espaço para os membros se encontrarem. Um sistema de comunicação ideal inclui um sistema de registro bem produzido, um fórum regularmente planejado para os membros discutirem os problemas de gerenciamento do paciente, um fórum regular para avaliação da função e desenvolvimento da equipe bem como para relatar problemas interpessoais, um mecanismo de comunicação com sistemas externos com os quais a equipe opera.

Na contemporaneidade para Carrijo (2003, p. 45), o positivismo é considerado um dos maiores obstáculos à interdisciplinaridade, e um dos principais responsáveis pela fragmentação do saber. Ele propõe a ampliação das especialidades, não colocando a importância da interligação dessas disciplinas, ampliando a desarticulação entre as mesmas.

Atualmente, há inúmeras dificuldades para se alcançar a prática interdisciplinar.

Quando analisamos a configuração da divisão sócio-técnica do trabalho e da constituição dos saberes, percebemos que cada profissão se insere no mercado de trabalho de forma gradativa, buscando conquistar seu espaço, havendo muitas vezes, competições entre diferentes áreas.

Para que isto ocorra, é necessário que os profissionais envolvidos tenham o objetivo de aprender e ensinar conhecimentos, pensar e agir sobre a problemática do trabalho em questão. Na relação interdisciplinar, a práxis é vetor fundamental, pois, a partir da teoria que se estrutura a formação profissional, juntamente com as trocas de conhecimentos com outros profissionais, havendo uma melhor atuação na prática profissional para a resolução das problemáticas em questão.

Cada disciplina proporciona uma visão do real segundo a sua especificidade, o que contata que cada visão é parcial. O trabalho em equipe proporciona uma reformulação dessa fragmentação, buscando-se uma visão de totalidade do real. Para isso é necessário trabalhar em uma equipe interdisciplinar, para que nessa relação, cada profissional deverá preparar-se para visualizar suas funções, sem negligenciar seu campo de atuação em específico, buscando a visão da unidade através de seus diversos prismas.

4.2 A formação e a capacitação dos profissionais de saúde

A formação profissional, segundo Silva (1984), não pode se reduzir ao período da graduação ou da pós-graduação. A formação profissional é entendida como um processo dialético, portanto, aberto, dinâmico e permanente, incorporando as contradições decorrentes da inserção da profissão e dos profissionais na própria sociedade. Esse processo contínuo de preparação científica e técnica de profissionais fornecerá subsídios para dar resposta às demandas sociais que se apresentam para a profissão, de produção de conhecimento e de extensão da profissão.

De acordo com, Conselho Nacional de Educação (CNE), a formação do profissional de saúde tem por objetivo dotar os conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, em seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, à eficácia e ao custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral; envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a atuar como empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática com responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2002).

Compreender essa realidade e entender seus desdobramentos específicos para o trabalho e para a educação no setor saúde representa um desafio, a começar pela definição de papéis e ações no espaço de trabalho e de formação/capacitação profissional do setor que extrapolam normas e processos de auto-regulação profissional.

As articulações entre o processo de formação de profissionais e trabalhadores de saúde e a produção de serviços do setor expressam particularidades da relação geral entre educação e trabalho na sociedade.

Uma idéia recorrente na história das relações entre o setor educação e saúde, gira em torno da utilização de incentivos propiciados pelo sistema para a reordenação curricular das profissões da saúde.

O Ministério da Educação e do Desporto, em consonância com o Conselho Nacional de Educação, estabelecerá diretrizes curriculares nacionais, constantes de carga horária mínima do curso, conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas, por área profissional (SANTANA ; CHRISTÓFARO, 2003).

Dificuldades existem para o processo de reordenação do ensino superior que se somam à das dificuldades no contexto geral das instituições universitárias.

Não basta adotar um conceito de competência, entre os muitos existentes, para pensar a educação profissional dirigida à produção de serviços de saúde.

Pensar em formação profissional hoje exige mais que adotar um conceito e um método, uma vez que esse espaço é um mundo onde se inscrevem a educação básica, a educação continuada e especializada e onde é preciso considerar os modelos, as teorias, a legislação e a regulamentação da própria educação, do trabalho, da saúde. Pensar a educação profissional é refletir sobre as práticas reais dos atores e das instituições de educação e de produção de cuidados à saúde (SANTANA ; CHRISTÓFARO, 2003).

Há de se considerar também que a formação profissional é um campo de luta ideológica e política; é um daqueles domínios em que todos se sentem à vontade para emitir opiniões, de onde resulta a estranha impressão de que nunca se avança. A efetiva integração entre os processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços é requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais.

A experiência na elaboração de perfis de competências para profissões ou

ocupações na área de saúde ainda tem muito a caminhar, pois envolve o embate de grupos de interesse, procedentes do setor acadêmico e de serviços ou, mais freqüentemente, das corporações profissionais, resultando nas listas constantes nos projetos de diretrizes curriculares nacionais para os diversos cursos.

Para avançar mais nessas construções de consensos, é preciso basear-se em concepções e justificativas acordadas na dinâmica da interação entre grupos sociais que estão à frente dos processos de ensino e de prática profissional.

4.3 Profissionais de saúde e o trabalho em equipe

O trabalho em equipe tem sido proposto na área da saúde, há décadas, considerando a complexidade crescente das práticas neste campo que tem tornado evidente que a eficiência, eficácia e efetividade das intervenções resultam de uma produção coletiva. Requer, portanto, coordenação e articulação de um conjunto muito diversificado de ações executadas por um elenco também variado de agentes. Contudo, persistem dificuldades na sua implementação, tanto na formação como na prática dos profissionais de saúde (PEDUZZI; SHARAIBER, 2005).

Pode-se localizar nos anos 70, o período em que a proposta do trabalho em equipe ganha ênfase na área da saúde, no Brasil, em decorrência da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde, da expansão do mercado de trabalho em saúde e da mobilização de segmentos da sociedade civil e de atores sociais ligados ao setor no sentido de ampliar o acesso aos serviços e questionar o modelo de atenção à saúde. Dentre os questionamentos impostos identifica-se a crítica a dicotomia entre as ações de saúde curativas e preventivas e à dicotomia entre a assistência médica individual e as ações de saúde pública e ao modelo de equipe de saúde bipolar médico – atendente de enfermagem.

A partir de meados dos anos 80 aumenta a incorporação de trabalhadores de nível médio, particularmente de auxiliares de enfermagem, e de outras categorias profissionais, não-médicos. Com isso começa a se configurar um modelo de equipe ampliada para além do médico e do atendente de enfermagem, que vai ao encontro da

necessidade de organização dos serviços de modo a oferecer atenção integral à saúde da população. Ou seja, o trabalho em equipe multiprofissional coloca-se como um dispositivo com possibilidades de responder, em parte, articulado a outros dispositivos, ao princípio da integralidade – a integração dos serviços prestados em rede e a integralidade da saúde.

Assim, dentre as proposições que buscam introduzir novos modelos de organização dos serviços e dos processos de trabalho, evidencia-se a necessidade de substituir o trabalho isolado e independente de cada área profissional e de cada trabalhador, pelo trabalho em equipe, tanto a equipe multiprofissional de saúde como as equipes de profissionais de uma mesma área de atuação (PEDUZZI ; SHARAIBER, 2005).

Na década de 90 o Conselho Nacional de Saúde:

No sentido de possibilitar o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, reforçando a noção ampliada da compreensão de saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, assim como, o acesso igualitário de todos os serviços de promoção e recuperação da saúde, reconheceu treze profissões de saúde. Assim, respeitando a “integralidade das ações”, a participação social, afirmando a importância da interdisciplinaridade no âmbito da saúde e reconhecendo como imprescindíveis as ações realizadas por diferentes profissionais de saúde os assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os nutricionistas, os odontológicos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1990).

Observa-se, assim, que o princípio da “integralidade das práticas de saúde” é o contexto principal no qual emerge, com maior força e consistência, a proposta do trabalho em equipe na área da saúde.

Contudo neste mesmo cenário observa-se outra tendência crescente da especialização, tanto na produção do conhecimento técnico-científico como na prática profissional, são estabelecidos conflitos e tensões com o trabalho em equipe. Pode-se mesmo dizer que o trabalho em equipe de saúde está localizado entre, por um lado, as demandas de especialização dos trabalhadores e de sua prática e, de outro, a necessidade de recomposição e de integração dos trabalhos produzidos pelas diferentes áreas

profissionais e/ou pelos diversos agentes, dada a fragmentação da atenção e do cuidado à saúde.

Há diferentes concepções sobre trabalho em equipe, e a noção predominante nos serviços de saúde restringe-se à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela – o que não se traduz automaticamente em integração dos trabalhos especializados (PEDUZZI ; SHARAIBER, 2005).

Portanto, cabe discutir e analisar outras possibilidades de definição do tema, mais abrangentes, que ultrapassem o mero agrupamento de profissionais, e que contemplem o princípio da integralidade.

Nesse sentido, entende-se que o trabalho de uma equipe que busca a integração precisa contemplar pelo menos três aspectos: a articulação das ações executadas pelos diferentes trabalhadores de saúde que a compõe, a interação desses profissionais e a participação da população e dos usuários a quem se destina o trabalho em equipe.

Para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, o trabalho em equipe surge como uma estratégia. Entre estas o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos (PINHO, 2006).

Apesar dos benefícios apontados, algumas dificuldades e problemas vêm sendo identificados como a intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde, resultado de um processo de alta especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica dos profissionais, gerando uma visão reducionista e fragmentada do ser humano.

O trabalho em equipe é definido como,

Um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem um “expertise individual”, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam feitos, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas (PINHO, 2006, p. 4).

O trabalho em equipe não é simplesmente estar juntos ou passar a informação de um para o outro. Afirma a importância de se criar uma cultura colaborativa que permita uma genuína cooperação entre os membros. Descrevem cinco passos para a criação de equipes, que incluem o estabelecimento da confiança, o desenvolvimento de crenças e atitudes comuns, o empowering dos membros da equipe, ter reuniões efetivas para gerenciamento das equipes e promover feedback sobre o funcionamento da equipe.

Uma equipe é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada membro poderá contribuir com seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Os membros da equipe devem preservar as suas funções especializadas mantendo uma linha contínua de comunicação uns com os outros, colocando-se eles próprios numa contínua de interações e responsabilidades (PINHO, 2006).

As características de uma equipe de sucesso são: objetivos comuns; clara definição de papéis; suporte e engajamento; respeito; comunicação; competência e habilidades; aptidão dos membros da equipe para funcionar como uma unidade e não somente como um grupo de indivíduos.

Conforme Bravo e Matos (2006, p. 199):

Em 1948 o “novo” conceito de Saúde, enfocava os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi à ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

O assistente social em uma equipe de saúde, segundo Silva e Lessa (1999, p.

119):

É o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido. A partir desta visão de totalidade, passa a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social.

Nesta perspectiva, deverá estar sempre bem informado sobre os objetivos e normas da instituição, reconhecer as necessidades dos usuários e disponibilizar os recursos existentes, identificar falhas e deficiências a serem corrigidas.

Cabe ao assistente social a importante tarefa de gerenciar os conflitos entre as demandas dos usuários e os recursos sociais disponíveis à prestação de serviços e às necessidades destes.

Segundo Penteadó (1996), o serviço social nas unidades de internação, deve estar mobilizado, em parceria com a equipe “multiprofissional” para entender o significado da doença e internação para a criança/adolescente, atuando sempre no sentido de minimizar as conseqüências adversas deste momento em suas vidas.

No atendimento à família do paciente, o Serviço Social parte para o reconhecimento das características da família, incluindo o conjunto de sentimentos frente à doença e internação da criança/adolescente, proporcionando a expressão destes sentimentos e compreendendo o significado e a repercussão destes na estrutura e dinâmica familiar.

O Serviço Social serve como elo entre família – instituição – equipe de saúde, na interpretação das dificuldades por elas apresentadas. A família é incentivada a inserir-se em grupos operativos existentes nas unidades de internação, onde recebam esclarecimentos sobre o diagnóstico e prognóstico médico, informações sobre normas e rotinas institucionais, noções sobre assuntos variados, tendo oportunidades de trocar experiências, bem como discutir os problemas e dificuldades institucionais sentidos e expressar seus sentimentos acerca da doença e internação.

Com isso, é exigida do assistente social uma capacitação para lidar com esta gama de sentimentos e emoções, bem como a atuação em equipe interdisciplinar, em que a contribuição de cada profissional possibilite uma intervenção que atinja a família e o paciente em sua totalidade.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

De acordo com Minayo (2000, p. 22), a metodologia é o caminho e o instrumento

próprio de abordar a realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

5.1 Apresentação dos instrumentais e sujeitos da pesquisa

O presente trabalho de conclusão de curso objetivou conhecer a prática do assistente social nas equipes de saúde e o seu papel no acesso a efetivação dos direitos sociais.

A pesquisa teve como preocupação atingir os objetivos propostos como possível confirmação da hipótese. Assim, a tipologia do estudo foi exploratória, por permitir ao “investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” e descritiva, por pretender “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 1995 p. 105). A pesquisa descritiva engloba a pesquisa bibliográfica, documental e de campo (BARROS ; LEHEFELD, 2000).

Para o desenvolvimento da pesquisa optamos pela abordagem dialética, entendida como aquela que “[...] pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo e a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 1994, p. 24).

A pesquisa se caracterizou na abordagem quanti-qualitativa, tendo em vista que se utilizou de dados subjetivos e objetivos.

