

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL**

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE PARA OS  
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua  
relevância junto aos processos sócio-assistenciais**

**FLORIANÓPOLIS/SC  
2005**

**CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL**

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS  
DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua  
relevância junto aos processos sócio-assistenciais**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Dra. Regina Célia Tamasso Miotto.

**FLORIANÓPOLIS  
2005/2**

**CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL**

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL:  
uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos  
sócio-assistenciais**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovada, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, curso de Graduação em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Regina Célia Tamaso Miotto  
Departamento de Serviço Social - UFSC

---

Telma Cristiane Sasso de Lima  
Assistente Social

---

Professora Dra. Vera Maria Nogueira  
Departamento de Serviço Social - UFSC

---

Keli Regina Dal Pra  
Mestra em Serviço Social

**FLORIANÓPOLIS  
2005/2.**

*Dedico este trabalho para Irineu e Emília, pais queridos, que tanto me apoiaram na trajetória acadêmica, com amor incondicional.*

## AGRADECIMENTO

Quero agradecer sinceramente o apoio recebido de todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram não apenas durante o período final do curso, que culmina com este Trabalho de Conclusão de Curso, mas durante os quatro anos dedicados à graduação.

Deus, meu grande e infinito amigo, que está em todos os lugares e em todos os momentos ao meu lado;

Aos meus pais, que não desistiram em nenhum momento de me apoiar, compreender, com muita paciência, e principalmente nos períodos difíceis, sempre com uma palavra amiga a ofertar;

Ao Eduardo, meu irmão batalhador e meu músico favorito, pelos desafios;

À Maria Helena, minha irmã de alma, por todo carinho, paciência, compreensão e auxílio, desde o momento de minha chegada; uma pessoa muito especial;

À todos os meus familiares, Baba (minha querida avó), tios, tias, primos e primas que estiveram comigo, e àqueles que já não estão mais conosco, mas em nossas memórias. Principalmente à Tia Maris, Tia Nádia, Dorotéia e Padrinho Osvaldo;

Aos meus queridos amigos, que estiveram comigo, na alegria ou na tristeza, sempre com uma ação amiga para me apoiar. À Tarcila, por me acompanhar nos momentos mais especiais, ouvindo minhas angústias e alegrias. À Giseli, amiga de sempre, pelo carinho e compreensão. À Joselaine, amiga de turma, que veio ao mundo a passeio e as vezes me leva com ela. À Fernanda Borba, por toda dedicação, paciência, que sempre esteve perto nos momentos de incertezas e desafios, sem nunca negar uma palavra acolhedora;

Às colegas da turma 2005.2, pela troca de conhecimentos, apoio e consideração;

Aos queridos mestres que encontrei durante a caminhada acadêmica. À Professora Catarina, primeira orientadora PIBIC/CNPq, pelas primeiras lições da arte da pesquisa e de ética. À Professora Marli Palma, pela receptividade, paciência e ensinamentos para toda a vida. À Professora Rosana Martinelli, pelo exemplo de profissionalismo. À querida Professora Regina Célia, por acreditar no meu trabalho e por me auxiliar no crescimento como estudante com as orientações sempre ricas, reflexivas e desafiadoras.

Especialmente, à Luiza Gerber, orientadora de estágio, de força, de ética e de vida. Agradeço sinceramente a dedicação prestada, aos ensinamentos durante o estágio e também fora dele, num momento muito especial da minha vida. Profissionais assim que me espelho para galgar meus espaços profissionais;

À instituições como a UFSC, o CNPq/BIPIC, que abriram espaço para o meu aperfeiçoamento intelectual;

Enfim, à todos aqueles que contribuíram para eu que chegasse até aqui.

*“Se não posso, de um lado, estimular os sonhos impossíveis,  
não devo, de outro, negar a quem sonha o direito de  
sonhar”.*

*Paulo Freire*

## RESUMO

O presente estudo busca analisar o acolhimento em saúde realizado pelos profissionais do Serviço Social, através da revisão bibliográfica, dentro do nível terciário de atenção, segundo a hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é parte integrante da atual Política Nacional de Saúde, instituída pela Constituição de 1988, que prevê que a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos. Enuncia como princípios básicos a universalidade, equidade e integralidade. A integralidade vem se constituindo em alvo de discussões e pesquisas por parte de autores defensores da Reforma Sanitária e da busca por práticas que preconizem a integralidade das ações em saúde. Através deste princípio, considera-se o indivíduo como um ser em sua totalidade, envolto por uma rede social e institucional abolindo a visão do binômio saúde/doença. O acolhimento vem de encontro às práticas baseadas no princípio da integralidade, como uma de suas expressões. Visa o acolhimento e a recepção do usuário que acessa o sistema de saúde. Para o Serviço Social, o acolhimento faz parte do processo interventivo que se caracteriza essencialmente pelo caráter educativo, sendo um espaço privilegiado para a educação em saúde; na busca pela garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários, ou seja, objetiva, sobretudo a garantia dos direitos sociais, civis e políticos; e para o acesso às Políticas Públicas como afirmação da cidadania. Considera-se que a construção de vínculos entre profissional e usuário é essencial para a garantia do acesso a todos os níveis de atenção, o que implica na democratização dos espaços públicos relativos especialmente, à saúde. O acolhimento e a construção de vínculo são realizados na perspectiva da humanização que significa reconhecer o usuário enquanto sujeito de direitos, como ser político, sócio-histórico, que sofre as conseqüências diretas das expressões da questão social, oriunda de uma sociedade desigual. Tem na defesa dos direitos dos usuários um dos focos principais de intervenção. Dessa forma é que ocorre a humanização da relação entre o usuário e o profissional Assistente Social e não como ação aprisionada por uma idéia de “humanização” vinculada ao “tratar bem”, uma banalização da relação entre os sujeitos, sem maior aprofundamento na perspectiva do direito, da reflexão do conceito de humanização, apenas uma prática que percebe o usuário como “coitadinho”. O Assistente Social, técnico privilegiado da relação humana, necessita estar na contra-mão desse processo e, por meio das ações sócio-educativas, estar atento para a mudança do paradigma, por estar ciente de algumas mazelas presentes em um processo de aprisionamento, cooptação e capitalização do sujeito por um poder instituído.

Palavras-chaves: integralidade, universalidade, direito à saúde, Serviço Social, acolhimento.



**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AIDS** - Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida  
**AI** - Ações Integradas em Saúde  
**BID** - Banco Internacional de Desenvolvimento  
**BPC** - Benefício de Prestação Continuada  
**CAP's** - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
**CBAS** - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais  
**CEME** - Central de Medicamentos  
**CFAS** - Conselho Federal dos Assistentes Sociais  
**CFESS** - Conselho Federal do Serviço Social  
**CNS** - Conselho Nacional de Saúde  
**CONASS** - Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde  
**DATAPREV** - Empresa de processamento de dados.  
**ENPESS** - Encontro Nacional dos Pesquisadores de Serviço Social  
**FGTS** - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço  
**FNEPAS** - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde  
**FMI** - Fundo Monetário Internacional  
**HU** - Hospital Universitário  
**IAP's** - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
**INAMPS** - Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social  
**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social  
**LAPPIS** - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde  
**LOS** - Lei Orgânica da Saúde  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**PACS** - Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
**PAIS** - Programa de Ações Integradas em Saúde  
**PSF** - Programa Saúde da Família  
**PREV-SAÚDE** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
**SES/RS** - Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul  
**SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública  
**SIMPAS** - Sistema Nacional de Previdência Social  
**SUDS** - Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**UERJ** - Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina  
**UNICAMP** - Universidade de Campinas  
**USP** - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I - A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Breve introdução sobre a Política de Saúde e os Princípios do SUS.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 O Serviço Social na Política de Saúde no Brasil: uma pequena incursão histórica</b> .....	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO II - O SERVIÇO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE</b> .....	<b>39</b>
<b>2.1 A Integralidade na Saúde: uma breve introdução</b> .....	<b>39</b>
<b>2.2 A integralidade na intervenção profissional do Serviço Social</b> .....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO III - O ACOLHIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL COMO UM DOS PROCESSOS SIGNIFICATIVOS NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1 Introdução acerca dos serviços de alta complexidade em saúde e as peculiaridades da ação profissional do Serviço Social</b> .....	<b>51</b>
<b>3.2 A experiência profissional no HU: a ênfase na categoria acolhimento.....</b>	<b>54</b>
<b>3.3 O acolhimento em saúde: conceituações e reflexões.....</b>	<b>61</b>
<b>3.4 A criação do vínculo e sua importância para o processo de acolhimento</b> .....	<b>66</b>
<b>3.5 O acolhimento como fator preponderante no desenvolvimento dos processos sócio- assistenciais do Serviço Social</b> .....	<b>68</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>

## INTRODUÇÃO

A atual Política Nacional de Saúde está pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que, desde a Reforma Sanitária iniciada na década de 1970, foram alvo de discussão e a bandeira de luta do Movimento Sanitário. Verifica-se, na Constituição Federal de 1988, que o conceito de saúde ultrapassa aquele de sua ausência, envolvendo aspectos sociais, culturais, educacionais, dentre outros. Amplia o raio de compreensão e atenta para sua promoção e proteção, sendo direito do cidadão e dever do Estado. Para a execução de tal Política, foi implantando o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a descentralização e a desconcentração, o atendimento integral e a participação da comunidade. Dessa forma, o princípio da integralidade vem orientando uma nova forma de pensar e de executar a Política de Saúde, de agir socialmente na gestão dos cuidados e no desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais em saúde, bem como garantir e efetivação dos direitos dos cidadãos.

Nessa perspectiva, o acolhimento em saúde, tem sido considerado uma das expressões de práticas integrais, vem se apresentando como uma forma de recepção dos usuários que acessam o sistema, a garantia de acesso e do acolhimento por parte dos mais diversos profissionais da saúde, acolhimento que promove a criação de vínculo entre estes possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços, como apontam estudos realizados sobre o tema.

A integralidade, fio condutor deste trabalho de conclusão de curso, atualmente, vem recebendo destaque a partir dos debates realizados por vários autores e núcleos de discussão, por constituir-se, também, em uma mudança nas práticas de intervenção dos profissionais de saúde. Neste sentido, poderia ser considerada como uma nova forma de agir socialmente em saúde, adicionalmente, um princípio norteador de uma forma inovadora de gestão dos cuidados nas instituições de saúde, e uma maneira de desenvolver novas tecnologias assistenciais. Os autores consultados para subsidiar os estudos foram Pinheiro (2001, 2003), Mattos (2001, 2003), Merhy (1997a, 1997b, 2001, 2003), Teixeira (2003), Franco, Bueno e Merhy (2003) dentre outros que contribuem teoricamente com o tema da integralidade.

A inserção do Serviço Social na saúde é histórica, sendo um dos maiores campos de trabalho para a profissão. É uma categoria profissional que necessita estar atenta e atualizada quanto aos novos movimentos que emergem para garantir o seu espaço e afirmar a sua participação dentro destes processos. O Assistente Social como profissional da saúde é

reconhecido pela Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do CNS, a partir das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, em que reconhece a importância da ação interdisciplinar e da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais da saúde, tendo vistas a integralidade da atenção.

O atendimento baseado na integralidade também implica a responsabilização com o usuário, o seu acolhimento e o cuidado. A construção de vínculo decorrente do atendimento integral também faz parte de um projeto ético-político que busca a garantia, o acesso universal e igualitário baseado na justiça e igualdade sociais por defender os ideais de cidadania e que busca alternativas para sua efetivação. Por isso, pode-se dizer que a integralidade encontra no projeto ético-político do Serviço Social suas bases para a justificativa de uma intervenção profissional pautadas nos princípios almejados, já que pode ser considerada como o direito universal e equânime do acesso ao sistema da saúde, uma forma de expressão da cidadania, da democracia e da justiça social.

A contribuição do estudo está pautada na necessidade da construção teórica acerca de uma ação profissional desenvolvida há muito pelos profissionais do Serviço Social, no reconhecimento da emergência da qualificação das ações profissionais para a real consecução dos princípios constitucionais que norteiam o SUS, dentre eles o da integralidade, na direção do projeto ético-político que vem sendo construído coletivamente pelos profissionais e possui estreita relação com a defesa dos direitos dos cidadãos. Também está relacionada com a defesa da qualidade dos serviços prestados à população, uma vez que enuncia uma constante qualificação profissional para aprimorar o atendimento ofertado aos cidadãos, para que sua competência técnica, ética e política seja aperfeiçoada a fim de se aprofundar o conhecimento sobre a defesa da qualidade dos serviços, e que estes sejam condizentes com as necessidades dos usuários.

A construção deste trabalho, está baseada nas experiências vivenciadas no cotidiano do Estágio Curricular Obrigatório, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), dentro da Clínica de Internação Médica II, na sétima fase do curso de Serviço Social, no período de março à julho do ano de 2005, com a supervisão de campo da Assistente Social Luiza Maria Lorenzini Gerber.

No início do estágio houve a aprendizagem de uma prática adotada pelas Assistentes Sociais da Instituição que realizavam uma rotina diária. Entretanto, verificou-se que aquela rotina tratava-se de uma ação profissional da maior importância dentro dos debates acerca da Reforma Sanitária e da Integralidade, qual seja, a prática do Acolhimento em Saúde.

A partir desse reconhecimento, houve a proposição para uma pequena contribuição acerca do assunto, especificamente para os profissionais do Serviço Social, para o aprofundamento e construção teórica para que novos estudos sobre o tema sejam respaldados. É importante ressaltar a participação junto ao núcleo de discussão acerca de intervenções profissionais do Departamento de Serviço Social (DSS/UFSC), no transcorrer da elaboração do presente trabalho.

Este trabalho de conclusão de curso está dividido em três capítulos. O primeiro iniciará com uma incursão histórica à Política Nacional de Saúde, sua insurgência no Brasil e trajetória, até culminar com a criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Busca levantar, por meio de uma revisão bibliográfica, uma pequena introdução acerca da inserção do Serviço Social na área da saúde com a história do Serviço Social.

Já no segundo capítulo será realizada uma breve discussão sobre o tema da integralidade na saúde. Após, sua aplicabilidade nas ações profissionais do Serviço Social e seu respaldo no Código de Ética.

O terceiro e último capítulo, buscará situar o Serviço Social no desenvolvimento de ações junto ao nível de alta complexidade, nível mais especializado dentro da hierarquização do sistema de saúde e as peculiaridades de sua intervenção, a experiência do Estágio Curricular vivenciado no HU, e finalmente, o tema principal do presente trabalho: o Acolhimento. Inicialmente, com os conceitos levantados por autores que abordam o assunto, após, a importância da criação do vínculo entre profissional e usuário para o acolhimento e a permanência de sua prática, culminando com a explanação sobre o acolhimento, especificamente para os profissionais do Serviço Social.

Finalmente, o presente trabalho será finalizado com as conclusões obtidas no decorrer da realização do estágio curricular, da elaboração do trabalho de conclusão de curso, bem como dos debates acerca do tema.

## CAPÍTULO I

### A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

#### 1.1 Breve introdução sobre a Política de Saúde e os Princípios do SUS

A atuação do Estado brasileiro referente as políticas de saúde, até os anos de 1930, esteve vinculada ao modelo de desenvolvimento econômico agroexportador do país com ênfase numa política voltada para o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que prejudicariam a produção. Vinculadas ao Ministério da Justiça, em 1923, são implantadas as Caixas de Aposentaria e Pensão (CAP's) que visavam medidas de proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores na medida em que disponibilizavam benefícios e auxílios previdenciários. Estas foram regulamentadas através da Lei Eloi Chaves, marco do surgimento da Previdência Social no Brasil, após foram incorporados aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), em 1932, já divididos por categorias profissionais. A partir desta Lei, foram previstos benefícios concernentes a assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos e aposentadorias (DAL PRÁ, 2003).

O princípio de uma política nacional de saúde inicia-se em 1930 quando da criação do Ministério da Educação e do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Os Departamentos Estaduais de Saúde surgem a partir de 1937, sendo os precursores das atuais Secretarias Estaduais de Saúde.

Nos anos de 1940, a rede previdenciária e a assistência médica têm um crescimento considerável nos gastos devido ao crescente processo de industrialização e urbanização. A fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, é motivada por um convênio entre o Brasil e os Estados Unidos para o desenvolvimento de ações médico-sanitárias na região amazônica objetivando a garantia da produção da borracha, no momento em que acontecia a Segunda Guerra Mundial.

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, o período se caracterizou pela estagnação da natureza do sistema de saúde evidenciando que este setor não se constituía em prioridade estatal, em contraposição, passavam por momentos difíceis, comprometendo o atendimento à população.

Já no início da década de 1960, apontou-se para o início de um processo de descentralização do sistema de saúde através da criação de redes públicas em estados e

municípios destinadas ao atendimento emergencial e da população marginalizada do sistema sanitário.

Ainda para Dal Pra (2003) e Almeida, Chioro & Zioni (1995), o modelo hegemônico de saúde adotado no período que se estenderia até a metade da década de 1960 foi o sanitarismo campanhista<sup>1</sup>, que tinha por finalidade o combate de doenças por meio de estruturas verticalizadas com a execução das atividades nas comunidades e cidades. Entretanto, o processo de industrialização propiciou a diminuição destas ações e promoveu o aumento da atenção médico-previdenciária por meio da Previdência Social, contribuindo para a utilização de um novo modelo de atenção, o médico-assistencial privatista<sup>2</sup>.

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, discute os problemas das campanhas. Com a expansão da assistência médico-previdenciária, aumentam-se os gastos e ocorre uma crise financeira no setor. Houve, simultaneamente, a proposição da municipalização da assistência à saúde, sendo discutido o papel do Estado na implantação de um sistema efetivo.

Em função do caráter autoritário do regime de ditadura militar, a partir de 1964, e do apoio popular conferido ao regime de exceção, houve a concentração dos IAP's à um único órgão. Criou-se, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Apoiado em Oliveira e Teixeira (1986), Mendes (1995, p. 22) sugere que as principais características desse modelo adotado na implantação do INPS seriam:

- A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- A criação, através de intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

---

<sup>1</sup> As *campanhas sanitárias* têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Muitas vezes aparentam uma operação militar visando ao combate de uma epidemia (cólera ou dengue, por exemplo), ao controle de determinado agravo à saúde (acidente de trabalho) ou ao esclarecimento e à informação da comunidade (AIDS) (PAIM, 1999, p. 478).

<sup>2</sup> Está voltado para, fundamentalmente, a chamada “demanda espontânea”. Este modelo, portanto, deve atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por “livre iniciativa” os serviços de saúde. [...] Esse modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes (PAIM, 1999, p. 477).

- O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Assim, Dal Pra (2003) aponta para a inauguração de um período característico de capitalização da medicina que provocou um processo de privatização dos serviços médicos privados, hospitalares e dos que demandavam alta tecnologia, no aspecto qualitativo e quantitativo. A partir disso, foi incrementado o caráter discriminatório da política de saúde, evidenciando as desigualdades no acesso, quanto à qualidade e quantidade dos serviços.

No ano de 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que junto com a lei do Sistema Nacional de Saúde, de 1975, procurou organizar, racionalizar e centralizar a previdência social na forma de administração. Neste período, portanto, foram criados órgãos e institutos, tais como: DATAPREV<sup>3</sup>, INAMPS e CEME<sup>4</sup>.

Com a lógica centrada no Estado como grande financiador da saúde no setor privado nacional<sup>5</sup> e internacional<sup>6</sup>, o modelo começa a apresentar graves indícios de falência. Aspectos como a crise financeira devido às fraudes no sistema de pagamento e faturamento, desvios, aumento de gastos, a piora do quadro econômico do pós-milagre, a abertura política e o início do processo de transição à democracia com a abertura de espaços de discussão para a sociedade civil, foram responsáveis pelo agravamento da crise na saúde e para o surgimento de um novo pensar. Iniciou-se, então, a organização em torno dos novos alicerces político-ideológicos, que sustentaram o movimento de Reforma Sanitária (DAL PRÁ, 2003).

Iniciado em meados da década de 1970, o Movimento Sanitário ganha destaque junto ao Estado e tem grande repercussão na sociedade civil, sendo liderado por intelectuais e políticos, que faziam oposição ao regime militar e tinham uma destacada trajetória política na área da saúde. Tal movimento recebeu destaque junto aos aparelhos institucionais do Estado, nos governos federal, estaduais e municipais, concomitante ao período para a transição democrática. Desempenhou influência na esfera acadêmica como referência para o processo de reformulação do sistema de saúde, exercendo importante destaque entre os organismos internacionais e em experiências alternativas de saúde iniciadas na década de 1970.

---

<sup>3</sup> Empresa destinada a processamento de dados, incumbida de controlar e avaliar os serviços.

<sup>4</sup> Central de Medicamentos que teve como principal função o incentivo a competitividade dos laboratórios nacionais, porém, não criou as condições de igualdade frente às poderosas multinacionais.

<sup>5</sup> Constituíam-se no maior prestador de serviços da atenção médica.

<sup>6</sup> Considerado o mais significativo produtor de insumos, em especial quanto aos equipamentos biomédicos e medicamentos.