Na pesquisa quanti-qualitativa:

Os dados quantitativos prevêm a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos (CHIZZOTTI, 1998, p. 52).

Minayo (1994, p. 22) ressalta sobre a pesquisa qualitativa e quantitativa,

[...] que a diferença entre qualitativo e quantitativo é de natureza, pois enquanto os cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região visível, concreta, a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas.

O desenvolvimento do trabalho deu-se inicialmente a partir de elaboração da hemeroteca, sendo pesquisados artigos relacionados ao tema. A partir desta, ocorreu o fichamento de dez livros relacionados ao assunto, objetivando proporcionar maior subsídio teórico e conhecimento mais aprofundado sobre a pesquisa.

Com o conhecimento teórico, elaborou-se o projeto de pesquisa, no qual foram traçados os objetivos, formulada a hipótese e construída a justificativa, apresentados na introdução e no decorrer do próprio estudo.

Ressaltamos que o presente estudo foi elaborado desde o primeiro momento pelas pesquisadoras que uniram suas idéias em uma única linha de pesquisa, formulando o presente trabalho, ampliando o objeto a ser pesquisado, em virtude da realização do estágio na área da saúde e do interesse na área.

Esclarecemos que a pesquisa se valeu da seguinte problemática: o trabalho do serviço social, que tem um papel importante na efetivação dos direitos sociais, as dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe da saúde hospitalar, demanda essa observada pelas pesquisadoras que presenciavam dificuldades do trabalho em equipe nos hospitais dos campos de estágios.

Como resposta a esta problemática formulou-se a seguinte hipótese, o trabalho em equipe traz novos desafios, exigindo competências e habilidades para o trabalho em grupo e para a justificativa clara e objetiva dos procedimentos técnicos de cada especialidade não desvelados ou ainda inexistentes. No âmbito hospitalar, a falta de clareza quanto às atribuições dos diferentes profissionais é um fator que dificulta o trabalho em equipe. O assistente social, em suas ações, se sente muitas vezes limitado em sua autonomia profissional, seja por outros profissionais ou principalmente pela Instituição. Fato este

que, se não enfrentando por meio da competência teórica, técnica e ético-política, é sugestivo para que as ações deste profissional fiquem esvaziadas da defesa e efetivação de direitos e se apresentem como ações meramente técnicas, isoladas, desprovidas de concepções críticas e que pouco contribui com o enfrentamento das expressões da questão social.

Para tanto, o estudo foi realizado nos serviços de atenção terciária (hospitais gerais e especializados) em municípios com população acima de 100 mil habitantes pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS VI) – Bauru, Botucatu e Jaú. A partir da definição dos municípios realizou-se uma pesquisa no site do Ministério da Saúde – Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES) identificando os hospitais de cada município participante. O universo da pesquisa foi constituído pelas assistentes sociais, dos respectivos hospitais, sendo 15 de Bauru, cinco de Botucatu e quatro de Jaú. Totalizando 24 hospitais.

Como instrumental técnico para a coleta de dados utilizou-se da aplicação de um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa. Para otimizar os resultados da pesquisa enviamos o questionário por e-mail para os profissionais que autorizaram junto com ofício de esclarecimento, proposta da pesquisa e termo de consentimento livre e esclarecido. Ressaltamos ainda, que para validar o instrumental da pesquisa, realizou-se o pré-teste com um profissional de serviço social de um hospital, e após realização deste, não foi necessário alteração.

Desta forma, a pesquisa, em um primeiro momento, baseou-se na identificação dos profissionais dos respectivos hospitais e por meio de contato telefônico esclarecemos junto aos profissionais o objetivo da pesquisa e a importância da participação dos mesmos. Foram relacionados os e-mails de todos os hospitais que aceitaram participar da pesquisa, sendo todo o universo. Posteriormente, enviamos aos e-mails relacionados todo o material já referenciado acima, a fim de garantir a efetividade do recebimento dos e-mails realizamos novo contato telefônico com todos os pesquisados e aguardamos o retorno do mesmo. Após o término do prazo para entrega dos questionários, entramos novamente em contato por telefone, e os profissionais alegaram falta de tempo em responder o questionário, sendo que para garantir o recebimento dos questionários ampliamos o prazo de entrega, e apenas 11 hospitais aderiram ao estudo. Portanto a

amostra da pesquisa foi constituída de 46% do universo, sendo no município de Jaú: Hospital Thereza Perlatti e Fundação Amaral Carvalho; no município de Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Instituto Lauro de Souza Lima, Hospital Estadual, Hospital Prontocor, Hospital Unimed, e no município de Botucatu: Hospital- Dia de AIDS e Hospital das Clinicas de Botucatu. Ressaltamos grandes dificuldades em receber os questionários, e os demais hospitais que não aderiram à pesquisa justificaram que, um hospital estava com seu profissional de férias e os demais alegaram falta de tempo.

A aplicação da pesquisa ocorreu no período de julho a agosto de 2008, com os assistentes sociais que aderiram ao estudo, sendo disponibilizados 40 dias para responder o questionário, que foi recolhido pelas alunas após esse período.

As questões dos questionários que nortearam as entrevistas estão em anexo, sendo o apêndice A, e após a realização elaborou a tabulação dos dados quanti- qualitativos, sistematizados em um dois eixos de análise, sendo primeiramente a apresentação do perfil dos sujeitos pesquisados e seguindo pelo eixo “O Serviço Social junto à equipe de saúde”, dividido em dois subtítulos: “A dinâmica do trabalho em equipe e o Serviço Social” e “O Serviço Social e a sua prática na equipe de saúde”, tendo como base os objetivos da pesquisa.

O eixo segue com a análise dos dados orientada, a princípio, pelos objetivos e referenciais teóricos, tendo como procedimento a apresentação de gráficos acrescidos de depoimentos na íntegra dos profissionais pesquisados. Para melhor compreensão dos dados apresentados, segue no próximo item, a apresentação dos hospitais quais os profissionais aderiram ao estudo.

5.2 Cenário da pesquisa

Para melhor compreensão dos dados apresentado, neste item, segue a apresentação das instituições pesquisadas. Inicialmente, elaboramos uma breve contextualização dos hospitais e suas especialidades.

Quadro 1 – HOSPITAIS PESQUISADOS AGOSTO – 2008

HOSPITAIS	MUNICÍPIOS	SUJEITOS
1. HOSPITAL THEREZA PERLATTI	JA	03
2. HOSPITAL AMARAL CARVALHO	JA	07
3. INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA	BAURU	03
4. HOSPITAL ESTADUAL BAURU	BAURU	06
5. HOSPITAL PRONTOCOR	BAURU	01
6. HOSPITAL UNIMED	BAURU	04
7. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS	BAURU	02
8. SAE - HOSPITAL-DIA DE AIDS	BOTUCAT	01
9. HOSPITAL DAS CLINICAS	BOTUCAT	13
Total		40

Fonte: Os autores.

Iniciaremos com os hospitais do município de Jaú, sendo esses Associação Hospitalar Thereza Perlatti e a Fundação Amaral Carvalho.

A **Associação Hospitalar Thereza Perlatti** de Jaú, fundada em 23 de Julho de 1958, atualmente, o convênio com o SUS possibilita o atendimento a 160 pacientes, 20 vagas para outros convênios e particulares, 80 vagas para Neurologia, além de 60 vagas para Hospital Dia.

A Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú visa o atendimento especializado em saúde mental a portadores de transtornos mentais, no tratamento de psicoses (agudos e crônicos), neuroses graves, depressões, demências e dependências químicas. O tratamento de pacientes com quadro agudo prioriza a remissão de sintomatologia e a rápida reestruturação psíquica para que o mesmo possa dar continuidade ao tratamento em serviços de saúde mental ambulatoriais, preservando assim o vínculo sócio-familiar do usuário.

Quanto ao tratamento de pacientes crônicos, este dispõe de projeto terapêutico específico que visa a reinserção sócio-familiar daqueles que possuem vínculo familiar, através de alta e alguns encaminhamentos para o Programa de Hospital Dia. Os pacientes, que não dispõem de vínculo familiar e que possuem certa autonomia para atividades de vida diária, são encaminhados para o Programa de Lar Abrigado. Os

demais pacientes sem vínculo familiar e portadores de deficiências mentais graves e com grande dependência são avaliados na transferência para tratamento específico em neurologia.

A Associação conta com uma equipe multidisciplinar que utiliza a metodologia psicodinâmica e medicamentosa em conformidade com a atual política de Saúde Mental, preconizando a transição do modelo asilar para um modelo terapêutico aberto, garantindo a manutenção e preservação da identidade e respeito aos direitos de cidadania do paciente.

Já a **Fundação Amaral Carvalho** mantém várias entidades distintas e complementares entre si, sendo estas: o Hemonúcleo, Instituição de Prevenção, Espaço Cultural, Universidade Cooperativa, Três Casas de Apoio, Entidade Anna Marcelina de Carvalho, Hospital Sannt'Anna que realiza atendimento particular/convênio e o que possui maior expressividade, é o Hospital Amaral Carvalho (HAC).

O HAC é uma entidade privada vinculada ao Estado, sem fins lucrativos e tem por especialidade realizar cirurgias e tratamento especializado em neoplasia maligna, através do Sistema Único de Saúde e particular/convênio, contando com ambulatórios e enfermarias cirúrgicas de cabeça e pescoço, ginecologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia, mastologia, ortopedia, urologia e peles/partes moles e também ambulatórios e enfermarias clínicas de oncologia, hematologia, pediatria, radioterapia e UTI.

Realiza também exames para pacientes ambulatoriais e internados, presta serviços como: raio-x, tomografia e ultrassom, exames de medicina nuclear, radioterapia, quimioterapia, braquioterapia, entre outras. Oferece também medicamentos, refeições, estadia para pacientes SUS que residem em outros municípios. Além de manter acompanhamento integral ao pacientes oncológicos disponibilizando tratamento de hepatite, anemia, litrotripsia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutricional, psicológico e social.

A articulação integrada entre todas as entidades mantidas pela FAC, permite que a mesma cumpra com o seu objetivo há quase um século, prestar assistência a saúde e promoção do bem estar, o que implica em oferecer aos pacientes um atendimento humanizado voltado à atender sua dignidade e integridade como seres humanos.

No município de Bauru, os hospitais quais as assistentes sociais aderiram ao estudo, compreendem o Instituto Lauro Souza Lima, Hospital Prontocor, Hospital da Unimed, Hospital Estadual de Bauru e o Hospital de Reabilitação de Anomalias

Craniofaciais.

Hoje, o Instituto Lauro de Souza Lima é centro de referência na área de dermatologia geral e, em particular, da hanseníase para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde - OMS.

Além dos serviços na área de dermatologia, o Instituto Lauro de Souza Lima também realiza atividades voltadas à pesquisa, ensino, reabilitação física, terapia ocupacional, fisioterapia e cirurgias plásticas corretivas.

Seguindo com o **Hospital Prontocor**, que surgiu em 1989, como uma clínica na qual atendiam seis cardiologistas. Em 1994, foi fundado o Centro Cirúrgico, onde eram realizadas cirurgias de varizes, buco-maxilar e cirurgias plásticas. A partir do início de 2001, o Hospital apresentou um grande crescimento: abriu suas portas a mais de 50 convênios e planos de saúde e ampliou seu corpo clínico.

Hoje, a infra estrutura do Hospital Prontocor conta com atendimento em diversas especialidades médicas, dezenas de leitos para internação, 130 profissionais, centro cirúrgico completo, UTI totalmente equipada, pronto atendimento 24 horas, maternidade, centro de fisioterapia, consultórios, laboratório e raio-x próprios.

Referente o município de Bauru compreende-se também, o **Hospital da Unimed Bauru (HUB)** é um hospital particular/convênio, e o seu principal diferencial é o conceito de atendimento personalizado visando qualidade e conforto ao usuário, que começa por suas instalações e é ampliado pelo trabalho do corpo clínico e colaboradores do atendimento em todas as áreas.

Atualmente, são 149 leitos em operação, cerca de 700 funcionários e corpo clínico formado pelos mais de 550 médicos cooperados da Unimed Bauru. Até o início de 2008, uma nova ala de 38 leitos deverá ser entregue para ampliar a capacidade de atendimento.

O HUB possui leitos convencionais nas chamadas Clínicas Abertas, que atendem pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia. Os quartos para planos de acomodação coletiva possuem apenas dois leitos cada um, valorizando a privacidade do usuário.

O Hospital Unimed Bauru também oferece um amplo setor de serviços médicos, com equipamentos de última geração. O Centro Diagnóstico Unimed, instalado no HUB, possui infra-estrutura e equipes especializadas para exames em cardiologia, endoscopia, otoacústica, polissonografia (clínica do sono), neurofisiologia, diagnósticos por imagem, com aparelhos de tomografia helicoidal e ultrassonografia de

última geração, além de serviços de fertilização humana, hemodinâmica e terapia antineoplásica (quimioterapia).

O **Hospital Estadual Bauru (HEB)**, em 25 de julho de 2001 foi criado na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) uma comissão especial para estudar a viabilização da proposta de contrato de gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita (UNESP), para que o recém concluído Hospital Estadual Bauru fosse administrado pela Faculdade de Medicina de Botucatu, com interveniência da Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar (FAMESP). Em cinco de outubro de 2001, a comissão deu parecer favorável e elaborado o Plano Operacional pela FMB juntamente com a Diretoria Regional de Saúde (DIR – X), levando em consideração as necessidades do atendimento médico-hospitalar da região e a disponibilidade da FMB para atendê-las; também foi assinado o Convênio de Parceria na Gestão de Serviços Públicos de Saúde. Em quatro de novembro de 2002, iniciaram os trabalhos do HEB, sendo, em primeiro lugar, ambulatorial e posteriormente hospitalar.