Se a Reforma Sanitária não for entendida simplesmente como uma reforma setorial, mas como um processo social e político, no qual os diferentes grupos da sociedade se manifestam através do apoio, omissão ou rejeição, torna-se possível compreender seus avanços, estagnações ou retrocessos em conjunturas distintas. Cabe também examinar um conjunto de medidas que, mesmo não se constituindo em intervenções amplas e profundas, como as propostas pela Reforma Sanitária Brasileira, poderiam reduzir a magnitude de certos problemas de saúde e contribuir para a reorganização do sistema da saúde (PAIM, 1999, p. 474).

Entretanto, o Movimento Sanitário recebe críticas uma vez que caracterizava-se por um movimento contra-hegemônico, que determinaria uma forte ocupação do espaço institucional frente às possibilidades de acumulação do setor privado e aos interesses dos setores corporativos, propostos pelo projeto neoliberal, e em 1980, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que objetiva a organização do modelo de atenção à saúde. Este não chega a ser implementado, mas já demonstra a preocupação com a atenção primária e com a saúde comunitária.

O debate acerca da Reforma Sanitária é fruto dos resultados da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que teve como sede a cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, derivando a Declaração de Alma-Ata. Representou a necessidade de todos os governos, dos trabalhadores da saúde e da comunidade mundial em promover a saúde para todos os povos do mundo. Nesse sentido, a Declaração de Alma-Ata, afirma:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, atividades de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No intuito de acatar algumas determinações da Declaração de Alma-Ata, é criado então, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, baseado no modelo do PREV-SAÚDE. Através deste ocorreu a implantação do Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), cuja proposta centrava-se na alteração da relação entre os setores público e privado, favorecendo o financiamento do setor público e a modificação do modelo médico-assistencial. Este fato fomentaria uma relação integrada interna ao setor público e priorizaria a assistência ambulatorial, melhorando a qualidade dos serviços. Intentou também, a unificação dos serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição de mecanismos de referência e contrarreferência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios (GERSCHMAN, 1995 *apud* DAL PRÁ, 2003).

Como referencia Dal Pra (2003), o PAIS, é transformado em diretriz política, expresso na mudança de sua nomenclatura, chamando-se apenas Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1982, ocorreram a firmação de convênios que contemplavam as instâncias de participação popular junto a gestão dos serviços de saúde e a descentralização do sistema, ainda de forma imatura e não constituindo em uma política de saúde assumida pelo governo.

Neste período, o Movimento Sanitário amplia a luta pela transformação do sistema vigente, buscando alternativas de resistência quanto a mercantilização da saúde no Brasil, bem como a alteração das relações entre saúde-sociedade e saúde-Estado. A proposta seria de uma reorientação para um sistema comprometido com a universalidade do direito à saúde, de natureza pública, descentralizado e democrático, com a participação da comunidade, através da criação de um Sistema Único, hierarquizado, com controle social e com a readequação do financiamento, segundo Dal Pra (2003).

Para a referida autora, foi exatamente neste contexto que ocorreu em Brasília, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com um público de mais de 4.000 participantes, a qual demonstrou peculiaridades, especialmente devido: ao caráter

democrático; a significativa presença de milhares de delegados que representavam todas as forças sociais interessadas no setor; a dinâmica referente ao processo que iniciou-se com as conferências regionais, culminando com a nacional.

A Reforma Sanitária acabou por se tornar uma bandeira de luta dos setores progressistas da sociedade. Uma concepção ampla de saúde foi consagrada, sendo compreendida como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos.

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (SILVA, VIANNA E NOGUEIRA, 1986, p. 118-119 *apud* DAL PRA, 2003, p. 20).

Como resultante dessa discussão, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), representando a tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização, reduzindo o centralismo identificado, em especial, no INAMPS. Mesmo assim, o SUDS não alterou o modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade de acesso, baixa resolutividade, inadequação do financiamento e ausência da integralidade das ações. Diante disso, foi identificada a emergência da alteração do sistema, aguçando o debate, com a intensificação da mobilização no setor para a construção de uma hegemonia com vistas à um novo modelo de atenção (DAL PRÁ, 2003).

A Constituição Federal de 1988 adotou as postulações do Movimento Sanitário na medida em que criou o Sistema Único de Saúde. Posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8080 e nº 8142 de 1990.

A Carta Magna dispõem em seus artigos:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante medidas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade

Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar de produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos [...]. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

Dessa forma, enuncia a concepção de direito, ou seja, a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros independente de contribuição ou requisitos prévios ou do mercado, uma vez que prevê acesso universal, integral e igualitário, constituindo-se em um dever do Estado.

Baseados nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS está norteada pelos princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.

**Universalidade:** todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

**Equidade:** todo o cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

**Integralidade:** ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações da vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser atendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária, etc.); Recuperação (atendimento médio, tratamento e reabilitação para os doentes) (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 1995, p. 35-36).

Além de seus princípios doutrinários, o SUS também é constituído por princípios que regem sua organização, quais sejam, segundo Almeida, Chioro & Zioni (1995, p. 37-38):

**Regionalização e Hierarquização:** a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada [...] O acesso da população à rede deve dar-se por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem ser e estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os que não podem ser resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

**Resolutividade:** é a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrenta-lo e resolvê-lo no nível de sua complexidade.

**Descentralização:** é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde. Esse processo recebe o nome de *municipalização*.

**Participação dos Cidadãos:** é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. Esta participação deve dar-se nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. [...] é dever das instituições oferecer as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione em relação às questões que dizem respeito à saúde.

**Complementaridade do Setor Privado:** a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados.

Concernente ao primeiro princípio organizativo supracitado (a hierarquização), Westphal e Almeida (2001) destacam que estes níveis estão divididos em:

- **Nível primário de atenção ou atenção básica:** correspondem as unidades básicas, postos de saúde que servem como “porta de entrada” para os usuários, nelas são comuns ações de promoção e prevenção realizadas junto à comunidade, a partir dele, as demandas são referenciadas para os outros níveis quando necessário;
- **Nível secundário de atenção ou de média complexidade:** correspondem as policlínicas ambulatoriais ou hospitais de diagnósticos complementares;

- **Nível terciário de atenção ou alta complexidade:** hospitais altamente especializados (profissionais e recursos tecnológicos), objetivando a recuperação da saúde, que atendem os problemas não resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.
- **Nível quaternário de atenção:** referente ao nível em que são tratadas as reabilitações de seqüelas deixadas pelas patologias.

Entretanto, mesmo com a implantação do SUS, impulsionada pelo Movimento de Reforma Sanitária e a garantia de direito expresso na Constituição Federal de 1988, ocorreram transformações econômicas e sociais no país, em especial, após 1995, começaram a ser implementadas sob a ótica de Organismos Internacionais de financiamento, com o Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (DAL PRÁ, 2003).

A orientação constitucional que evidencia a universalidade é subestimada ao contexto da reforma do Estado brasileiro que subordina as políticas de saúde à lógica da contenção de gastos e da adoção de medidas restritivas e privatizantes.

A conformação deste contexto ocorreu, no Brasil, após 1995, com o ajustamento dos níveis de organização administrativa de serviços e do modelo assistencial de atendimento. Estas mudanças vêm ocorrendo com a adoção de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que alteram consideravelmente a forma de organização dos serviços quanto as práticas assistenciais (VIANA e DAL POZ, 1998, *apud* DAL PRA, 2003).

Estes programas vêm orientando uma estratégia utilizada para o aperfeiçoamento da atenção básica, buscando melhoria na qualidade do serviço prestado, impulsionado pelos princípios da integralidade e da universalidade, uma vez que buscam-se transformações nas práticas sanitárias e do modelo assistencial de saúde prestada à população e a inversão da lógica dominante do modelo estabelecido na atenção básica, no qual o hospital era o centro das intervenções, numa visão altamente biologicista do processo saúde-doença. Por meio dessa estratégia, a atenção seria dada não apenas ao indivíduo, adicionalmente a sua família, ampliando a atuação dos atores envolvidos, o que também permite uma aproximação com a comunidade através dos mapeamentos e cadastramentos que implicam num maior reconhecimento das questões que envolvem o conceito ampliado de saúde: aspectos sócio-econômicos, sanitários e culturais, por exemplo (PINHEIRO, 2001).

Dal Pra (2003) apoiada em Franco e Merhy (2003), sugere que estes programas suscitam a discussão acerca da mudança do modelo assistencial que ocorrerá frente a

reorganização do processo de trabalho, ou seja, com um novo modo de operar o trabalho em saúde, a partir de equipes multidisciplinares.

De outro lado, para Nogueira (2005, p. 08):

Por esse caminho torna-se possível a metamorfose do social, o que somente é desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas nacionais em andamento. Podemos citar, como um exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, onde de um lado a intervenção no âmbito do social é atribuída a um agente sem formação específica que não conta com suporte teórico-metodológico e técnico-operativo suficiente para desempenhar as ações à ele impostas. A própria supervisão do programa, atribuída ao enfermeiro, reforça a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinaliza para uma visão reducionista da saúde, contrapõe-se à concepção ampliada que apregoa a nossa Constituição.

A autora ainda sinaliza que os objetivos desse programa vêm de encontro às ações que são de competência do Serviço Social, exigindo uma formação específica e domínio de conhecimentos e técnicas da área. Dessa forma, a baixa resolutividade seria consequência do resultado de uma ação precarizada, justamente pelo fato de que nessas equipes não fazem parte do quadro de profissionais o Assistente Social.

No item seguinte, será abordada a inserção do Serviço Social na área da saúde, apontando, especialmente, para os aspectos históricos, começando nos anos de 1930 com o início da trajetória profissional no Brasil, e percorrendo momentos relevantes no decorrer das transformações ocorridas tanto com a Política de Saúde quanto junto da própria profissão.

## **1.2 O Serviço Social na Política de Saúde no Brasil: uma pequena incursão histórica**

Após abordar brevemente a Política Nacional de Saúde adotada no Brasil no decorrer dos momentos históricos, suas principais peculiaridades, intenta-se, aqui, destacar aspectos que dizem respeito a inserção do serviço social na área da saúde. Autores como Bravo (1996), Bravo e Matos (2004) auxiliarão no levantamento dos aspectos históricos por possuírem publicações relevantes sobre a temática.

Para Bravo e Matos (2004), nos anos de 1930, a conjuntura brasileira configurada pelos processos histórico-econômico e político em curso, confluíram para a formulação de uma política de saúde, com fortes características nacionais, semelhantes as demais políticas sociais, e que foi se organizando em dois setores, quais seja, o da saúde pública e o da medicina previdenciária.

No bojo dessa conjuntura, de 1930 a 1945, que o Serviço Social surgiu como profissão no Brasil, influenciado pelo serviço social europeu. Nesse período, embora tenham sido fundadas algumas escolas motivadas pelas demandas concernentes à área da saúde, este campo não se caracterizou como o maior mercado de trabalho para as assistentes sociais.

A inserção profissional na saúde inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. São integradas à ação profissional na área da saúde, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

É a partir de 1945 que o Serviço Social começa um processo de expansão da profissão, devido às exigências do aprofundamento da questão social<sup>7</sup>, também às mudanças, no âmbito mundial, decorrentes de término da Segunda Guerra Mundial. Ocorreu, ainda, a alteração quanto a influência sobre a formação profissional, sendo substituído o modelo europeu pelo norte americano, abrangendo também, alterações curriculares e junto as instituições prestadoras de serviços.

Ainda nesse período, segundo Nogueira (2005), os espaços ocupacionais no meio urbano se ampliam devido à criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), do Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), e do Serviço Social da Indústria (SESI), que requisitam o trabalho dos Assistentes Sociais, com ações relativas a: inserção em programas

---

<sup>7</sup> A questão social é abordada por vários autores por constituir-se em uma das mais expressivas conseqüências advindas do modo de produção capitalista. O debate sobre questão social inicia com o advento da industrialização, no século XIX, debatida pela primeira vez por volta de 1830. Para Castel (1997), a questão social é decorrente do modelo de produção e distribuição das riquezas produzidas, sendo decorrência da erosão dos sistemas de proteção social, pelo questionamento da intervenção do Estado e pela vulnerabilidade das relações sociais. O autor ainda busca caracterizar a questão social a partir da desagregação da sociedade salarial, que passa por uma desintegração na função do trabalho, cuja conseqüência é a desestabilização da vida social em sua totalidade, gerando, assim, a questão da exclusão. Porém propõe que a questão social sofre transformações na medida em que ocorrem mudanças no bojo da organização social, dos modelos de proteção vigentes, em cada período específico. Já para Yamamoto e Carvalho (1986, p. 77): *a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social.*



educativos na área da saúde; a abordagem individual para orientações relativas aos cuidados de higiene e também puericultura destinados às famílias dos trabalhadores.

Bravo e Matos (2004) atribuem a expansão da saúde como campo de trabalho do Assistente Social à adoção do conceito de saúde<sup>8</sup> da Organização Mundial de Saúde (OMS) por focalizar aspectos biopsicossociais e enfatizar o trabalho multidisciplinar. Isto possibilita suprir a falta de profissionais em diversos níveis de atenção, além de ampliar a abordagem em saúde através da inclusão de conteúdos educativos e voltados para a prevenção.

No período de 1945 a 1964, em que houve a consolidação da Política de Saúde, os Assistentes Sociais estiveram pouco interessados na discussão do Serviço Social na área, por estarem voltados para o processo de questionamento e revisão baseados em diferentes motivações e orientações teórico-metodológicas do processo de trabalho do Serviço Social (BRAVO, 1996).

Como afirma Bravo (1996), alguns Assistentes Sociais eram favoráveis a posições mais progressistas e questionavam a direção do Serviço Social que constituía o bloco hegemônico conservador. Aponta-se para que estas discussões não surgiram isoladamente, mas com o aval de questões insurgentes das ciências sociais e humanas, em especial, a despeito da temática do “desenvolvimento” e das repercussões a seu respeito na América Latina.

O debate sobre a inserção dos profissionais na saúde ganha espaço no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, no ano de 1961, quando determinou-se que a ação profissional deveria relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, enfatizando as diferentes implicações desses fatores, que coíbem a preservação da saúde, do tratamento ou a retardam. No entanto, constata-se, no decorrer do referido Congresso, que o processo de crítica incipiente na década de 1960 teve pouca repercussão junto aos profissionais atuantes na área da saúde. Segundo Bravo (1996, p. 91),

A ênfase, nesse setor, foi sedimentar um padrão técnico para atender às necessidades da assistência médica que vai ser reforçada no pós-64, com maior sofisticação. Comprova-o o resultado do grupo de estudo acerca do Serviço Social no campo da saúde, no II Congresso Brasileiro de Serviço Social realizado em 1961, que definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais,

---

<sup>8</sup> O conceito de saúde adotado pela OMS naquele período referia-se a saúde como “um estado de total bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou fraqueza”, proposta pelo croata estudioso da saúde pública Andrija Stampar, em 1946. Posteriormente este conceito foi ampliado culminando com o adotado após a Declaração de Alma-Ata, em 1978 (RIVERO, 2003).

centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença.

Apesar do pouco interesse pelo debate da inserção do Serviço Social, na década de 1960 e 1970, houve um aumento considerável de postos de trabalho para Assistentes Sociais com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), e posteriormente com a unificação dos Institutos, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ainda segundo Bravo e Matos (2004), mais especificamente, em 1966, o Serviço Social adquire a posição de coordenação do INPS, incumbido de unificar os diferentes programas deixados pelos ex-IAP's e de implantar uma nova programática. Eram realizados serviços como: organização de demandas para consultas médicas, mobilização comunitária para reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e a comunidade, atuação nos Centros de Reabilitação e ação educativa-preventiva em pequenos grupos.

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica (BRAVO, 1996, p. 90-91).

O Documento de Araxá (1967) apontaria para o alongamento do campo profissional, em especial dentro do Estado, assumindo posições mais amplas, sendo responsável pela formulação de políticas sociais, criação de canais de participação de grupo, e a participação no planejamento e avaliação de programas. Entretanto, essas funções não foram enfatizadas, sendo que as ações dos assistentes sociais, na saúde, visavam principalmente ações terapêuticas e preventivas com o Serviço Social de Caso.

Mais tarde, com o aumento das atividades e programas, foi criada a Secretaria do Bem Estar, em que se objetivava a promoção de atividades assistenciais de caráter educativo, para a integração social do beneficiário.

Com a aprovação do Plano Básico de Ações do Serviço Social na Previdência, pela resolução INPS nº 4.014/72, estabeleceu-se a política de ação do Assistente Social e a caracterizou como uma das atividades-fim do INPS. Este Plano veio a afirmar

[...] a alternativa adotada pela profissão, de modernização, sofisticação dos modelos de análise, diagnóstico, elaboração de programas e projetos na busca de padrões de eficiência e eficácia, [que] repercutiu na área da saúde. A realidade político-econômica brasileira era considerada como um dado objetivo, assim como a situação de saúde, sendo preocupação do assistente social a busca de maior rentabilidade através de técnicas modernas para proceder à intervenção junto à “população cliente”(BRAVO, 1996, p. 92-93).

Frente a permanência das condições de financiamento da instituição e da melhoria das condições de saúde, o Serviço Social considerou necessária a capacitação a fim de atender aos desafios futuros. Portanto, o aperfeiçoamento do instrumental técnico-operativo e das competências do Assistente Social tornou-se preocupação dos profissionais da área da saúde.

Este aperfeiçoamento, com ênfase na técnica e vinculado a concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde, levou, segundo os autores, os profissionais a não se identificarem com a discussão que se iniciava em torno da saúde coletiva<sup>9</sup>. Assim, atuando no campo da saúde continuam caracterizando-se pela psicologização das relações sociais, concessão de benefícios sob uma capa de modernização técnica e com uma certa burocratização das atividades, objetivando o controle do trabalhador, responsabilizando-o pela qualidade da saúde.

O Serviço Social no período de distensão política, de 1974 à 1979 (NETTO, 1986 *apud* BRAVO, 1996), aponta para três direções: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e para a perspectiva de intenção de ruptura. A partir disso, há um processo reflexivo no que concerne às forças de tensão e da dinâmica na qual a sociedade brasileira enfrenta naquele momento. Entretanto,

O avanço da organização da categoria, iniciado no âmbito sindical e de ensino, não rebateu na construção de alternativas para a ação do profissional em nível institucional. A prática do assistente social nas instituições foi apenas permeada pelo discurso do compromisso com as classes trabalhadoras. Faltavam, entretanto, propostas de ação que seriam elaboradas

---

<sup>9</sup> Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referentes à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas. Disponível em: [http://www.isc.ufba.br/isc\\_saude.asp](http://www.isc.ufba.br/isc_saude.asp).

de forma incipiente nos anos 80. A prática hegemônica continuou sendo norteadada pelos pressupostos anteriores, pautando-se na modernização, tecnificação, sofisticação, baseando-se na postura estrutural-funcional com forte influência da teoria dos sistemas. É importante salientar que a visão sistêmica influenciou a elaboração dos programas sociais e a política social, em especial, a política de saúde (BRAVO, 1996, p. 100-101)

O Ministério da Saúde e Previdência Social era o grande mercado de absorção dos assistentes sociais, dada a organização do trabalho. O campo da saúde e da previdência social foram considerados duas áreas de referência profissional, naquele período. Os objetivos das ações eram as comunidades terapêuticas junto aos hospitais psiquiátricos e ao Departamento Nacional da Criança. Constata-se que os profissionais estavam fragmentados pelas várias instituições, sem uma coordenação geral no Ministério da Saúde, diferentemente do Ministério da Previdência, que tinha uma coordenação em nível regional de Serviço Social.

As Unidades Médico-Assistenciais do INPS, em 1975, iniciaram atividades de saúde comunitária, sendo que os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram destinados a desenvolvê-las, deixando os Assistentes Sociais como profissionais subsidiários na ordem de serviço, responsáveis por: fixar os procedimentos a fim de organizar os setores de saúde comunitária; organizar a demanda por consultas médicas; coletar informações sociais para auxiliar no diagnóstico médico; atuar junto aos Centros de Reabilitação e ações educativas e preventivas realizadas em pequenos grupos (NOGUEIRA, 2005). Entretanto, os Assistentes Sociais conquistaram uma pequena inserção nos centros de saúde, este fato suscita em Bravo e Matos (2004) o questionamento dos profissionais priorizarem as ações curativas e hospitalares em detrimento às ações comunitárias, educativas e preventivas. Na tentativa de responder este questionamento, levantam algumas hipóteses, quais sejam:

A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pela assistente social. Outro componente relaciona-se à pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no trabalho profissional na saúde. Uma ação considerada importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Esta atividade, entretanto, só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC). [...] A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento” (BRAVO E MATOS, 2004, p. 30).

Porém, o trabalho na saúde comunitária não foi ressaltado pelos assistentes sociais, somente um número reduzido de profissionais desenvolveu alguma atividade educativa em clínicas e ambulatórios. Atividade que permitiria uma discussão ampliada dos determinantes das condições de saúde, a abertura da instituição à comunidade e a viabilização da participação por meio da gestão comunitária das instituições públicas. Poucos profissionais atuaram neste âmbito, realizando poucos projetos voltados a educação em saúde nos ambulatórios e para a ampliação dos hospitais entre a comunidade junto às áreas periféricas e próximas às instituições de saúde.