Os valores que norteiam o HEB são ética, qualidade, competência, transparência, comprometimento, respeito, parceria, harmonia, dinamismo, humanização, responsabilidade, coerência, profissionalismo, criatividade e confiabilidade. O HEB tem como missão, contribuir com a sociedade desenvolvendo a saúde, prestando assistência médico-hospitalar, conforme os princípios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo a promoção, proteção, prevenção e educação para a saúde e, fomentando a pesquisa e o desenvolvimento científico aplicado a saúde.

O Hospital Estadual Bauru atende usuários do Sistema Único de Saúde, abrangendo a região compreendida pelo Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS – VI).

Para finalizar os hospitais do município de Bauru apresentamos o **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)**, criado em 1967, é hoje um exemplo concreto do avanço técnico-científico e das possibilidades de reabilitação. Tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços a pessoas com anomalia craniofacial, síndrome relacionada e/ou distúrbio da audição. É considerado, por profissionais nacionais e estrangeiros, um dos mais completos centros especializados de reabilitação na área.

O tratamento inclui todas as etapas terapêuticas necessárias para a reabilitação e integração social e é realizado por uma equipe interdisciplinar.

O atendimento prestado é integral, suportado financeiramente com recursos da Universidade de São Paulo (USP) e Ministério da Saúde especialmente por meio do SUS, mantendo o Hospital relações de parceria com a Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais (FUNCRAF).

Ao todo, são mais de 71 mil pacientes matriculados (até dezembro de 2007) com diferentes anomalias craniofaciais. Deles, 45.085 com fissuras labiopalatinas, 2.417 com outras malformações e 23.597 com deficiências auditivas. São pessoas procedentes de várias localidades do Brasil e de países vizinhos. Especificamente os pacientes com fissuras labiopalatinas são procedentes das diferentes regiões do país, assim distribuídos: Sudeste (61%), Sul (18%), Centro-Oeste (11%), Norte (5,0%), Nordeste (4,7%); além do Exterior (0,3%).

Segue – se com o município de Botucatu, cujo hospital que aderiu o estudo foi o **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HC-FMB) da Unesp**, compreendendo também o **SAE – Hospital Dia de AIDS**, campus de Botucatu, teve suas atividades iniciadas em 1963.

Constitui-se, hoje, em um hospital terciário de grande porte, com aproximadamente 477 leitos, distribuídos entre enfermarias de pediatria, obstetícia, clínica médica, ginecologia, oftalmo/ otorrino, gastrocirurgia, neurologia, cardio/ torax, vascular, molestias infecciosas, ortopedia/ plástica, emergência/ pronto socorro, UTIs, além da assistência ambulatorial e serviços como diagnóstico por imagem, com aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia e ultra-som. Além de oferecer serviços de quimioterapia, radioterapia, hemocentro, hemodiálise, centro cirúrgico entre outros.

O Hospital das Clínicas é uma unidade de referência na região centro-sul do Estado, e seus serviços são dirigidos a toda população que demandar uma assistência terciária, municipais da área de abrangência da DRS VI.

A partir da documentação do Serviço Social no hospital, percebe-se que a categoria tem um histórico de atuação junto à população desde a implantação do Hospital das

Clínicas, quando em 1967 desenvolvia suas atividades aos pacientes não previdenciários e de casos de interesses científicos.

Ao longo de sua história o Serviço Social transferiu-se para várias salas dentro do HC, tendo que se adaptar em todas as instalações, com o objetivo de priorizar o atendimento aos pacientes.

No entanto, a partir de 1990, com ampliação da estrutura física da unidade de saúde, foi possível acomodar todos os profissionais, facilitando o acesso dos pacientes e familiares ao Serviço Social, possibilitando desta forma, uma assistência de qualidade.

Em 1997 a equipe do Serviço Social era de 17 assistentes sociais, porém este quadro foi se defasando ao longo do tempo à medida que as funcionárias estatutárias foram se aposentando. Embora nos últimos 40 anos tenham ocorrido alterações significativas no Serviço Social do HC/ FMB, ainda hoje continua tendo um importante papel junto a questões que envolvem assistência, ensino e pesquisa.

Atualmente a equipe conta com 12 assistentes sociais, 07 oficiais administrativos e 02 auxiliar de serviços gerais, 01 assistente social do Projeto de Inclusão Digital e Social, 01 assistente social do Programa de Treinamento Profissional (PRAT), além de dois 02 estagiários em graduação e 02 assistentes sociais no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP - Pediatria e Diálise). A equipe encontra-se inserida através da distribuição de profissionais de Serviço Social dispostos por enfermarias e ambulatórios, onde atuam como mediadores entre equipe/ hospital – paciente/ família.

Vale salientar que todas as assistentes sociais estão envolvidas em plantões de intercorrências (24 horas) do HC. Tem por objetivo prestar serviços aos pacientes e familiares, através de encaminhamentos internos (enfermarias e pronto socorro) e externos (demanda espontânea), visando à resolução de problemas imediatos, dentro dos recursos e critérios institucionais e/ ou através de encaminhamentos aos recursos comunitários, com a observância do limite de competência do Serviço Social.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicialmente, como já pontuado acima, faremos uma caracterização do

profissional envolvido no presente estudo anteriormente à apresentação do perfil do profissional.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e descritiva. Na CBO, as ocupações foram agregadas por nível de competência e similares nas atividades executadas, comportando dez conjuntos. A CBO classifica as ocupações do estudo nos grandes grupos (GG – 2) que agrega os empregos compondo as profissões científicas e das artes de nível superior (BRASIL 2007).

GG - 2 – PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES – Compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Incluído também pessoal das artes e desportos, cujo exercício profissional requer alto nível de competência como, por exemplo, maestro, músicos, entre outros. Este grande grupo compreende: pesquisadores e profissionais policientíficos; profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia; profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins; profissionais do ensino; profissionais das ciências jurídicas; profissionais das ciências sociais e humanas; comunicadores, artistas e religiosos. **Serviço Social - Descrição sumária.**

Prestam serviços sociais, orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejam, coordenam e avaliam planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras), atuando nas esferas pública e privada; orientam e monitoram ações em desenvolvimento relacionadas à economia doméstica, nas áreas de habitação, vestuário e têxteis, desenvolvimento humano, economia familiar, educação do consumidor, alimentação e saúde; desempenham tarefas administrativas e articulam recursos financeiros disponíveis.

A profissão é regulamentada pela - Lei nº 8.662/93 que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

Na saúde, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões que são necessárias, entre outras atribuições, para a identificação e análise dos fatores que

intervêm no processo saúde doença. Faz-se necessário então, compreender o perfil dos sujeitos pesquisados, que é de fundamental importância para entender a realidade da prática do assistente social.

6.1 Apresentação do perfil dos sujeitos pesquisados

Para desvelar o perfil foram utilizados os dados presentes na identificação do questionário aplicado, valendo-se dos indicadores: ano de graduação, tempo de experiência profissional, tempo e trabalho na Instituição, cargo na Instituição e realização de pós-graduação. A pesquisa compreende o período de agosto a setembro do ano de 2008 perfazendo 40 sujeitos que aderiram ao estudo, conforme apresenta tabela abaixo:

Tabela 01 – PERFIL DOS ASSISTENTES SOCIAIS
 SUJEITOS DA PESQUISA – AGOSTO 2008

Categorias	Nº (%)	
Ano de graduação		
1960 a 1980	06	16
1981 a 1990	11	29
1991 a 2000	11	29
2001 a 2006	10	26
Sub Total	38	100
Não Respondeu	02	-
Total	40	
Tempo de experiência profissional		
01 a 05 anos	10	25
06 a 10 anos	08	20
11 a 15 anos	04	10
Mais de 15 anos	18	45
Total	40	100
Tempo de trabalho na Instituição		
04 meses há 01 ano	08	21
02 anos a 05 anos	13	33
06 anos a 10 anos	05	13
11 anos a 15 anos	04	10
Mais de 15 anos	09	23
Sub Total	39	100
Não Respondeu	01	-
Total	40	

Assistente Social	37	95
Coordenadora/ Responsavel pelo Serviço Social	01	2,5
Supervisora Técnica	01	2,5
Sub Total	39	100
Não Respondeu	01	-
Total	40	
20 horas		
30 horas	03	07
36 horas	03	07
40 horas ou mais	34	86
Total	40	100
Sim	40	100
Não	00	00
Total	40	100
Aperfeiçoamento	06	21
Especialização	21	75
Mestrado	03	11
Doutorado	02	07
Não realiza	12	39
Sub Total	31	100
Não Respondeu	09	-
Total	40	

Fonte: Os autores

Assim, verificou-se na identificação dos sujeitos que 100% dos pesquisados são do sexo feminino, dado não apontado na tabela, sendo concluído através da observação dos nomes dos sujeitos, confirmando uma tendência histórica da profissão que ainda é predominantemente feminina.

Diante do exposto na tabela, observa-se que com relação ao ano de **graduação**, coincidentemente 29% dos assistentes sociais se graduaram entre os anos de 1981 a 1990 e de 1991 a 2000, seguido do ano de 2001 a 2006 que fez 26% dos sujeitos pesquisados.

Quanto ao **tempo de experiência** profissional, percebemos que a maior concentração ocorre com os sujeitos com mais de 15 anos, ou seja, 45%. Observamos ainda que 33% dos sujeitos trabalham na Instituição de dois a cinco anos, seguido de 23% com mais de 15 anos.

Analisando o **tempo de trabalho** na Instituição, verificamos que 33% revelam trabalhar na Instituição entre dois a cinco anos, seguindo de 23% que informaram que trabalham mais de 15 anos na Instituição.

Seguindo a análise na tabela, referenciamos o **cargo na Instituição**, sendo que 95% dos sujeitos pesquisados informarem ter o cargo denominado como assistente social e apenas 5% denominaram outro cargo, sendo estes, coordenadores de Serviço Social e Supervisores Técnica.

Quanto à **carga horária**, 86% dos profissionais informaram trabalhar 40 ou mais de 40 horas semanais e 14% informaram ter como carga horária 20 horas ou 36 horas semanais. Observamos ainda que 100% dos sujeitos pesquisados informaram possuir vínculo empregatício com a Instituição.

Ressaltamos que tramita na Câmara dos Deputados: Projeto de Lei - 1890/2007, que propõe 30 horas de jornada para assistentes sociais e que tem por justificativa a limitação da jornada de trabalho que visando preservar a saúde e a segurança dos trabalhadores. Como regra geral, a Constituição Federal fixou, no art. 7º, inciso XIII, a duração do trabalho em 8 horas diárias e 44 semanais. Algumas atividades, entretanto, exigem mais do trabalhador, levando-o mais rapidamente à fadiga, pelo desgaste físico ou psicológico. Sua produtividade fica comprometida e o trabalhador exposto a doenças profissionais e acidentes de trabalho. Em consequência, os usuários podem sofrer as consequências deste desgaste pela qualidade dos serviços prestados que pode ficar comprometida.

Finalizando, com o indicador referente à pós-graduação, que é de extrema importância no cenário atual do mercado de trabalho, no qual os profissionais mais capacitados apresentam maior sustentabilidade em suas ações e conforme pontua Yamamoto (2005, p.146):

O profissional também tem que ser um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico conjuntural dos processos sociais para deles extrair potenciais propostas de trabalho, ali presentes como possibilidade, transformando-as em alternativas profissionais de superação do cotidiano.

Assim, 61% dos sujeitos pesquisados informaram ter cursado pós-graduação. Dos sujeitos que realizam pós-graduação, 18% realizam aperfeiçoamento e 67% realizam especialização, seguindo de 10% de mestrado e 5% doutorado. Cabe ressaltar que diversos profissionais realizam ou já realizaram mais de um tipo de pós-graduação e que observando aos dados apresentados, concluímos que são poucos que mantêm continuidade nos estudos. Informamos ainda que 39% dos sujeitos pesquisados não realizam nenhum tipo de pós-graduação.

Segundo Setúbal (1995, p. 20):

[...] somos sabedores das dificuldades do Serviço Social realizar pesquisa e das situações concretas que dão conta da pequena familiaridade da área com a produção do conhecimento.

A autora revela a pouca freqüência com que se tem verificado a construção do conhecimento científico no Serviço Social, por ser uma prática inserida numa realidade concreta sem tradição em pesquisa e, em segundo lugar, por ter se inserido no mercado de trabalho dessa sociedade para prestar serviços assistenciais às populações menos favorecidas pelo sistema capitalista de produção.

[...] as dificuldades estruturais e conjunturais do país, que se refletem de forma direta na política educacional, procurando apreender a formação “*stricto sensu*” em Serviço Social a partir das implicações decorrentes de uma universidade construída dentro de um projeto capitalista modernizante (SETÚBAL, 1995, p. 22).

Diante do exposto e tendo conhecimento que a área da saúde é uma das áreas que mais emprega assistente social, percebe-se que os sujeitos da amostra apresentam um perfil variado de profissionais, desde recém formados até aos que se graduaram há muitos anos e também a diversa gama de profissionais que realizaram cursos de pós-graduação e os que não realizaram.