Esse fato, segundo Bravo (1996, p. 101-102),

permite constatar que a ação do Serviço Social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares, de acordo com suas raízes históricas. A saúde coletiva não é caracterizada como espaço de intervenção profissional, tanto pela instituição como pelos próprios assistentes sociais, ficando restrita a uma atividade subsidiária. Consideramos, entretanto, ser esse espaço o que permitiria uma ação profissional mais efetiva e possibilitaria o engajamento dos assistentes sociais no movimento sanitário que se inicia nessa conjuntura.

Em nível nacional, no ano de 1976, o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência inicia uma fase de questionamento, por iniciativa dos profissionais da instituição. Com isso, há um processo de estudo e avaliação dos programas do Serviço Social junto ao INPS, que objetivava a proposição de medidas que corrigissem as distorções e ampliasse o raio de ação do Serviço Social, a partir dos resultados obtidos.

Nesse período, há a separação do INPS e o Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS) e a criação do SINPAS, que formou um grupo de assistentes sociais com a finalidade de estruturar o Serviço Social dentro do referido Instituto. Apenas no INPS foi mantido o nível de coordenação nacional do Serviço Social, já no INAMPS, o Serviço Social não apareceu na estrutura formal. A proposta inicial considerava a ação profissional na saúde como fundamental junto aos serviços especializados (unidades médico-assistenciais), no nível comunitário, na promoção e prevenção da saúde.

Entretanto, o desempenho da categoria não ocorreu apenas no nível administrativo, assim como o foi no INPS, isso colaborou para o questionamento quanto a importância do Serviço Social na saúde e na previdência social, considerada apenas como subsidiário, sem uma posição na estrutura institucional, já que seriam as maiores empregadoras da categoria profissional. Segundo Bravo (1996), há uma contraposição entre as ações, já que por um lado,

sua ação é subsidiária, porém, de outro a luta dos profissionais que atuavam na instituição foi reduzida significativamente.

O primeiro evento de Serviço Social na saúde ocorreu na cidade de Florianópolis, no ano de 1978, qual seja, o I Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde. Foram discutidos aspectos como as funções do Serviço Social nesta área.

Silvia Lopes (1979, *apud DAL PRA, 2003*), apresentou uma contribuição na perspectiva fenomenológica no campo da saúde, que se refere as relações vividas, em especial no seio do grupo familiar, que enfocam o fenômeno da doença. Segundo a mesma autora, a saúde necessitava de uma busca constante do bem estar físico, emocional e social. O profissional, no atendimento ao seu cliente precisava compreender as “estruturas do vivido”, considerando as situações cotidianas.

A partir destas discussões, referindo-se a Silvia Lopes, Bravo (1996, p. 104) diz que a função do assistente social,

[...] é de oferecer uma ajuda psicossocial às pessoas envolvidas no processo da medicina preventiva ou curativa, através do instrumento dialético de compreensão. A autora ressalta a colaboração do profissional no planejamento, na organização e administração dos programas, enfatizando que deve ter uma ação humanizadora.

Posteriormente, em 1979, na cidade de São Paulo, foi realizado o III Congresso de Assistentes Sociais, em que foram salientados: o centralismo, a dicotomia entre saúde curativa e coletiva, o burocratismo e a privatização das ações de saúde. O movimento sanitário também teve participação realizando uma análise crítica da política de saúde. Neste congresso, surgiram proposições referentes a necessidade da rede básica de serviços, municipalização, hierarquização e ações institucionais. Porém, o debate foi insuficiente, revelando desconhecimento e parca profundidade dos assistentes sociais acerca do tema discutido.

Neste período, segundo Bravo (1996), surgem duas autoras de expressão que contribuem com a produção científica no campo da saúde. Berezovski (1977)<sup>10</sup>, faz referências num prisma administrativo, abordando temas quanto ao setor pessoal, média de permanência de internação dos pacientes, relações entre profissionais e destes com a comunidade, deixando de lado a problematização da instituição hospitalar e do serviço social

---

<sup>10</sup> BEREZOVSKI, Mina. **Serviço Social médico na administração hospitalar**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

na realidade brasileira. Já Nicoletti (1979)<sup>11</sup>, enfoca a planificação em saúde e a participação da comunidade, tratando de aspectos que estão presentes na discussão do movimento sanitário como o planejamento em saúde. Realiza uma reflexão acerca dos conceitos de comunidade e participação e evidencia o aspecto centralizador dos programas.

Não houve modificação dos projetos de atuação profissional do Serviço Social mesmo com o incipiente processo de reconceituação. O movimento sanitário apresentava propostas teórico práticas para o enfrentamento da questão da saúde, mas os profissionais da área não apontaram para mudanças, permanecendo na execução terminal das políticas de saúde, evidenciando ações rotineiras, burocratizadas, racionalistas e seletivas, sem participação junto a elaboração de estratégias, de uma nova política de saúde, junto a articulação sindical, tampouco na produção teórica da área (BRAVO, 1996).

Diante do período de abertura política - 1979 à 1984 -, a ampliação das liberdades democráticas favorece a perspectiva da “intenção de ruptura” entrar em processo de maturação, beneficiando-se dos ganhos do período anterior, devido ao aumento da movimentação social e seus rebatimentos na categoria profissional. Para a autora,

Há um avanço para elaborações crítico-históricas mais abrangentes, apoiadas no recurso a concepções teórico-metodológicas colhidas em suas fontes originais, sem contudo, abandonar a abordagem crítico-analítica afirmada antes [...] já não se pensa criticamente um elenco de propostas do Serviço Social - à luz de suportes teóricos e heurísticos que são apropriados das fontes “clássicas” da teoria social. Procura obedecer a exigências intelectuais rigorosas, repondo a política e a história como objetivos inelimitáveis e possíveis da reflexão, diferenciando-se do marxismo estruturalizado, que não contempla a historicidade. Essa perspectiva consegue sua maioria intelectual e teórica, colocando-se numa interlocução paritária com as ciências sociais e com outras áreas de produção do saber, tendo por base a referencialidade profissional do Serviço Social (BRAVO, 1996, p. 108-09).

A década de 1980 foi o período mais importante da definição dos rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social, iniciando a implantação de um projeto profissional que aglutinou nacionalmente segmentos de assistentes sociais, cujo conteúdo foi amplamente discutido e construído no decorrer das duas últimas décadas com ênfase nas produções de Yamamoto (1986), comprometida com o projeto de ruptura, exercendo influência

---

<sup>11</sup> NICOLETTI, Lenita. **Planificação em saúde e participação comunitária**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano I, nº 1, set. 1979.

no meio profissional, imprimindo concepções marxistas para a compreensão profissional do Serviço Social, com a perspectiva teórico-crítica.

Na saúde, os profissionais não foram influenciados pela reflexão e aprofundamento teórico em processo no Serviço Social. A execução terminal das políticas de saúde persistia em detrimento das propostas advindas da vertente da “intenção de ruptura”, que evidenciava um novo padrão de intervenção, com novas estratégias teórico-político-ideológicas. O não engajamento dos assistentes sociais ao “Movimento Sanitário” foi um indicativo diante da posição profissional assumida. Segundo Bravo (1996, p. 113),

Essa exclusão foi determinada por condições internas e externas à profissão, que serão levantadas a seguir, mas teve conseqüências práticas significativas, pois o profissional não participou da elaboração das estratégias e táticas forjadas pelos representantes do “movimento sanitário”, de forma a nortear sua ação, ampliando-a em diversos níveis: elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical, produção teórica na área.

O secretário de medicina social do INAMPS cria, em 1984, um grupo de trabalho que tem como finalidade a elaboração de estudos e formulação de propostas e diretrizes para a estruturação do Serviço Social na instituição, ressaltando a necessidade de intensificar as ações preventivas em que a ação profissional junto as relações sociais é caracterizada, a fim de atender aos interesses e necessidades da população pela efetivação e ampliação dos direitos de cidadania. Ainda segundo Bravo (1996, p. 114):

Algumas estratégias são consideradas fundamentais: prioridade às ações coletivas; criação de mecanismos de participação da população previdenciária; atuação numa perspectiva de globalidade, baseada na análise da realidade social e seu contexto histórico; articulação com diversos segmentos institucionais, dirigentes e dirigidos, tendo em vista a reformulação da política de saúde.

Contudo, sentia-se a necessidade de um fortalecimento quanto ao embasamento teórico concernente aos princípios norteadores discutidos no campo da saúde coletiva. Houve movimento de alguns Assistentes Sociais que consideraram mister o trabalho junto aos centros de saúde e ambulatórios, focalizando os determinantes sociais da questão. Buscava-se um trabalho de saúde popular nos centros e postos de saúde, ultrapassando os limites da população usuária, embasada em uma proposta advinda das necessidades de vida da própria população, buscando uma reflexão sobre saúde, sua família e grupo social aos quais eram pertencentes (VÁRIOS AUTORES, 1984 *apud* DAL PRÁ, 2003).



Para Dal Pra (2003, p. 44), *É uma proposta que não esgota a possibilidade de ação dos profissionais e grupos de saúde, mas que pretende ampliar em direção aos movimentos sociais existentes que lutam por melhores condições de vida.*

No período referente a 1985 e 1990, época de transição política da ditadura militar para a democracia, o Serviço Social permanece na execução das políticas sociais. Entretanto, há um movimento em direção a mobilização por meio de seminários e encontros com a temática de saúde pública, objetivando a elaboração de propostas alternativas quanto às políticas sociais de saúde.

Nesta época aumenta o número referente aos trabalhos científicos do Serviço Social no campo da saúde. Bravo (1996) relaciona as temáticas discutidas no V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), quais sejam: defesa do direito à saúde; participação do usuário na instituição e junto a elaboração de programas; atuação em equipes interprofissionais; valorização do saber popular e resgate da experiência cultural; articulação com movimentos populares; reconhecimento da vinculação entre problema específico do fenômeno saúde/doença e a condição sócio-econômico que o gera. Todas as temáticas levantadas estavam envoltas por um conteúdo crítico e com propostas relativas a sua ação.