Segundo Silva e Cunha (2002, p. 77): “na perspectiva do trabalho na sociedade do conhecimento, a criatividade e a disposição para capacitação permanente serão

requeridas e valorizadas”.

Observamos ainda como indicadores em comum a carga horária, vínculo empregatício e cargo na Instituição. Quanto ao tempo de experiência ainda há uma grande diversidade decorrente da absorção da mão de obra de diversos anos de formação.

O perfil profissional do assistente social na área da saúde deve pressupor as demandas apresentadas tanto pela população usuária como pela equipe de trabalho, mediando tais relações e apresentando alternativas de superação da fragmentação e imediatismo, objetivando atender o usuário em sua totalidade e efetivar os seus direitos como cidadão, entendendo a relação saúde e condições de vida e trabalho. Além de efetivar sua prática junto à equipe validando e ampliando o seu espaço profissional.

Conforme pontua Yamamoto (2005, p.145),

O assistente social deve ter um perfil profissional propositivo, um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que tudo é sólido se desmancha no ar.

Portanto, no próximo eixo, Serviço Social e a equipe de saúde, foram apresentados e discutidos os dados quanti-qualitativos da pesquisa desenvolvida com os assistentes sociais que aderiram à pesquisa, como já ressaltado.

6.2 Serviço Social e equipe de saúde

6.2.1 A dinâmica do trabalho em equipe e o Serviço Social

Sabemos que a presença do profissional de Serviço Social vem se tornando cada vez mais requisitada nos diversos espaços sócio-ocupacionais, fato que pode ser explicado pelo acirramento das expressões da questão social. Desta forma, na saúde, uma

das áreas que mais empregam assistentes sociais, tal situação não é diferente, pelo contrário faz-se a mesma. A saúde, entendida a partir de seus fatores condicionantes e determinantes (habitação, lazer, trabalho, acesso aos bens e serviços essenciais, educação, saneamento básico, entre outros), expressa os níveis de organização social, e, portanto, reflete notoriamente os novos arranjos do cotidiano.

A partir das transformações que vem ocorrendo na política da saúde, tendo em vista seus objetivos, diretrizes e princípios, o mercado de trabalho passou a exigir profissionais cada vez mais capacitados, a fim de fazer frente às demandas postas pela sociedade. Desta forma, hoje, pode-se dizer, que o trabalho em equipe, especialmente na saúde, deixou de ser um indicativo, para se tornar um imperativo. Assim, o tema Serviço Social e equipe de saúde se expressa com grande relevância nesta área, pois o trabalho em equipe, na medida em que permite a contribuição de diversos olhares profissionais, é reconhecido como fundamental para a identificação das necessidades e nas respostas às demandas colocadas.

Esta realidade perpassa todo campo da saúde, pois como aponta Teixeira e Nunes (2004, p. 125), “o modelo de atenção a saúde que privilegia a racionalização (concepção positivista/racionalista) de resultados isolados, já não é suficiente para garantir a saúde de todos e menos ainda com qualidade”, redirecionando a saúde para a visão ampliada de totalidade, passando do isolamento para a coletividade dos saberes.

Assim, em termos dos questionamentos da composição da equipe de trabalho, verificamos que 84% dos profissionais pesquisados responderam que desenvolvem sua prática profissional inseridos em equipe técnica, compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros profissionais. Outros 13% dos pesquisados relataram desenvolver sua prática profissional apenas junto a equipe de assistentes sociais, recepcionistas, auxiliares administrativos, secretarias, entre outros, conforme ilustra a figura abaixo:

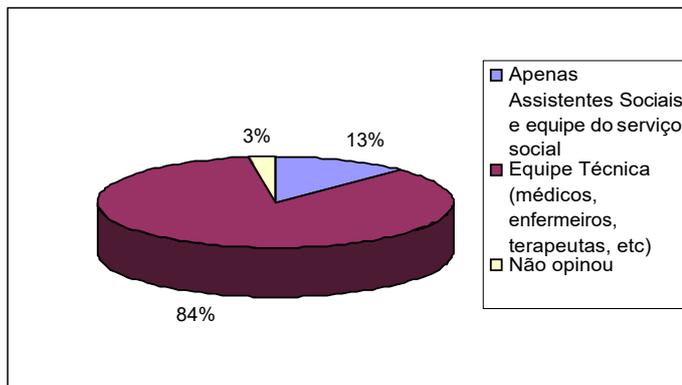


Gráfico 01: Composição da equipe de saúde.

Constatamos que a proposta de trabalho em equipe ainda não é uma prática exercida em sua plenitude, mesmo sendo uma grande estratégia de intervenção para o enfrentamento do intenso processo de especialização na área da saúde, conforme aponta Teixeira e Nunes (2004, p.122):

O especialista deve estar aberto para ultrapassar seus próprios limites e trabalhar as contribuições/conteúdos de outras disciplinas. Este movimento provoca a necessidade de constantemente se reavaliar o significado da ciência, do saber e das relações do poder. É necessário estabelecer conexões entre tais aspectos, o que exige, para além da formação escolar, acadêmica, técnica, a retomada daquela formação grega, de cidadania, de sujeitos sociais, pois requisita despojamento, compromisso, consciência crítica do que lhe é dados. E mais além, uma constante mediação entre o particular e o coletivo.

Assim, para garantir a efetividade do trabalho em equipe é necessário que os membros recorram a uma relação recíproca entre trabalho e interação, prezando por aspectos como cidadania, conforme propõe o autor acima citado. Acrescenta-se que os de determinantes otimizados através da comunicação se apresentam, entre outras formas, nas reuniões de equipe.

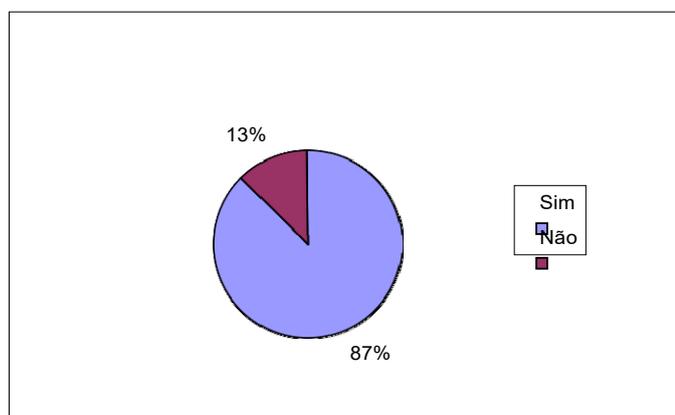


Gráfico 02: Existe periodicidade nas reuniões em equipe.

Baseando-se na figura acima, observamos que 87% dos profissionais realizam, e com periodicidade, reuniões em equipe. Outros 13% ressaltaram não apresentar periodicidade nas reuniões, sendo as condições de trabalho, especialmente a escassez de funcionários, apontadas como elemento dificultador para o atendimento da demanda e, conseqüentemente, como impedimento para periodicidade nas reuniões em equipe. Pontuamos que a periodicidade das reuniões em equipe deve basear-se na necessidade expressa em cada área hospitalar, garantindo a interatividade e integração da equipe nas respostas às demandas postas, tendo como fator primordial a comunicação horizontal e eficiente. Assim, conforme Peduzzi (2001):

[...] comunicação embora esperada, não exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre dos profissionais, e por outro, a comunicação que ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo.

Nesta direção, Teixeira e Nunes (2004, p.122) considera “ser necessário que se exerça a comunicação ainda que parcial, de modo que cada visão disciplinar ofereça uma contribuição peculiar no compartilhamento com outra”.

Contudo, não é apenas a comunicação em si que traz a efetividade do trabalho em equipe, mas também como esta é realizada. Desta forma, questionamos com quais profissionais as reuniões em equipe são realizadas, dados que foram representados na figura a seguir:

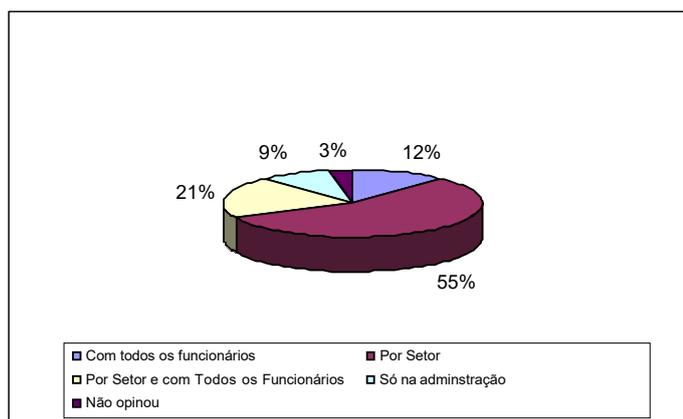


Gráfico 03: Com quem as reuniões em equipe são realizadas.

Conforme observamos, 55% das reuniões em equipe são realizadas apenas por setor, evidenciando a não integração e comunicação entre os diversos membros da equipe, pois estes compõem os diversos setores do hospital. Outros 22% dos sujeitos pesquisados informaram realizar as reuniões por setor e com todos os funcionários, ocasionando assim reuniões com profissionais do Serviço Social e a equipe técnica. Já apenas 12% ressaltaram realizar reuniões em equipe com todos os funcionários, ou seja, com todos os membros da equipe. Outros 09% informaram que as reuniões acontecem apenas com a administração, demonstrando a hierarquização e não participação na tomada de decisões pelos membros da equipe. Assim, se o trabalho em equipe é visto como uma maneira de compartilhar responsabilidades, contribuindo com a recuperação do paciente e propiciando melhor qualidade de vida, as reuniões em equipe necessitam ser comum a todos os membros da equipe, tornando-se uma prática do cotidiano profissional que funcione como um dos meios mais importantes da comunicação da equipe.

Disto tem-se

Peduzzi (2001):

A prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir, e nesse processo, construir consensus pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir instrumental busca-se certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

Observamos que as reuniões em equipe só terão efetividade se baseadas no agir comunicativo, respeitando as diferenças e divergências, as especificidades, a concepção de homem e mundo de cada membro e garantindo a participação de todas as disciplinas que envolvam diretamente ou indiretamente o processo de recuperação do paciente, resultando em uma intervenção coerente com a realidade apresentada. Acrescenta-se que o respeito às diferenças é fundamental, no entanto cabe ressaltar que isto não significa ser conivente com situações que firam os princípios éticos profissionais e que violem direitos.

Desta forma, além das reuniões, reafirma-se que o trabalho em equipe também pressupõe o respeito ao pluralismo, à diversidade e as diferenças profissionais.

Ao questionarmos a participação de todos no processo de decisões e mudanças que envolvam as tarefas dos membros da equipe, obtivemos o seguinte resultado:

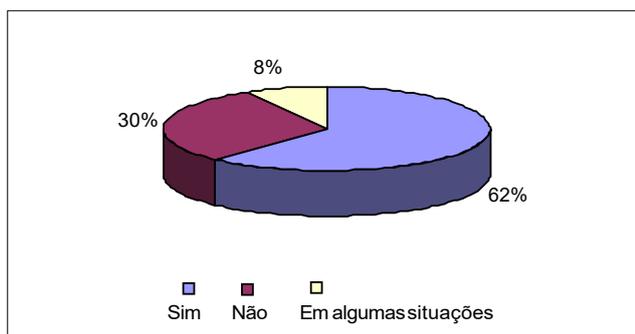


Gráfico 04: Participação no processo de decisões que envolvem suas tarefas.

Observamos que 62% dos profissionais pesquisados informaram que existe participação dos membros da equipe, 30% informaram não existir participação e 08% explicitaram haver participação em algumas situações.

Assinala-se que a participação no processo de decisões e mudanças que envolvam diretamente e indiretamente as tarefas dos membros da equipe se engloba ao grau de envolvimento e interação da equipe.

É importante ressaltar que, neste processo de participação, a discussão sobre a autonomia e especificidade profissional de cada membro é fundamental, pois possibilita minimizar a autonomia socialmente legitimada e não tecnicamente estabelecida, objetivando ampliar a participação de todos. Pontua-se que a autonomia profissional é assegurada através de uma função técnica e política que implica ao profissional o domínio de suas especificidades e uma reflexão crítica do seu agir profissional que resulta em estratégia de trabalho com compromisso e competência, daí a importância de tal.

É necessário, ainda, analisar a compreensão das decisões pela equipe, compartilhando das informações referentes ao processo de trabalho e também do conhecimento e acesso à informação.

Cabe pontuar ainda que, por termos, de um lado, disciplinas que são tidas socialmente como dominantes do conhecimento, marcando fronteiras entre os campos do saber e, por outro lado, termos as limitações de cada disciplina em trabalhar isoladamente, cabe instituir ações que visem superar estas visões. O trabalho em equipe é fundamental para esta construção, pois pode contribuir para que haja unidade do saber, sem sobreposição de uma disciplina sobre a outra.

Tal medida é que pode contribuir para a construção da visão de totalidade, facilitando o processo de rompimento com o isolamento das disciplinas e favorecendo não só o acesso às informações no processo de trabalho, mas, principalmente, a construção das ações de saúde pautadas nas condições de vida e saúde.