Mesmo com a transição para a democracia, o Serviço Social buscou fortalecimento junto as entidade da categoria para reforçar sua atuação. Mesmo assim, não houve sucesso quanto a ocupação de cargos de expressão dentro do aparelho estatal. Todavia, as experiências nos estados e municípios, apesar de estarem em processo de desenvolvimento, deram importante contribuição à politização da saúde em espaços de participação popular, como os fóruns de discussão e nos trabalhos junto aos movimentos sociais. Mas, a participação da categoria mostrou-se parca no tocante às normas constitucionais e na mudança das práticas institucionais. Para Bravo (1996, p. 130)

A política de saúde na transição teve três aspectos centrais enfatizados por Teixeira (1989) [...] a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Os profissionais de Serviço Social deram uma contribuição, embora pequena, à politização da saúde nos seus fóruns de discussão e nos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares. [...] No terceiro elemento salientado - mudança do arcabouço e das práticas institucionais - os assistentes sociais poderiam, se organizados e preparados técnica e politicamente, ter tido uma contribuição mais significativa, principalmente no que se refere às práticas institucionais, pois não estavam nos escalões que definiram a modificação do arcabouço que culminou com a criação do SUDS.

Ainda neste período, o Conselho Federal dos Assistentes Sociais (CFAS) - gestão 1984/1987 - preocupou-se com a redefinição de um novo Código de Ética e do Código de Ética Processual, com vistas a defesa profissional. A nova proposta foi objeto de amplas discussões e estudo em eventos regionais e nacional. O novo Código de Ética enfatizou a profissão e a intervenção, privilegiando aspectos político-ideológicos. Esta postura esteve relacionada às exigências conjunturais do período em relação ao comprometimento com as classes trabalhadoras e com a necessidade de um suporte legal para a profissão.

Enfocando o Serviço Social dentro da Política Nacional de Saúde e enfatizando o seu trabalho nesta política na década de 1990, pode-se afirmar que este período foi caracterizado pelos avanços conseguidos por um conjunto de profissionais que intencionavam uma ruptura dos aspectos políticos, institucionais e acadêmicos. A partir disso, a categoria profissional considerou importante a participação junto as discussões do Sistema Único de Saúde uma vez que houve convergência nas propostas éticas centrais, apesar de uma incipiente participação no movimento sanitário.

Este debate ocorre concomitantemente a uma nova corrente sobre a saúde, iniciada nos anos 1980, junto ao debate da Constituição Federal de 1988, qual seja, o debate sobre a reforma sanitária e o movimento sanitarista, em contraposição com o movimento liberal.

Entretanto, segundo Matos (2003, p: 91),

[...] o Serviço Social na década de 90 continua desarticulado, enquanto categoria, do movimento sanitário. Este, por sua vez, não detém mais hegemonia no debate da saúde coletiva. Essa desarticulação era considerada uma debilidade, hoje pode ser relativizada frente à direção que o debate da saúde coletiva vem assumindo.

Bravo (1996) aponta para uma crítica ao Serviço Social referente a posição adotada no movimento de Reforma Sanitária. Afirma que algumas proposições poderiam ter sido assumidas pelos profissionais como diretrizes norteadoras da ação profissional. Este posicionamento favoreceria a mudança na qualidade dos serviços (ação interdisciplinar, consciência sanitária e participação popular), sensibilização e mobilização da equipe de saúde, dentro do eixo de “relações sociais”.

Outro debate realizado pela categoria diz respeito aos dois projetos políticos em disputa, referentes ao modelo de política de saúde, apresentando diferentes requisições para a profissão: o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária.

O projeto privatista,

[...] vem requisitando ao assistente social: seleção socioeconômica dos usuários, com vistas à exclusão; atuação psicossocial através do aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; “inovações gerenciais” articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos (MATOS, 2003, p. 95).

Em contraste a este projeto político, apresenta-se outra proposta, a do projeto de reforma sanitária, que apresentam demandas ao Serviço Social referente a construção de um novo modelo de gestão; a articulação do ensino-pesquisa-assistência; o atendimento humanizado; a buscar estratégias de trabalho conjunto entre a instituição e a comunidade; a interdisciplinaridade; a garantia do acesso democrático às informações e à participação; dentre outras iniciativas que busquem a autonomia do cidadão (MATOS, 2003).

Dessa forma, essa nova proposta encontra-se ligada ao projeto ético-político da profissão. Projeto expresso no Código de Ética dos Assistentes Sociais, que vem a instrumentalizar o projeto ético-político, e pautado na Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662/93, e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social, de 1996.

Para Yamamoto (1998, p. 78),

Os princípios constantes no Código de Ética são focos que vão iluminando os caminhos a serem trilhados, a partir de alguns compromissos fundamentais acordados e assumidos coletivamente pela categoria. Então ele não pode ser um documento que se “guarda na gaveta”: é necessário dar-lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano.

Portanto, princípios fundamentais como a liberdade, a cidadania, a democracia, a equidade, a justiça social, o pluralismo, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, aparecem concomitantemente com a reforma sanitária. Quiçá, anterior ao debate da reforma sanitária, constituindo-se em matéria específica e constantemente debatida pela profissão.

Para Matos (2003, p. 114):

[...] compreendemos que uma atuação em Serviço Social na saúde, que queira ter como norte os valores acima citados, tem que *necessariamente* estar fundamentada nos valores e princípios ético-político profissional e da reforma sanitária [...] Podemos afirmar que, de forma majoritária, o debate do

Serviço Social na saúde vem acompanhado de uma referência a esses projetos, ainda que, muitas vezes, não explicitamente.

O autor cita as diversas publicações na área da saúde, que na década de 1990 aumenta consideravelmente, em especial após a publicação do livro de Maria Inês Bravo, no ano de 1996. Também são publicados artigos na Revista Serviço Social e Sociedade e são criadas revistas específicas da área da saúde, como a Revista Serviço Social Hospitalar do Hospital das Clínicas da USP, em 1994, e a Revista Superando Desafios do Hospital Universitário Pedro Ernest da UERJ, em 1997 e a Revista “Serviço Social & Saúde”, da Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP, em abril de 2002.

Neste mesmo período, Matos (2003) aponta ainda para o I Encontro Nacional de Saúde e Serviço Social (1994), Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS (1996 e 1998) e o I Encontro sobre Serviço Social na esfera da Seguridade Social no Brasil (1997). Estes eventos sugerem um crescimento da discussão junto aos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e doutorado) de Serviço Social acerca da temática da saúde.

Outras importantes publicações na área correspondem a Matos (2000), Costa (1998), Vasconcelos (1999) e Souza (2001) que identificam um desafio comum, qual seja a necessidade de se consolidar a perspectiva de ruptura com o Serviço Social tradicional. Este seria responsável pelo projeto ético-político profissional adotado atualmente (BRAVO e MATOS, 2004).

O Assistente Social só é reconhecido como profissional de saúde através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, em contraposição à importância da função social que este profissional assumia desde a década de 1940, e toda sua trajetória de trabalho junto à área da saúde. Após cerca de dez anos da promulgação de Carta Magna e após um significativo período de discussão acerca da Reforma Sanitária, esta Resolução tem o respaldo das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, do 10º CNS, do reconhecimento da importância da ação interdisciplinar e da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais da saúde, tendo vistas a integralidade da atenção. Reconheceu também outras profissões como: biólogos, profissionais de Educação Física, farmacêuticos,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais<sup>12</sup>.

É relevante apontar para o fato de que a inserção do Serviço Social na saúde é histórica, sendo um dos profissionais da saúde e um dos maiores campos de trabalho para a profissão. É uma categoria profissional que necessita estar atenta e atualizada quanto aos novos movimentos que aparecem neste campo para garantir o seu espaço e afirmar a sua participação dentro dos processos. Para Vasconcelos (2002, p. 88-89),

Longe de querer responsabilizar os profissionais de saúde pelas condições trágicas de saúde em que vive a maioria da população brasileira - sejam os segmentos populares que dependem única e exclusivamente da rede do SUS, sejam os segmentos que, abrindo mão de outras necessidades, consomem planos de saúde que basicamente buscam atender à demanda por lucros - , mas sem profissionais de saúde com uma formação teórico-prática, ética e política de qualidade, dificilmente teremos uma defesa eficiente da saúde pública e do projeto de Reforma Sanitária (que ganha alguma expressão no projeto do SUS) por parte da população usuária e por parte dos próprios profissionais de saúde. Uma defesa que transcenda a pura defesa política.

Nesta mesma direção, Bravo e Matos (2004, p. 43) afirmam:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto 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 do Serviço Social.

Atualmente, verifica-se um movimento em direção da requalificação dos profissionais que atuam nesta área. A requalificação faz parte da agenda de iniciativas como as tomadas pelo Congresso Brasileiro de Serviço Social (CBAS), do Encontro Nacional dos Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS) e do Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde (CONASS). Este último é uma iniciativa do Serviço Social do Hospital das Clínicas de Campinas que se ampliou para todo o país com a finalidade de discutir questões relevantes do trabalho profissional na área da saúde, constituindo-se em espaço de discussão e intercâmbio de experiências. Os demais eventos supracitados, contribuem na perspectiva de inserção da saúde nas mesas de discussão e na publicação de trabalhos relativos ao tema.

---

<sup>12</sup> Fonte: visita ao site [www.datasus.gov.br/conselho/resol97](http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97).

Outra importante iniciativa citada por Nogueira (2005) é o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), datado de agosto de 2004, quando da realização do Seminário da Rede UNIDA. O objetivo do FNEPAS é contribuir para o processo de modificação na graduação das profissões relativas à saúde, sendo a integralidade na formação e na atenção o foco principal. Em relação ao Serviço Social, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social não apenas apoiou a iniciativa como também foi um dos propositores do FNEPAS. Para Nogueira (2005, p. 18):

Serão capacitados os profissionais direta ou indiretamente envolvidos com a formação profissional, especialmente professores de política social e supervisores técnicos vinculados à supervisão em saúde e um dos propósitos é, também, inscrever na formação de graduação conteúdos relacionados à ação do Assistente Social no setor saúde.

Como aponta Costa (2000 *apud* NOGUEIRA, 2005), os conteúdos específicos da saúde são exigidos na formação do profissional uma vez que, a partir disso, está habilitado para o entendimento e explicação das constantes mudanças, em busca do reconhecimento da realidade em que circunda o indivíduo nos locais em que este se situa, como também para o real domínio dos conhecimentos e técnicas de assessoria e mobilização comunitária, visando o controle social, especialmente para seu fortalecimento.

Uma inovação que busca a qualificação profissional, refere-se ao Programa de Residências Integradas em Saúde, criado pela Portaria SES/RS nº 16/1999, que abre espaço para as profissões atuantes na área da saúde, ou seja, pode ser considerada como uma nova perspectiva na qualificação da intervenção dos profissionais atuantes nessa área. Tais Programas ocorrem através de parcerias entre universidades e Secretarias de Saúde, em unidades de saúde, como um campo para o desenvolvimento de ensino e pesquisa, visando extensão na ótica do treinamento em serviço.