Quando questionamos se a decisão da equipe é compreendida por todos, 80% dos profissionais pontuaram que a decisão da equipe é compreendida por todos e 20% pontuaram que a decisão da equipe não é compreendida por todos, conforme gráfico abaixo:

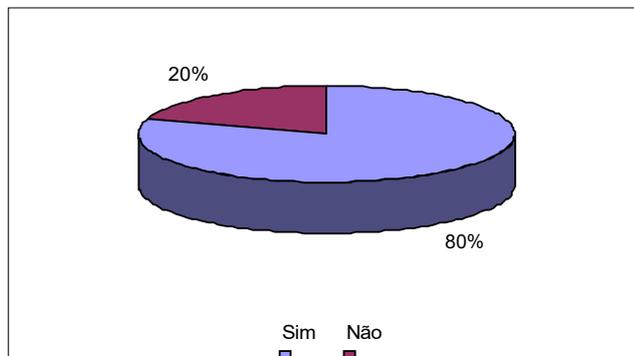


Gráfico 05: Compreensão da decisão é por todos.

Diante das falas dos sujeitos, os mesmos explicitaram que mesmo quando a decisão da equipe não é aceita por todos, preserva-se a decisão tomada pela maioria da equipe, o que sem dúvida é fundamental para o processo de participação.

Não, nem sempre é aceita por todos, mas a decisão da equipe é a que primeiramente testamos para buscar resultados. Suj. 07

Não, nem sempre a equipe entra em acordo em todas as decisões, mas se aceita e segue-se conforme determinado. Suj. 10

Sim, a decisão da equipe é debatida ao extremo, sendo todas as partes envolvidas expõem o ponto de vista até chegarem ao comum acordo, geral com todos da equipe. Suj. 17

Sim, a equipe respeita as divergências de forma ética, pois se entende que as diferenças de idéias e opiniões servem para o amadurecimento profissional e pessoal. Suj. 33

Verificamos também que existem cooperação e predisposição dos membros da equipe em discutir e analisar as demandas apresentadas e busca-se chegar a um denominador comum através da participação de todos os membros, mesmo que exista

uma diferença de percepções que ocasionem em visões antagonistas. A referida prática aperfeiçoa-se como exercício de considerar todos os conhecimentos em torno de um único objetivo.

Como ressalta Teixeira e Nunes (2004, p. 122):

Existe a necessidade de se flexibilizar e apreender a lidar com o conhecimento diferente que cada um possui formar uma construção coletiva. Isso exige uma inter-relação e cooperação entre os conhecimentos adquiridos, habilidades, e competências, isto é, o fazer profissional, baseado na reciprocidade, solidariedade e interdependência disciplinar.

A fim de ultrapassar o imediatismo das ações e garantir a compreensão de todos os membros da equipe, torna-se necessário o compartilhamento de informações e conhecimentos entre a equipe. Quanto ao compartilhamento de informações entre os membros de equipe, 100% dos sujeitos pesquisados informaram que existe compartilhamento das informações e conhecimento. Como já exposto, o processo de comunicação e apreensão da prática profissional de diversas disciplinas é indispensável, reconhecendo a necessidade de outros saberes na possibilidade de se construir caminhos possíveis e estratégias de intervenção, conforme mostra os depoimentos abaixo:

Sim, todos os membros da equipe compartilham conhecimentos e informações, visando fortalecer a equipe e oferecer melhor atendimento ao usuário. Suj. 15

Sim, o trabalho é realizado pela equipe e para tanto é necessário uma relação de reciprocidade, mutualidade, um regime de copropriedades, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas, levam interação, a uma inter-subjetividade, condição indispensável para execução do trabalho. Suj. 36

Sim, compartilham mais muitas vezes a ação é feita de forma imediatista e o caso acaba sendo discutido e resolvido no momento da alta, ou no momento em que pacientes e familiares apresentam sua problemática. Suj. 23

Validando as dificuldades de se concretizar o trabalho em equipe na prática cotidiana, observamos que os membros demonstram disposição em se comunicar, dialogar e ampliar os conhecimentos adquiridos. Demonstram também que para trabalhar o sujeito em sua totalidade é indispensável considerar o conceito de saúde já apresentado.

Como pontua Minayo (1994, p. 38):

Na perspectiva dialética, a visão de totalidade nos mostra que não há pontos de partida absolutamente definitivos, e que o conhecimento da realidade implica numa oscilação entre todos e as partes que devem esclarecer mutuamente, coerente com o caráter histórico e contraditório do seu próprio movimento interno, do dia-a-dia dos sujeitos.

Assim, quando analisamos a prática profissional do assistente social, que no trabalho em equipe deve estar diretamente ligado a outras áreas do saber, o que é de suma importância para o seu desenvolvimento e atendimento ao usuário. Acrescenta-se que as ações em equipe devem potencializar a produção de conhecimentos no processo das relações sociais e demandas, o que é fundamental para a construção das intervenções do Serviço Social, conforme sinalizado no Projeto Ético Político Profissional.

Posteriormente, indagamos junto aos assistentes sociais que aderiram ao estudo, como se concretiza o acesso a informações sobre mudanças e alterações da rotina hospitalar, disso tem-se:

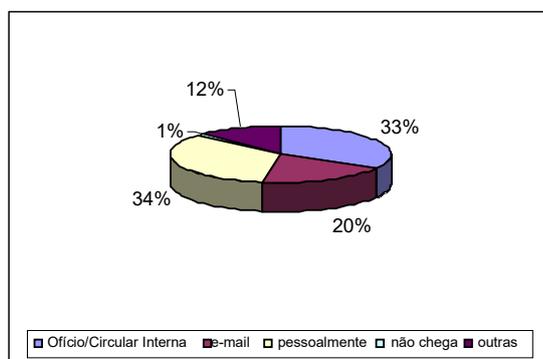


Gráfico 06: Acesso às informações sobre mudanças e alterações na rotina hospitalar.

Ressaltamos que foram utilizadas mais de uma afirmativa, sendo que 34% dos sujeitos pesquisados informaram ter acesso as informações sobre mudanças e alterações da rotina hospitalar pessoalmente, 33% informaram que tem acesso por ofícios/circulares, 20% tem acesso por e-mail e 12% informaram ter acesso a informações sobre mudanças e alterações por outras formas e apenas 01% informou não ter acesso. Constatamos que são utilizadas de diversas estratégias de comunicação para garantir o acesso as informações aos profissionais, evidenciando que apenas um profissional informou não ter acesso às essas informações. Constatamos ainda, de forma geral, que a equipe de saúde compartilha informações e conhecimento.

Outro ponto de discussão é se os membros da equipe opinam no processo de trabalho dos mesmos, segundo Ginnotti, 1996 (*apud* LIMA ; PIMENTA, 2008):

Entende-se atualmente que o que se pretende hoje em relação à saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma tarefa em conjunto, profissionais de diversas áreas, representantes de diversas ciências, agregar-se-iam em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns: estudar as interações destas áreas e encontrar métodos adequados que propiciem uma pratica integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Portanto, do total de sujeitos questionados sobre o tema, 80% responderam que os membros da equipe opinam no processo de trabalho dos mesmos e 20% responderam não opinar, conforme exposto na figura abaixo:

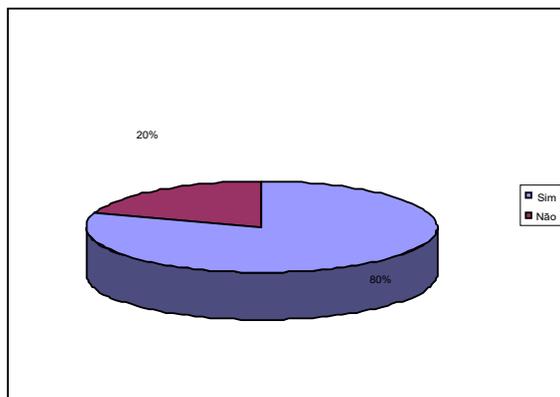


Gráfico 07: Opinar no processo de trabalho dos membros da equipe.

Esta participação em forma de opinião no processo de trabalho é de suma importância no trabalho em equipe, garantindo a prevalência da diversidade de conhecimentos e a opinião desses em um único contexto, como destaca Teixeira e Nunes (2004, p.121):

Chamamos a atenção para o fato de que ao apresentar críticas a uma concepção, não podemos cair no equivoco de que, para defender outra visão, um determinado conhecimento, seja necessário negar o outro. Temos que trabalhar com a pluralidade, com compreensão de que um conhecimento não pode ser único.

Assim, só a pluralidade de conhecimentos proporciona à equipe trabalhar o usuário em sua totalidade, visão que expressa na fala dos sujeitos abaixo:

Sim, porque trabalhamos em uma equipe de saúde, onde todos os pontos de vista são importantes para podermos atender o paciente em eu todo. Suj. 31

Sim, pois de maneira direta ou indiretamente o trabalho envolve toda equipe, as mudanças refletem no cotidiano da prática profissional. Suj. 36

Sim, algumas vezes participo de decisões, junto à equipe médica, ao serviço de psicologia ou com outros profissionais, pois determinadas situações envolvem a atuação da equipe. Suj. 10

Observamos que uma pequena parcela dos sujeitos pesquisados disseram não existir opinião no processo de trabalho dos membros de equipe, conforme a fala abaixo:

Não, por serem áreas específicas. Suj. 24

Avaliamos que tais respostas expressam limites na compreensão do pluralismo, totalidade e integração das disciplinas e frisamos que não há como debatermos tais

expressões sem considerarmos os inúmeros fatores a que estão associadas, tais como as visões decorrentes do próprio modo de produção social e do desenvolvimento científico, sendo que tais fatores não se excluem.

Salientamos ainda que se existe participação, integração e acesso a informações no processo de trabalho da equipe, os conflitos são determinantes neste processo.

Desta forma, ao abordamos junto aos profissionais pesquisados a existência de conflitos no trabalho em equipe, 90% dos sujeitos informaram existir conflito e apenas 10% informaram não existir conflito entre os membros da equipe.

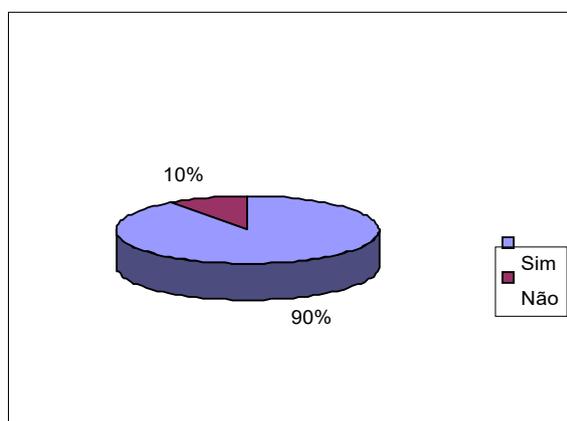
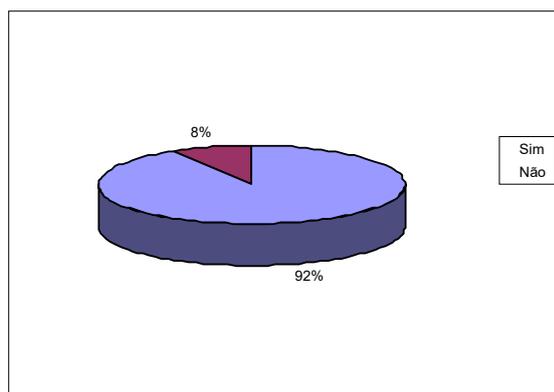


Gráfico 08: Existem conflitos.

Posteriormente, indagamos se os conflitos são discutidos com a participação de todos, tendo em vista que a participação e o respeito às opiniões são pressupostos do trabalho em equipe. Disso constatamos como mostra figura abaixo:



RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde:
um estudo sobre a equipe como maior efetivador dos direitos sociais.

Gráfico 09: Os conflitos são discutidos com a participação de todos.

Entre os 90% que afirmaram a existência de conflitos entre os membros da equipe, 92% dos sujeitos pesquisados afirmaram que são discutidos com a participação de todos e apenas 08% informaram não ter a participação de todos. Conforme relatos têm-se:

Sim, por meio de reuniões com elucidação dos argumentos, das justificativas, visando à efetivação da atuação dos profissionais em função do paciente e sua reabilitação. Suj. 35

Sim, sempre existem conflitos de opiniões, porém após discussão de caso em equipe, a mesma tende a se concentrar no atendimento integral do paciente considera os conflitos quando discutidos importantes, pois cada profissional pode dar a sua contribuição e aprender a ouvir o que o outro tem a dizer e contribuiu assim para a troca de experiências. Suj. 23

Conforme exposição dos relatos, verificamos que os profissionais percebem o conflito como valorização da dinâmica da equipe, garantindo maior interatividade entre os membros, possibilitando um enfoque na práxis, uma troca entre o presenciado e o estudo, permitindo abertura a novos campos e novas descobertas. Demonstrando também que a equipe está aberta a negociações, com o objetivo de chegar uma intervenção resolutiva no processo saúde/doença, implicando na abertura dos especialistas para ultrapassar seus próprios limites e trabalhar com as outras profissões respeitando as especificidades em prol da coletividade.

Destacamos que o trabalho do assistente social perpassa pelos conflitos entre a equipe, atuando também como mediador das relações dos usuários/profissionais/instituição, como esclarece Faleiros (1999, p. 49):

É no contexto das relações de fora mais gerais do capitalismo e nas particularidades das relações institucionais, nas mediações do processo de trabalho de fragilização/fortalecimento do usuário, que se define o trabalho profissional do Serviço Social, em que as estratégias, técnicas e instrumentos de intervenção são elaborados por sujeitos reconhecidos e legitimados para isto.

Em seguida, analisamos os relatos dos sujeitos que informaram não ocorrer à discussão do conflito com a participação de todos e conforme relato tem-se:

Não, pois nem sempre temos abertura para discutir e resolver conflitos, pois nem todos os profissionais têm compreensão do trabalho em equipe. Suj. 10

Não, porque não existe reunião entre os membros. Suj. 18

Avaliamos que estas equipes não garantem a aplicabilidade das características do trabalho em equipe ou até mesmo não predisõem de atitudes pessoais para troca de conhecimentos, de diálogo, atitude qual deve ser despertada e estimulada para o fortalecimento do trabalho.

Compreendemos também que o trabalho em equipe na área da saúde necessita de gradativas mudanças, visto que implica na participação de diversos sujeitos que por muitas vezes não sistematizam a mudança na concepção de saúde com qual se deve trabalhar. Assim, perguntamos aos profissionais pesquisados se a equipe em que trabalham é resistente à mudança e obtivemos os seguintes resultados, como ilustra a figura:

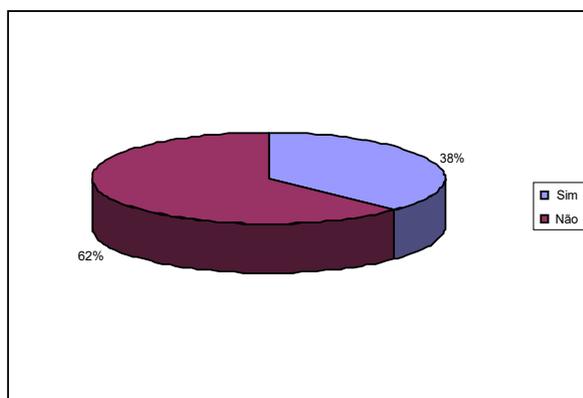


Gráfico 10: A equipe é resistente a mudanças.

Observamos que 62% dos sujeitos pesquisados informaram que a equipe não é resistente a mudanças e 38% informaram que a equipe é resistente as mudanças, motivos que podemos verificar nos relatos que seguem:

Sim, há uma resistência de primeiro impacto, porem através das discussões com outros profissionais é possível uma reflexão para aceitação desta mudança. Suj.11

Sim, porque não existe uma tomada de decisão em conjunto com todos os membros da equipe, portanto não há um consenso. Suj. 18

Não, porque todos têm o direito de opinar e discutir seu ponto de vista. Suj.31

Observo que não, todos da equipe estão envolvidos com o bem estar do paciente, se adequando a mudanças necessárias. Admiro muito a equipe que faço parte, vejo o empenho de todos a superar as mudanças. Suj. 08

Analisamos que mesmo os sujeitos que ressaltaram existir resistência a mudanças, determinaram ocorrer em primeiro momento, que se trabalha junto à equipe até atingir consenso de todos, tendo em vista que outros informaram existir a resistência dada pela não discussão entre a equipe, o que demonstra ser uma equipe de trabalho não integrada em torno do mesmo objetivo. Já os profissionais que informaram não existir resistência, ressaltaram que o fator que proporciona a equipe buscar o consenso e a participação de todos está em garantir a qualidade de vida e atendimentos aos usuários, apresentando a abertura da equipe em trocar conhecimentos entre as disciplinas ampliando o foco de atuação.

Moura (1994, p. 36) salienta que “[...] falar em mudanças nas práticas de saúde visando à redefinição do modelo de atenção, implica em abordar a forma ou o modo como essas práticas são produzidas e traduzidas em ações de saúde”, ou seja, trabalhar em ações condizentes com as demandas, através de uma equipe fortemente constituída.

Cabe destacar que ainda existe a centralidade da assistência médica e do acesso ao

cuidado médico como elementos estruturados no imaginário popular a respeito da qualidade e da eficácia dos serviços prestados na saúde. Para a população a relação médico/paciente é crucial quando se trata de avaliar um serviço.

Nessa perspectiva, analisamos junto aos profissionais a existência de dominância profissional sobre os demais membros de equipe e constatamos que 62% dos sujeitos pesquisados informaram existência de dominância profissional entre os membros da equipe, sendo 35% dos sujeitos informaram não existir.

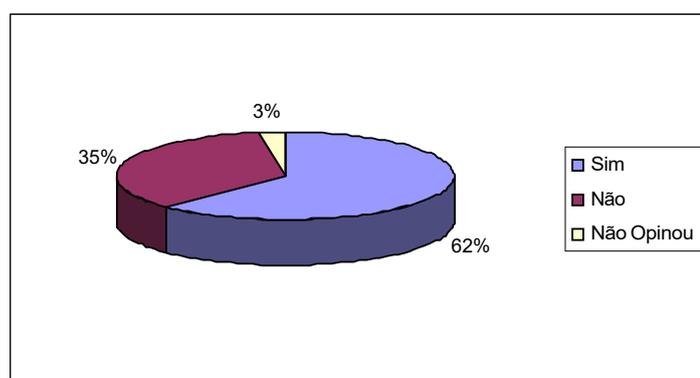


Gráfico 11: Existe dominância profissional.

Assim, diante dos relatos exposto a seguir, observamos que a existência da dominância profissional está diretamente associada ao médico.

Sim, dentro do hospital lidamos com a realidade e prerrogativa que o medico é responsável pelo paciente e isso ás vezes faz com que ele não dê abertura aos demais profissionais, mais isso está mudando. Suj. 07

Sim, a classe médica possui força e nem sempre é questionada para a tomada de decisões. Suj. 02

Disto tem-se:

De todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autônoma é a profissão médica. A sua autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência na organização da divisão do trabalho, e como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, se objeto de direção e avaliação de ninguém (CARAPINHEIRO, 1993 p. 53 *apud* DUARTE, 2004, p. 160).

Partindo para os sujeitos que explicitaram não existir dominância de nenhuma profissão sobre as demais, conforme ilustra os depoimentos, tem-se:

Não, existe uma relação de autonomia entre os profissionais onde as condutas se complementam. Suj.25

Não, devido à questão ética e a autonomia profissional. Suj.26

Verificamos, desta forma, que a temática do trabalho em equipe revela sua ação conjunta entre os membros e a autonomia de cada profissional dentro de sua área, tendo cada profissional conhecimento da sua importância dentro desta teia, que não se fortifica se algum conhecimento pesar mais do que os demais, conforme esclarece Duarte (2004, p.161),

Ainda que se leve em conta a suposta competência médica no tratamento a doença, é bem verdade que o que está posto para o trabalho em saúde, não é necessariamente a finalidade somente da cura, exclusivamente por meio de medicação. Portanto, um conjunto de tecnologias deve estar acionado em rede, considerando-se que, o trabalho em saúde produz-se em atos de certo modo de cuidar.

6.2.2 O Serviço Social e a sua prática na equipe de saúde

Após a análise da equipe de saúde e as prerrogativas para sua efetividade no

cotidiano hospitalar, abordamos ainda a concepção de equipe pelos assistentes sociais, a opinião sobre a eficácia e avaliação do trabalho em equipe e o papel do Serviço Social na equipe de saúde, focando em suas atribuições e contribuições na efetivação dos direitos sociais.

Acreditamos que tais investigações se devem também ao fato de entendimento de que a assistência à saúde vai além do tratamento à doença e exige uma prática que tenha uma concepção da atenção integral como objetivo máximo de cidadania. Um dos caminhos que pode fortalecer esta concepção é a ampliação do espaço de ação coletiva das várias áreas do saber, que facilita a compreensão e o entendimento da presença das determinações sociais no adoecimento.

Cabe pontuar que, não diferente de outras profissões, o Serviço Social tem seu fundamento na realidade social.

Assim, Yazbek (2004, p. 13) considera que: “o assistente social atua nos processos relacionados à reprodução social da vida, interferindo em situações sociais que afetam as condições concretas em que vive a população em geral e, sobretudo, os setores mais empobrecidos [...]”. Desta forma, o conhecimento da realidade é requisito para o trabalho do assistente social. Os assistentes sociais devem estar atentos a todas as possibilidades que a realidade apresenta no processo saúde/doença de modo a contribuir tanto com a equipe na assistência à saúde, como também na defesa e ampliação de direitos.

Assim quando questionados sobre como deveria ser o trabalho da equipe para se tornar eficaz, obtivemos os seguintes relatos,

A equipe deveria ser coesa, tendo o trabalho alicerçado na confiança, respeito, dedicação de todos os envolvidos no processo de decisão. Suj.17

Para serem eficazes, os membros da equipe devem ter claros os papéis funções de cada profissional, deve ter diálogo de maneira horizontal e democrática, trocas constantes de conhecimentos e experiências (reuniões periódicas) e ética entre os membros. Suj18

Uma equipe eficaz é aquela em que o diálogo torna-se essencial não somente dos casos que possam trazer alguma intervenção, mas

sim discussões e acompanhamento de todos. Suj.06

Existindo uma interlocução entre dos diversos saberes, buscando superação das fronteiras disciplinares, tornando essencial a troca de conhecimento, diálogo, superando os efeitos negativos da fragmentação. Suj.03

Verificamos, nos relatos dos sujeitos, que a eficácia do trabalho em equipe perpassa pela comunicação, compartilhamento de informações, discussão dos conflitos, participação na tomada de decisões, autonomia profissional, compreensão do significado de trabalhar em equipe e, principalmente, ter claro o papel de cada profissional proporcionando um espaço para que cada disciplina trabalhe a sua especialidade de forma a agregar conhecimento à totalidade. Tornando claro ser necessário o compromisso de cada profissional em estabelecer de forma horizontal o seu papel dentro da equipe, contribuindo para eficácia deste trabalho.

Neste sentido, considerando que são inúmeras características da equipe de saúde, em suas diversas definições entre multi, inter ou transdisciplinar e, assim, buscando delimitar diferenças e propriedade de cada definição, fez-se necessário conhecer a concepção de equipe dos sujeitos pesquisados sobre a definição de equipe em que trabalham, considerando que as equipes não são universos estanques, são dinâmicas e podem ser mais integradas ou mais estratificadas, podendo migrar de um nível de definição para o outro.

Diante de tais questionamentos, obtivemos as seguintes definições, conforme mostra a figura abaixo:

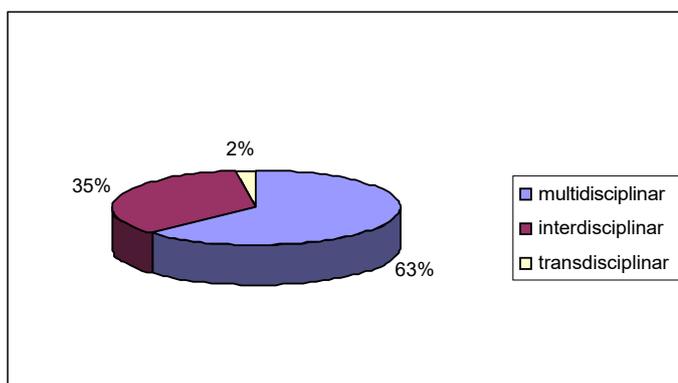


Gráfico 12: Definição de Equipe.

Observamos que 63% dos sujeitos pesquisados informaram integrar uma equipe multidisciplinar e, assim, as definiram:

Existem profissionais de várias áreas para o atendimento mais não há o envolvimento entre eles para a tomada de decisão. Suj.27

Cada profissional atua separadamente, seu acompanhamento realiza-se também individualmente em casa decisão, havendo discussão de caso apenas com equipe conforme necessidade dos membros. Suj.18

Portanto, percebemos que o relato dos sujeitos deixa claro que estes compreendem o significado do trabalho de equipe multidisciplinar, embora as falas indiquem dificuldades para a efetivação do trabalho em equipe. De acordo com Filho (2005) equipe multiprofissional pode ser definida como:

[...] multidisciplinaridade é um conjunto de disciplinas que tratam simultaneamente de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam efetivas trocas entre si, cada especialista emprega sua metodologia, baseado em suas hipóteses e teorias, sendo que o objeto em questão é visto sob múltiplos pontos de vista, numa justaposição de conhecimentos, ou seja, o mesmo tema é abordado sob ângulos variados, não existindo perspectiva de síntese.

Em termos da interdisciplinaridade destacamos a presença de uma ação recíproca de elementos sobre os outros e vice e versa, que indica a existência de uma comunicação que leve a integração dos conhecimentos. Os profissionais que definiram o trabalho em equipe interdisciplinar relataram:

Somo uma equipe interdisciplinar, pois somos uma equipe integrada, não somos apenas solicitados isoladamente. Decidimos em conjunto, o paciente é visto em sua totalidade. Suj.08

O trabalho é realizado em conjunto pela equipe, atuamos de forma interdependente, inter-relacionando-se num mesmo ambiente, a avaliação de cada profissional é analisada e discutida, permitindo que o paciente seja abordado de forma integral. Suj.03

Constatamos que estes também conhecem o significado do trabalho interdisciplinar, conforme pontua Severino (1989):

A interdisciplinaridade exige que cada especialidade ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se as contribuições de outras disciplinas. É uma relação recíproca, de mutualidade, que pressupõem uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentada pelo unitário do ser humano.

Mas que dada à porcentagem apresentada, analisamos que a equipe interdisciplinar tem maior dificuldade em se concretizar na prática profissional, onde verificamos cotidianamente nos serviços de saúde impedimentos significativos que traduzem na manutenção do trabalho fragmentado ou aparente integração dos saberes.