Considerando este momento em que os Assistentes Sociais se engajam definitivamente no processo de construção do SUS, e têm o projeto ético político orientado à defesa dos direitos sociais e a constante qualificação profissional para o enfrentamento das novas situações que emergem cotidianamente, a inserção dos profissionais na Política Nacional de Saúde torna-se relevante para sua operacionalização e, sobretudo, efetivação. A histórica inserção nessa Política teve sua importância, mas na atualidade seu trabalho vem recebendo maior destaque devido à atuação permanente, em especial, junto aos Conselhos de Saúde. Esse fato demonstra maior engajamento e compromisso com o caráter universalista e

democrático, concepções constantes na seguridade social, oriundos de discussões que culminaram na Carta Magna, em 1988, e regem os princípios do SUS.

No próximo capítulo será abordado, mais aprofundadamente, o princípio da integralidade, que na atualidade vem sendo alvo de discussões e tema de pesquisas e estudos por parte dos profissionais comprometidos com sua aplicação, como também a apreensão desse princípio pelos profissionais do Serviço Social, cotidianamente.

## CAPÍTULO II

### O SERVIÇO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE

#### 2.1 A Integralidade na Saúde: uma breve introdução

Foi com a reforma sanitária brasileira e o projeto societário que a moveu que a concepção de saúde como direito de todos conformou um arcabouço institucional - Sistema Único de Saúde -, no bojo da luta pela redemocratização do país, a partir de fortes críticas ao sistema nacional de saúde, às instituições e às práticas adotadas até então (MATTOS, 2001). Firma-se então as idéias de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação popular, dentre outros princípios que compõem o SUS.

A integralidade, segundo Vasconcelos (2002, p. 81), adquire significação especial a partir da proposta da Reforma Sanitária. Para a autora

Se o conteúdo e a direção dos caminhos para a reforma sanitária estivessem orientados por necessidades epidemiológica e pela redução das desigualdades no acesso aos recursos assistenciais, tomar-se-ia o caráter redistributivo de qualquer política social como princípio inalienável e previsível. Portanto, o objetivo da atenção da reforma sanitária é superar este sentido básico das políticas sociais, a redistribuição, e ter na **necessidade social de saúde**, como necessidade de apropriação de um bem individual e coletivo, o objetivo principal. De modo que a integralidade das ações possa vir a garantir, desde a atenção primária à quaternária, acesso fácil e universal, observando que o pressuposto é a situação/condição histórica e política de determinada população. Assim, os modelos assistenciais, ainda que orientados pelos princípios do SUS e pela referência social da saúde deverão originar-se pela necessidade de respostas políticas, biotecnológicas e éticas, concretizadas na correspondência às necessidades historicamente situadas.

Atualmente, a integralidade vem recebendo destaque a partir dos debates realizados por vários autores e núcleos de discussão, por implicar, também, em uma mudança nas práticas de intervenção dos profissionais de saúde.

Quanto ao conceito de integralidade, os autores têm afirmado o seu caráter polissêmico, pela grande multiplicidade de entendimentos a que pode ser submetida e aos elementos que a constituem ao considera-la nas práticas interventivas (MATTOS, 2001), (PINHEIRO, 2001), (WESTPAHL e ALMEIDA, 2001), (PINHEIRO e MATTOS, 2003).

Para Mattos (2001), a integralidade pode ser considerada como uma “imagem objetivo”, imbuída de um conteúdo de lutas, de valores, ideal de justiça e transformação social.



Enuncia-se uma imagem objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo [...] parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja supera-las. [...] Ao enunciar aquilo, que segundo nossa inspiração, existirá, a imagem objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade (IBIDEM, p. 41).

Westphal e Almeida (2001, p. 35 *apud* SHEMES, 2004, p. 16) consideram que a Integralidade deve ser entendida como:

[...] ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações da vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser atendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária, etc.); Recuperação (atendimento médio, tratamento e reabilitação para os doentes).

Outro conceito de integralidade é lançado por Pinheiro (2001), em uma das suas publicações e em um dos seus sentidos, é compreendida como sendo uma ação social que resulta da interação dos atores na relação entre demanda e oferta, em diferentes planos de atenção à saúde, individual ou sistêmico, em que são considerados os aspectos subjetivos e objetivos.

No entanto, Mattos (2001) considera que não se deve tentar cristalizar apenas um conceito de integralidade, pois assim um de seus sentidos poderia ser abortado, silenciando indignações dos atores sociais que lutaram conjuntamente com a Reforma Sanitária e buscam construir a integralidade em suas práticas.

Assume-se, todavia, que a integralidade está imbuída de sentidos, que subsidiam reflexões acerca do tema. O debate sobre esses sentidos, fazem parte de uma gama de publicações sistematizadas por Pinheiro e Mattos (2001); Ferla e Fagundes (2002), dentre outros autores.

Ferla, Ceccim & Pelegrini (2003) sugerem uma metodologia para a aplicação do princípio da integralidade nas práticas dos profissionais da área da saúde. Entretanto, colocam esta tarefa como um desafio para os gestores desta política, e afirmam que este desafio pode ser desdobrado em três dimensões. A primeira dimensão, estaria ligada à capacidade das políticas governamentais no ordenamento do sistema de saúde, propondo e fomentando um sistema descentralizado, resolutivo, permeável a participação popular. A segunda dimensão trataria da organização dos serviços de saúde ofertados, garantindo o acesso aos níveis de atenção e suas tecnologias, tendo a finalidade de aumentar o grau de resolutividade. A terceira, e última, dimensão diria respeito aos conhecimentos e às práticas dos trabalhadores em saúde, cabendo-lhes o acolhimento e a capacidade de atendimento globalizado aos usuários.

Observa-se, então, que a integralidade abarca um número significativo de conceitos, que interligados proporcionariam a visão de totalidade do processo de saúde-doença. Se percebida desde o planejamento das políticas públicas de atenção à saúde, como preconiza a primeira dimensão, tenderia a facilitar o desenvolvimento das ações, por estar intrínseco ao sistema, aos serviços e às instituições de saúde, podendo tornar-se uma cultura institucional. Desde a formulação, estaria em foco, a participação popular, por exemplo. Essa dimensão corrobora na democratização do sistema de saúde e para que o público alvo também participe de sua composição, o que afirmaria a atenção integral, já que seu usuário estaria efetivando sua participação e focando suas necessidades reais de saúde.

Ao se garantir o acesso a todos os níveis de atenção, ao usuário estaria assegurado o direito ao atendimento integral, desde o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde (por exemplo), em seu nível básico, efetuados junto à sua comunidade, à sua família, como também, a garantia de acesso aos demais níveis de atendimento dispostos na hierarquização do sistema de saúde. A integralidade permitiria a entrada até ao nível quaternário, no qual se exige uma gama de equipamentos humanos e tecnológicos de alta complexidade e especialização.

No tocante a terceira dimensão da integralidade, aponta-se para o aspecto mais próximo do usuário, qual seja, outro ser humano: das relações entre usuários e profissionais de saúde. A construção da integralidade depende dos profissionais, tanto quanto da elaboração das políticas e do acesso aos serviços. Cabe aos profissionais a decisão de coloca-la em prática, transforma-la em instrumento de trabalho cotidiano expresso no abandono de práticas fragmentárias e na adoção de práticas não apenas solidárias, mas que compreendam o usuário na sua totalidade. Implica o acolhimento deste usuário e seu reconhecimento como um

cidadão, e não apenas por um corpo momentaneamente afetado por alguma patologia, mas por emoções, por um meio social e cultural.

Estas práticas de intervenção utilizadas pelos profissionais de saúde, bem como a maneira como estas ocorrem, também são alvo de preocupações atualmente. A indagação proposta por Mattos (2001), coloca em questão a forma na qual a integralidade é expressa, num contraponto entre: uma atitude adotada pelos profissionais *versus* uma marca da prática dos profissionais. Afirma ainda, não ser um atributo apenas oriundo do conhecimento da biomedicina, mas de todos os profissionais de saúde.

A noção de atitude pode trazer consigo, por um lado, uma idéia individualista, pois as atitudes seriam atributos de indivíduos. O desenvolvimento de atitudes se faria através de processos que também incidem sobre indivíduos. Mas nesse modo de pensar sobra pouco espaço para a organização do trabalho de uma equipe de modo a garantir a integralidade [...]. Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporação ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (MATTOS, 2001, p. 51).

As ações multiprofissionais são desenvolvidas em contato com outros profissionais, das mais diferentes áreas de atuação na saúde, propiciando momento de trocas de informações e saberes, além de preconizar o princípio da integralidade porque olha o ser humano como um todo. Um trabalho realizado em equipe possibilita esta observação, já que são levantados aspectos sociais, biológicos, fisiológicos e psíquicos, por conta da gama diferenciada de profissionais que estão em contato com o usuário. Cada um com sua formação específica revela pensamentos e causalidades diferenciadas, mas não controversas, de intervir.

É preciso adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denomina-la “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2001, p. 115 *apud* SHEMES, 2004, p. 28)

Esta forma de intervenção tem como alvo, o bem estar do próprio usuário, uma vez que é ele o beneficiado por ter suas demandas atendidas de forma adequada às suas

necessidades de saúde. O diagnóstico é realizado com distintos subsídios, já que há uma integração de profissionais voltados para o mesmo objeto, ampliando o raio de compreensão.

A humanização<sup>13</sup> das relações em saúde sugere a introdução dessas novas formas de atenção ao usuário. Ao se perceber os condicionantes sociais, expresso nas questões de moradia, educação, saúde, dentre outros, abre-se um leque de possibilidades de atendimento. São respeitadas as maneiras do usuário se relacionar com o seu mundo e mais, são compreendidos os aspectos culturais envolvidos. Essa modificação, por exemplo, ocorre no momento em que há a saída dos profissionais de uma unidade de atendimento para fora de seus muros. O contato direto com a realidade permite este reconhecimento ou territorialização, em especial quando são ações realizadas no nível básico de atenção, junto as Unidades Básicas de Saúde, com a utilização de equipes de Saúde da Família (PSF) ou através de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Neste sentido, a integralidade poderia se considerada como uma nova forma de agir socialmente em saúde, adicionalmente, um princípio norteador de uma forma inovadora de gestão dos cuidados nas instituições de saúde, e uma maneira de desenvolver novas estratégias de tecnologias assistenciais (MATTOS, 2003).

A intersectorialidade, atrelada às práticas integrais, revela-se quando do trabalho articulado entre as instituições e serviços de saúde. Trabalho, portanto, realizado em rede, sendo acionados serviços e setores em outros níveis de atenção ou em conjunto com outros serviços que não apenas os de saúde (SHEMES, 2004).