Por sua vez, tratando de transdisciplinaridade, sendo uma prática que transcende o âmbito da disciplina, apenas um profissional relatou desenvolver tal prática, apresentando ter conhecimento teórico, conforme segue:

Somos um grupo de profissionais, que dominam cada um uma ciência, para que juntos possamos resolver a “problemática” que envolva competências que são oriundas de mais uma área do saber. Suj.33

Para tanto se tem seguindo a definição do 1º Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Convento de Arrábida, Portugal, em 1994:

A transdisciplinaridade é complementar à aproximação disciplinar: faz emergir da confrontação das disciplinas dados novos que articulam entre si; oferece-nos uma nova visão da natureza e da realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as

várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (artigo 3º).

Assim o trabalho em equipe, perpassando todas as suas definições, também se relaciona com o significado de trabalhar em equipe para o profissional que o aplica, tendo em vista que o sucesso do trabalho em equipe também está associado aos condicionantes da perspectiva profissional.

Iamamoto (2005, p. 21) coloca:

As possibilidades estão dadas na realidade, mas não automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolve-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. Sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica de vida social.

Assim, cabe aos profissionais se apropriarem das possibilidades de intervenção junto ao seu agir profissional, sendo que o significado que cada um atribui ao trabalho em equipe concretiza-se na sua prática, no seu cotidiano e possibilidades de intervenção, o que pode ser evidenciado, em termos, nos relatos a seguir, quando questionados sobre o significado de trabalhar em equipe:

Poder ter tranquilidade de trabalhar com parcerias que tem o mesmo objetivo, dividir problemas, erros, acertos, além de um ganho indiscutível, a troca de conhecimento, com a discussão rica dos demais profissionais. Aprendemos a respeitar as diferenças, conhecer novo agir e reconstruir nossa prática. Suj.37

Trabalhar em equipe significa paciência, ter complexidade, respeitar opiniões, sempre ter como objetivo o todo e não somente o individualismo de cada um. Com a equipe o objetivo em chegar é sempre melhor. Suj.15

Trabalhar em equipe significa fazer com que o paciente sinta-se atendido em todos os aspectos: físico, social e psicológico. Para que isso ocorra, o profissional precisa estar à disposição daquele

determinado grupo de pacientes. Muitas vezes, não há tempo ou profissionais suficientes para atender esta demanda que, a cada dia, cresce mais. Suj. 06

È uma experiência maravilhosa, trabalhamos juntos para um bem comum, porem um adjetivo indispensável é a humildade, humildade de ouvir, aceitar opiniões, solicitar ajuda e depender o outro profissional para que o trabalho aconteça. Seria impossível realizar o trabalho que faço sem a minha equipe. Vibramos juntos, lutamos juntos, choramos juntos, sofremos juntos, pois como se trata de uma enfermaria oncológica passamos por situações tristes e angustiantes somos capazes de mover céu e mar para satisfazermos os únicos ou últimos desejos dos nossos pacientes. Suj.08

Percebemos que os profissionais utilizam diversos adjetivos para dar significado a esta prática, que recorrem aos termos mais amplos da questão de cooperação, que articulam atividades especializadas, saberes e habilidades em benefício do usuário, na reconstrução, na ampliação, no aperfeiçoamento do trabalho em equipe, superando as barreiras entre as profissões que trazem em si, sua cultura, individualismo, crenças e outras características.

O trabalho em equipe, para cada profissional, aparece como uma visão diferente da situação e a união dos diferentes saberes facilitam a compreensão do todos, permitindo o olhar para totalidade. Trabalhar o paciente em sua totalidade é um dos pressupostos de todos profissionais de saúde. O assistente social, tanto na área da saúde, como nas diversas áreas, tendo em vista os pressupostos de sua formação profissional, tem um papel muito importante neste processo.

Assim ao questionarmos junto aos profissionais pesquisados a atuação do assistente social junto à equipe de saúde, constatamos que 77% dos sujeitos consideram o trabalho do assistente social como bom e 15% colocaram que o trabalho desenvolvido é excelente, ressaltando que nenhum dos sujeitos colocou como péssimo ou ruim o trabalho, conforme ilustra a figura abaixo:

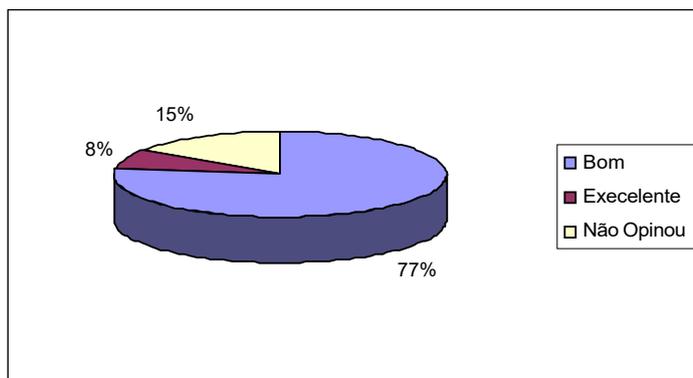


Gráfico 13: Avaliação da atuação do serviço social junto a equipe de saúde.

Constatamos assim, que no que compete ao assistente social ao analisar sua prática como bom e/ou excelente, desenvolvem esforços ao máximo para garantir a integralidade, efetividade e eficácia do trabalho em equipe, ampliando o seu espaço de atuação e tendo também domínio técnico sobre o seu trabalho. Fatos que podemos observar nos relatos que seguem,

Acredito ser bom, pois discutimos sempre o papel do Serviço Social, as orientações, dificuldades, resultados, etc. Somos sempre chamadas para participar de projetos novos, ajudar na condução de alguns casos e mesmo para orientações pertinentes ao Serviço Social. Às vezes, algumas pessoas quando chegam ao serviço, estranham quando ficam sabendo que somos assistentes sociais pelas atividades e inserção na equipe que temos. Mas tudo isso é fruto de uma construção e discussão freqüente com os colegas e o empenho em aprimorar nosso trabalho que começou há muitos anos atrás pelas nossas antecessoras. Suj.37

Avaliamos como bom, pois há diálogo e respeito quanto ao parecer social como também as ações desempenhadas pelos profissionais e sempre solicitam discussão dos casos. Suj.03

Bom, pois existe a troca de conhecimento de cada área, na qual é de extrema importância para a garantia dos direitos sociais dos pacientes e qualidade nos atendimentos oferecidos aos mesmos. A atuação em equipe ainda não pode ser classificada excelente devido

à grande demanda para o número de profissionais. Suj. 11

Acredito que a atuação do Serviço Social junto à equipe tem sido muito reconhecida e solicitada, entendida como serviço importante para complementar a qualidade do atendimento da população usuária na saúde. No entanto, ainda existem categorias profissionais que não entendem ou conhecem a especificidade do trabalho do profissional de Serviço Social. Suj.10

Por fim, sendo os profissionais de saúde possuidoras de uma visão crítica do sistema de assistência e serviço, representantes da saúde como direito individual e coletivo que se constitui no espaço público rompendo com a visão curativa e sendo o Serviço Social uma profissão de caráter interventivo e educativo e que tem como objetivo atuar na defesa, garantia e ampliação dos direitos sociais, como pontua Yamamoto (2005, p.145):

O Serviço Social volta-se para realizar um trabalho que zele pela qualidade dos serviços prestados e pela abrangência no seu acesso, o que supõe a difusão de informações quanto aos direitos sociais e os meios de sua viabilização. Trata-se de envidar esforços para assegurar a universalidade ao acesso e/ou a ampliação de sua abrangência, resistindo profissionalmente, tanto quanto possível, à imposição de critérios rigorosos de seletividade.

Lembrando que a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS nº 383/99, de 29 de março de 1999, já indicava o assistente social como profissional da saúde, considerando o princípio constitucional de saúde “como um direito de todos e dever do Estado”. Sendo assim, este direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de seus agravos, dentro da ampliação na concepção da relação saúde-doença.

Ao questionarmos os profissionais sobre a possibilidade do trabalho em equipe resultar em maior efetividade dos direitos sociais, 100% deles apontaram que o trabalho em equipe tem relação com a efetivação dos direitos sociais. Disto, tem-se;

Com certeza, pois à medida que a família e o paciente são atendidos por toda equipe o caso é discutido por todos os

membros, conseguimos visualizar a realidade e intervir de maneira eficaz. As discussões de caso enriquecem o trabalho, a ação e conseqüentemente a qualidade no atendimento, sempre lembrando que a efetivação dos direitos depende da equipe, mais também de toda a rede de apoio municipal e estadual que cerca o paciente e familiares, portanto não só o trabalho em equipe dentro da instituição proporciona ou garante uma maior efetivação dos direitos sociais, mais todos os contatos e parcerias feitas fora dela com grupos, ONGs, projetos e recursos do município e do estado. Suj. 23

Sim, pois o atendimento ao paciente torna-se global, atendendo todas as necessidades do paciente. Recebe uma atenção maior, com qualidade, respeito, compromisso. Suj. 08

Sim, a veiculação da equipe ao paciente/ família oferece um fortalecimento direto aos direitos sociais com maior efetividade, uma vez eu sua totalidade, não fragmentando o atendimento ao paciente e sua família. Suj. 18

Ainda, conforme podemos notar nas citações acima, os depoimentos apontaram a efetivação de direitos dentro de uma perspectiva mais ampla, envolvendo redes de serviços municipais e estaduais e ao afirmarem que o trabalho em equipe tem relação com a efetivação dos direitos evidenciaram ainda a questão da totalidade no atendimento das necessidades dos pacientes.

Neste contexto, cabe acrescentar que o Assistente Social tem um papel importante na formulação de ações visando tanto a transformação do espaço institucional quanto o apoio à iniciativas inovadoras, ambas pautadas na perspectiva de direitos.

Já em termos das atribuições desenvolvidas pelo Serviço Social é posto para a categoria o desafio de romper com as práticas conservadoras, cabendo ao profissional identificar, planejar e desenvolver ações que interfiram nos determinantes sociais do processo saúde/doença e contribuir para ampliar e facilitar o acesso dos usuários aos seus direitos.

Assim, em relação à legislação, ressaltamos que o Serviço Social é reconhecido como uma das profissões da área da saúde, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (n. 218 de 06 de março de 1997) e da resolução do Conselho Federal de Serviço Social (n. 383/1999).

O Código de Ética do Assistente Social traz os princípios fundamentais que devem nortear as ações. Entre os princípios, destacamos o posicionamento a favor da equidade e justiça social e a universalidade dos bens e a defesa intransigente dos direitos humanos e o reconhecimento da liberdade como valor ético central. Desta forma, ao pensarmos no Sistema Único de Saúde veremos que seus princípios encontram-se dentro da perspectiva de direitos. Desta forma, o desvelamento das atividades atribuídas ao assistente social junto a equipe de saúde contribui e muito ao trazer novos elementos para o debate do Serviço Social no campo da Saúde e até mesmo para reforçar práticas na perspectiva do direito à prevenção, assistência e promoção da saúde.

Assim, ao questionarmos sobre as atividades atribuídas ao Serviço Social junto à equipe de saúde, obtivemos os seguintes relatos:

São atividades atribuídas ao Serviço Social: Reuniões de equipe: discussão de casos; - Reunião de Família; - Assembléia: momento em que os pacientes junto à equipe têm para expressar suas opiniões referente ao tratamento oferecido pela instituição (reclamações/ sugestões...);- Atividades Comemorativas; - Acompanhamento Terapêutico: acompanhamento aos pacientes moradores que recebem benefícios, tendo como objetivo estimular e resgatar a cidadania, o poder de escolhas, a autonomia e iniciativa para realizar as atividades, visando à inserção social; - Grupo de recepção/acolhimento: sendo este o primeiro contato com o paciente, visando à coleta de dados pessoais e familiares, e orientações referentes ao tratamento; - Grupo de Alta: orientações referente ao procedimento de alta, e continuidade do tratamento oferecidos nos serviços de saúde do município de origem; - Grupo de culinária: visa resgatar as atividades de vida diária, autonomia e qualidade no tratamento. Suj. 11

Na minha atuação sou responsável pelo ambulatório de dependentes (álcool e drogas). No Programa de alcoolismo masculino e feminino sou coordenadora dos grupos com pacientes, tendo o médico como co- terapeuta e supervisiono os alunos de graduação em medicina, serviço social, enfermagem e as vezes profissionais da rede de capacitação na questão do alcoolismo, suas conseqüências, entre outras, faço discussão psicodinâmica do grupo. A parte medicamentosa e clinica é atividade do médico da equipe. No ambulatório de dependentes e drogas, por um período respondia pelo grupo de pacientes há dois anos implantamos um

serviço de atendimento grupais, atendendo individualmente caso novo de serviço social e psicoterapia (individual e de casal). Como estamos num hospital escola, temos atividades de supervisão didática com os alunos e estágios nesses programas, além de aprimoramento em Serviço Social. Suj.

Sendo assim, observamos, conforme os depoimentos acima, que as ações atribuídas aos profissionais de Serviço Social, de modo geral, encontram-se em consonância com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8662/1993) e podem refletir, de certa forma, a abrangência do trabalho desenvolvido na área da saúde.

Conforme a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8662/1993), em seu artigo 4º, constituem-se competências do Assistente Social:

- II – elaborar, coordenar, executar e avaliar, planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social;
- V – 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;
- VI - planejar, executar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- XI – realizar estudo sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviço sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indiretamente, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 2004, p. 33).

Cabe destacar ainda o artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8662/1993) sobre as atribuições privativas do assistente social: “I – coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social” (BRASIL, 2004, p. 32).

Assinala-se, então, que o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central à busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados dando de fato respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. Assim, Bravo e Matos (2006, p. 214) colocam que hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é:

- 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 funcionários 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.

Portanto, o trabalho em equipe é uma ferramenta que pode contribuir para o avanço na atenção qualitativa à saúde e na satisfação do usuário em termos do serviço prestado na assistência à saúde. Para isso é necessário que a equipe se diversifique, inserindo profissionais que tenham, em sua formação, conhecimentos, de diferentes conteúdos teórico-metodológico, que se complementem ao clínico e ao epidemiológico, como o social, e que caminhem para a alternativa do modelo de atenção a saúde (TEIXEIRA e NUNES, 2004, p.130).

Por fim, cabe ao Assistente Social preparar-se para o enfrentamento dos desafios. Pontua-se que, para que o trabalho em equipe ocorra nas suas diversas definições, é importante não somente facilitar a comunicação entre os distintos especialistas e profissionais, como também que cada um deve ter consigo o respeito com a demais áreas do conhecimento e com as equipes de referência, respeitando a pluralidade, com o devido zelo aos princípios éticos-legais.

E ao Serviço Social na Saúde não basta ser um mero técnico e sim um profissional competente, criativo e propositivo capaz de dar respostas que contemplem, de fato, sua realidade.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso trabalhou o tema “O Serviço Social na equipe de saúde”, sendo possível constatar após fundamentação teórica e pesquisa de campo, a importância deste tema no cotidiano profissional dos assistentes sociais.

O trabalho em equipe vem demonstrando ser uma nova estratégia de intervenção na área da saúde na busca pelo melhor atendimento e qualidade de vida ao usuário, assim o assistente social vê-se inserido nesta nova prática cotidiana, sendo necessário capacitar-se e demonstrar a finalidade deste profissional no que tange o trabalho em equipe. Tendo em vista também, as várias definições do trabalho em equipe, sendo multi, inter, ou transdisciplinar, é necessário ter clareza quanto à equipe em que se trabalha para melhor desenvolvimento da prática profissional.

Assim, o tema foi de grande relevância ao evidenciar diversas características do trabalho em equipe, possibilitando ampliar o conhecimento e criticidade sobre a profissão neste contexto, através da relação efetiva entre o embasamento teórico e a análise dos dados obtidos na pesquisa. Observamos também, a presença dos assistentes sociais em todas as equipes de saúde dos hospitais pesquisados, e a visão do assistente social frente à equipe que participam, evidenciando o interesse dos profissionais em estarem atentos a esta nova demanda.

Diante da fundamentação teórica, constatamos que o trabalho em equipe efetiva a participação do assistente social, quando se muda a visão biomédica para biopsicossocial, que faz necessário analisar o usuário em sua totalidade, englobando os seus aspectos: físicos, sociais e psicológicos, assim só o trabalho com diversas disciplinas consegue alcançar este objetivo. Evidenciamos também, que o assistente social percebe-se amparado e embasado no Código de Ética e Projeto Ético Político da Profissão no que determina a sua prática junto à equipe.

Notamos uma nova identidade profissional do assistente social, que conhece o seu trabalho na equipe de saúde e participa de maneira efetiva no cotidiano da equipe mediando às relações usuário/equipe/instituição, além de analisar todos os aspectos sociais que permeiam o tratamento do usuário, objetivando a efetivação dos direitos desses usuários e a eficácia no atendimento.

Os objetivos propostos foram alcançados em sua totalidade. Considerando os maiores índices, identificamos que os sujeitos pesquisados se graduaram a partir da década de 80 e informaram ter cursado pós-graduação, em nível de especialização, seguindo de

aprimoramento e mestrado e poucos se referiram ao doutorado.

Os resultados da pesquisa propiciaram conhecer a dinâmica da equipe de saúde da qual participam os assistentes sociais, identificando que a maior concentração dos profissionais pesquisados desenvolvem sua prática profissional inseridos em equipe técnica composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, assistente sociais entre outros profissionais. Também, foi observado que os profissionais realizam com periodicidade reuniões em equipe e as mesmas são realizadas apenas por setor. Os profissionais informaram a existência da participação dos membros da equipe e pontuaram que a decisão da equipe é compreendida por todos. O acesso à informação sobre mudanças e alterações da rotina hospitalar ocorre pessoalmente e que os profissionais opinam no processo de trabalho. Apesar de não existir resistência a mudanças, é percebido por um grande índice de sujeitos a existência de conflitos no trabalho e os mesmos são discutidos com a participação de todos. A dominância profissional entre os membros da equipe é relatada. Assim observamos que a dinâmica do trabalho em equipe algo complexo e em constantes transformações, que com competência de todas as disciplinas em prezar por um novo atendimento a saúde, será cada vez mais eficaz e eficiente.

Analisando os dados pesquisados quanto à concepção de equipe na ótica dos assistentes sociais, constatamos que os mesmos possuem conhecimento teórico acerca destas definições, pois ao classificarem a equipe em que trabalham e posteriormente defini-lá, observamos na grande maioria, coerência e conhecimento nas respostas, observamos que os sujeitos pesquisados informaram integrar uma equipe multidisciplinar e consideraram o trabalho do assistente social como bom. Assim, ter o conhecimento teórico é o primeiro passo para efetivar a práxis, construindo gradativamente, no que corresponde ao papel do assistente social, trabalho em equipe conforme as possibilidades e necessidades das demandas apresentadas, pois só é possível garantir um bom trabalho em equipe, quando se tem acesso ao conhecimento dos diversos tipos de equipe, e o trabalho desenvolvido por cada uma, levando em consideração a diferenças das disciplinas e os aspectos institucionais.

Ao verificar as atividades atribuídas aos assistentes sociais na equipe de saúde, concluímos que os assistentes sociais pautados no Código de Ética e Conselhos da Profissão determinam no cotidiano uma prática condizente com o atribuído ao Serviço Social, ampliando o espaço ocupacional dos assistentes sociais na área da saúde, tendo sempre claro o seu papel junto à população usuária e equipe de saúde.

Ao olhar também as atividades atribuídas aos assistentes sociais, notamos que a visão emergencial da profissão como uma prática assistencialista, não contempla mais o campo de atuação no que se diz respeito ao trabalho em equipe nos hospitais pesquisados, já que a totalidade dos sujeitos pesquisados informaram que o trabalho em equipe implica na efetivação dos direitos sociais, fator relevante para a profissão que no decorrer dos anos, luta pela consolidação de sua prática e reconhecimento do seu papel.

Observamos diante da pesquisa de campo, que a hipótese não foi comprovada, pois os assistentes sociais possuem clareza quanto à concepção do trabalho em equipe, e sobre os diversos níveis do trabalho. Evidenciou-se também que os profissionais possuem conhecimento quanto aos pressupostos do trabalho em equipe, ocasionando assim a eficácia deste trabalho, quanto a autonomia e indicações técnicas do profissional de Serviço Social, a equipe está aberta a discussões e negociações, mesmo ainda tendo dominância médica no trabalho desenvolvido.

Sabemos que não cabe apenas ao assistente social, efetivar a prática do trabalho em equipe, pois esta prática só será concretizada se todos os profissionais estiverem propostos a esta, assim, no que se refere ao trabalho dos assistentes sociais, diante da pesquisa efetivada, o trabalho em equipe proporciona uma amplitude na efetivação dos direitos dos usuários, pois os mesmos são vistos em sua totalidade.

A pesquisa também demonstrou que os profissionais, em virtude das atribuições do cotidiano, a crescente demanda e a falta de funcionários, não têm tempo disponível para participação e desenvolvimento de pesquisas, pois o universo da pesquisa não foi atingido.

Diante do exposto e do conhecimento proporcionado por este trabalho, observando as novas demandas e exigências do trabalho em equipe, deixamos como sugestão de pesquisa: “Quais os determinantes do cotidiano do profissional da saúde, que dificultam o trabalho em equipe”, e também “Quais as perspectivas dos assistentes

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde: um estudo sobre a equipe como maior efetivador dos direitos sociais.

sociais no trabalho em equipe, na área da saúde atualmente”.

Ressaltamos ainda que o presente trabalho foi de grande valia as alunas, profissionais e hospitais, pois contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a prática dos assistentes sociais na área da saúde e proporcionar mecanismos de reflexão sobre os aspectos que podem ser melhorados, pois como já colocava Ford, "Reunir-se é um começo, permanecer **juntos** é um progresso, e **trabalhar juntos é sucesso**".

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: **8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. 8.,1986, Brasília. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-44.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. São Paulo: Makron Books, 2000.

BRASIL. Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo. **Legislação brasileira para o Serviço Social**: coletânea de leis, decretos e regulamentos de Serviço Social do Estado de São Paulo. São Paulo: O Conselho, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de out. de 1988. São Paulo: Imprensa Oficial do estado, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares para os cursos de graduação**. Brasília: O Ministério, 2002. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/SEsu/diretriz.shtm>>. Acesso em: 20 Jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080, de 19 set. 1990. Brasília: O Ministério, 1990.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **C.B.O.:** Classificação Brasileira de Ocupações. 2007. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/informacao.asp#6>>.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde: um estudo sobre a equipe comomaiorefetivador dos direitos sociais.

Acesso em: 10 ago. 2007.

BRAVO M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

BRAVO M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88- 110.

CARRIJO, D. et al. Ensaio sobre tema da prática do Serviço Social na área da saúde: a interdisciplinaridade. **Serviço Social & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 39-54, 2003.

CARVALHO, G. I. B. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº8080/90 e nº. 8142/90)**. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COHN, A. **Saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COUTINHO, R. C.; OLDANI, R. C. **Saúde Pública**. 1996. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino. Faculdade de Serviço Social de Bauru, 1996.

DEMO, P. **Conhecimento Moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1997.

DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho no cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 150- 164.

FALEIROS, V. P. **Estratégia em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FAZENDA, I. C. A. **Interação e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade e ideologia**. São Paulo: Loyola, 1979.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 2. ed. Campinas:

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde: um estudo sobre a equipe como maior efetivador dos direitos sociais.

Papirus, 1995.

FILHO, N. A. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, set. / dez. 2005.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIMA, A. M. P.; PIMENTA, K. P. **Interdisciplinaridade e Serviço Social na saúde: um enfoque teórico**. 2008. Disponível em: <<http://www.socialsocial.com.br/karina.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2008.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **O Uno e o Múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**, n. 74, p. 85-117, jul. 2003.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORAES, J. L. B. Direitos Humanos e Saúde. **Mundo Saúde**, n. 2, mar. / abr., 1998.

MOURA, R. M. F. O processo de trabalho da equipe multiprofissional em centros de saúde: vendo e indagando. **Anais do Congresso da ABRASCO**, Olinda/PE, 1994.

MUNHOZ, D. E. N. Trabalho Interdisciplinar: realidade e utopia. **Serviço Social & Sociedade**, v. 17, n. 51, p. 167-71, 1996.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde: um estudo sobre a equipe como maior efetivador dos direitos sociais.

contemporânea. In: CENTRO DE EDUCAÇÃO, ABERTA, CONTINUADA A DISTANCIA. **Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: Cead, 1999. (Capacitação em Serviço Social e política social; Módulo 1).

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1 -11, fev., 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6.,2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: s.n., 2005.

PENTEADO, L. H. Internação hospitalar: impacto no cliente e na família. **Serviço Social Hospitalar**, v. 3, n. 1, p. 21-24, 1996.

PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, ano 3, v. 8, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/>>. Acesso em: 01 set. 2008.

ROBBINS, S. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 7. ed. São Paulo: Pearson Education, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no Trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

SAMPAIO, C. C. et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada para a mulher. In: Sá, J. L. M. (Org.): **Serviço Social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. São Paulo: Cortez, 1989. p. 77-95.

SANTANA, J. P.; CRISTÓFARO, M. A. C. **Educação, trabalho e formação profissional em saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude2.htm>. Acesso em: 24 mai. 2008.

SANT'ANA, R. S. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 62, mar. 2001, p. 73-92.

SETÚBAL, A. A. **Pesquisa no Serviço Social**: utopia e realidade. São Paulo: Cortez, 1995.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da saúde: um estudo sobre a equipe como maior efetivador dos direitos sociais.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: Sá, J. L. M. (Org.): **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 11-21.

SILVA, M. A. D.; MARHI, R. **Saúde e Qualidade de vida no Trabalho**, São Paulo: BestSeller, 1997.

SILVA, M. L.; Lessa, S. Z. G. Práticas de serviço social na área hospitalar o que mudou. In: Silva, J. O. (Org.). **Práticas de serviço social: espaços tradicionais e emergentes**. Porto Alegre: Dacasa, 1999. p.117-130.

SILVA, M. O. S. **Formação profissional do assistente social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão**. São Paulo: Cortez, 1984.

SILVA, M. O. S. (Coord.). **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico metodológico do projeto de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, E. L.; CUNHA, M. V. **A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652002000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jun. 2008.

SIMÕES, C. **Curso de direito de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 117-134.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social e o Movimento histórico da sociedade brasileira. In: **Legislação brasileira para o Serviço Social: coletânea de leis, decretos e regulamentos**

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.12, n. 22, p. 01-94, jul./dez.2008.
RAYANNE, Mariane Martos; BARDUZZI, Meyer; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero. O Serviço Social na área da
saúde: um estudo sobre a equipe com maior efetivador dos direitos sociais.

de Serviço Social do Estado de São Paulo. São Paulo: O Conselho, 2004, p.13-30.