Comumente, há um atendimento setorial, departamentalizado, para se atender o mesmo indivíduo e geralmente constituem-se em um atendimento desarticulado e dificultam, justamente, o trabalho integral. Pinheiro (2001) sugere o suporte de políticas públicas que atendam as demandas solicitadas pela população, já que esta não é observada de uma só maneira, mas vista como um todo, um conjunto e não isoladamente em um contexto institucional. Compreender estas outras necessidades, implica conhecer uma diversidade de alternativas para as questões que surgem concomitante aos problemas de saúde que os trazem

---

<sup>13</sup> Para o Serviço Social a humanização das relações em saúde, adquire significado diferenciado, já que considera que a humanização é um reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos, como ser político, sócio-histórico, que sofre as conseqüências diretas das expressões da questão social, oriunda de uma sociedade desigual. Tem na defesa dos direitos sociais, civis e políticos dos usuários um dos focos principais de intervenção. Dessa forma é que ocorre a humanização da relação entre o usuário e o profissional Assistente Social.

até ao SUS. Desta forma, não se fragmenta, não se focaliza, mas atende esta população em sua necessidade real.

A adoção da integralidade pelos profissionais de saúde possibilita práticas interventivas multiprofissionais e intersetoriais, almejando a totalidade da atenção.

O princípio da integralidade deve estar presente nos quatro níveis de atenção em saúde enunciados pela hierarquização do sistema de saúde, ou seja, considerando a proposta deste trabalho, será abordada a integralidade no nível terciário, mais especificamente dentro dos serviços hospitalares. Portanto, pergunta-se: como podemos observar o princípio da integralidade no ambiente hospitalar?

Para Cecílio e Merhy (2003, p. 197), a integralidade na atenção hospitalar tem sua significação.

Partindo do senso comum e correndo o risco de uma tautologia, poderíamos dizer que a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares.

Ainda para estes autores, tal princípio facilitaria o consumo de todas as tecnologias em saúde que estão disponíveis para melhorar a qualidade de vida e seu prolongamento, chegando até, a criação de um ambiente mais confortável e seguro para os usuários que necessitem de hospitalização.

A combinação das tecnologias leve, leve-dura e dura<sup>14</sup> estaria disponível para a junção de esforços, para que o paciente tenha o direito à atenção integral atendido e também como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Atualmente, torna-se cada vez mais comum nos hospitais o trabalho multiprofissional, em que se agregam várias profissões trabalhando em conjunto. Vários profissionais são responsáveis pelo cuidado destinados aos usuários que estão sendo atendidos

---

<sup>14</sup> Pautada em Merhy et al (1997), Lima (2003, p. 67) considera que tecnologia leve *se expressa como processo de produção de relações intercessoras que se funda em uma intensa inter-relação entre profissional e usuário, configurando-se em um processo compartilhado*. No caso específico do Serviço Social, a mesma autora pontua acerca da utilização da tecnologia leve, que este *é chamado a intervir como no acolhimento inicial dos usuários, na viabilização de recursos e serviços materiais e institucionais [...] ou em situações onde se pretende a transformação da atitude do usuário no contexto das relações sociais*. Merhy et al (1997, p. 121 *apud* LIMA, 2003, p. 67) conceitua tecnologia **leve-dura** como sendo, dentre outros, os saberes bem estruturados que operam nos processos de saúde; e tecnologia **dura** como os equipamentos tecnológicos tais como máquinas, normas, estruturas organizacionais, dentre outras.

no hospital. Este fato vem ganhando campo para discussão, dentro da proposição de uma nova forma de gestão hospitalar uma vez que, [...] *a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital* (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 198). Ainda sobre a atuação dos trabalhadores em saúde, é importante lembrar que,

O resultado dessa “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional (CECÍLIO, 2001, p. 116-117).

Muito se verifica a integralidade focalizada, aquela em que cada trabalhador de saúde contribui, de uma maneira ou outra, para a realização da integralidade expressando a sua contribuição para o cuidado em saúde, sendo comum dentro dos hospitais. Mas para Cecílio e Merhy (2003, p. 200):

O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, resta-nos a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o conectem, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” dessa estação que é o hospital.

Esta instituição de saúde acaba por se tornar uma referência para o usuário que a procura, principalmente por compreender que os casos de maior complexidade são atendidos no hospital. Portanto, este seria um local ideal para o cumprimento da referência e contra referência<sup>15</sup>, para que o usuário acesse todos os níveis de atenção, articuladamente, integralmente, respeitando a racionalidade do sistema.

---

<sup>15</sup> O processo de referência e contra referência ocorre por meio do encaminhamento dado ao usuário quando a unidade de saúde (básica, de média ou alta complexidade) não possui o serviço necessário naquele momento. O usuário é encaminhado (referenciado) à um centro de referência para que o usuário tenha a necessidade de saúde atendida. Já a contra-referência é, justamente, o retorno desse usuário à unidade de saúde de origem para a continuidade do tratamento e posterior acompanhamento, para que ocorra, também, a criação do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.

Os autores citados, defendem a idéia de que o hospital é uma referência, até para os casos que não são de urgência (os quais deveriam ser atendidas nas Unidades de Saúde da atenção básica) pelo simples fato de desejarem um atendimento baseado no princípio da integralidade. Ou seja, os usuários elegeram, por si próprios, a integralidade como uma prioridade, como um direito que lhe é benéfico e adequado às suas necessidades. O usuário próprio mostra-se exausto quanto ao tipo de atendimento que está acostumado, às peregrinações, filas, atendimento setorizado, fragmentado, sem a construção de vínculos de confiança entre o usuário e os trabalhadores de saúde.

Portanto, verificando-se o hospital como uma forma de “estação” que recebe e atende os mais variados tipos de usuários, com diferentes necessidades, pode-se imaginar várias formas de se adotar a integralidade como prática. Em especial, pelo fato de que quando um usuário permanece internado em um hospital, pode-se trabalhar várias questões, sejam elas de natureza educativa, social, política, dentre outras. O hospital é uma “estação”, que no decorrer de um circuito que o usuário percorre em busca da integralidade (atendimento integral, total), é um dos pontos de parada que pode proporcionar uma parte deste atendimento integral, um espaço em que o usuário acessa, e procura por ele, e pode ter sua necessidade de saúde atendida parcialmente uma vez que o hospital é uma das estações que o usuário pode ser recebido.

Outro fator importante para a integralidade no âmbito hospitalar refere-se a forma como se dá o trabalho articulado entre as profissões quanto às linhas de produção do cuidado como forma de estratégia de gestão hospitalar. O fato de se pensar uma forma descentralizada e democrática das decisões é indicativo de se romper com a tradição centralizadora, de domínio e controle. A proposta estaria relacionada com uma condução participativa, com maior grau de adesão dos trabalhadores para a construção de um projeto que preconize um serviço hospitalar de boa qualidade (CECÍLIO e MEHRY, 2003).

Um mecanismo relevante para o processo de construção do cuidado aos usuários seria a criação de pontes ou pontos convergentes entre as lógicas profissionais de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais da saúde, que em permanente diálogo realizem o cuidado integral. Pois, como assinalam Cecílio e Merhy (2003, p. 204), *pode-se afirmar que esses pontos de contato, esses canais, nem sempre são livres, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional, e por isso mesmo, são fontes permanentes de ruídos, de tensões e disputas.*

Partindo do pressuposto de que práticas baseadas no princípio da integralidade propiciam o desenvolvimento de trabalho interprofissional e intersetorial, é mister analisar como este princípio permeia o processo de trabalho desenvolvido na intervenção profissional do Serviço Social, na área da saúde. O item a seguir tratará da apropriação desse princípio pelos Assistentes Sociais e a verificação da existência da conformidade entre o Código de Ética profissional e a integralidade.

## 2.2 A integralidade na intervenção profissional do Serviço Social

O Serviço Social vem construindo um projeto ético-político profissional pautado na Lei de Regulamentação da Profissão e expressos no Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/93), evidenciando compromissos sociais que estão em consonância com os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, consagrados no ideário do SUS.

Portanto, os princípios de universalidade, equidade e integralidade, encontrados na Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS também são encontrados no Código de Ética do Assistente Social.

O Código de Ética enuncia como princípios fundamentais, dentre outros:

Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;  
 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;  
 Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

A equidade e a universalidade estão associados a idéia de que todos são sujeitos de direito, todos têm direito às políticas sociais e exclui a noção de seletividade, do provar-se necessitado, o que aumenta ainda mais a exclusão e a segregação social. Os Assistentes Sociais estão compromissados com a garantia do acesso irrestrito de todos ao atendimento e à cobertura social em sua plenitude.

Para Iamamoto (1998, p. 145):

O esforço 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.



Sabe-se que o assistente social dispõe de relativo poder de interferência na formulação e/ou implementação de critérios técnico-sociais que regem o acesso aos usuários aos serviços prestados pelas instituições e organizações sociais públicas e privadas. *Trata-se de envidar esforços para assegurar a universalidade e ao acesso e/ou a ampliação de sua abrangência*, resistindo profissionalmente, tanto quanto possível, à imposição de critérios rigorosos de seletividade.

O posicionamento em favor da equidade, universalidade e justiça social, revela o compromisso com a igualdade de condições entre os cidadãos, ligados com a luta pelo processo de democratização do acesso e do usufruto dos serviços sociais (PAIVA e SALES, 2003).

Os direitos sociais são essenciais para o trabalho dos Assistentes Sociais, uma vez que são desenvolvidas uma gama de ações advindas da execução das políticas sociais. O direito à saúde constitui-se em um direito social e o profissional tem neste princípio o campo para a defesa da informação e do acesso em saúde que os usuários tanto aspiram enquanto cidadãos de direito. A cidadania, em sua forma plena, é uma busca incansável e intransigente, que está cada vez mais restringida pelas políticas liberais adotadas para a satisfação das necessidades básicas, a qual é dotada do limite mínimo, precário. A luta encontra-se na ampliação deste limite, perseguindo a plenitude dos direitos e do grau de satisfação das necessidades humanas, ambicionando atendimentos integrais e não mais focalizados.

Dessa forma, o projeto ético político está comprometido com a universalidade e a equidade do acesso aos serviços de saúde, na medida em que qualquer cidadão, em qualquer condição social, econômica, religiosa ou étnica tenha o direito ao atendimento irrestrito, favorecendo a inclusão estando, assim, em consonância da idéia de que o SUS seja um espaço verdadeiramente universal e equânime, em qualquer um dos seus níveis de atenção e de regionalização.

Quanto à qualidade destes serviços [sociais], o Código [de Ética] traz algumas inovações que mostram seu avanço em face de questões por nós evidenciadas: o pluralismo e a recusa do preconceito e da discriminação. Ao se manifestar a favor da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças no exercício profissional [...] (BARROCO, 2003, p. 205).

Portanto, a integralidade encontra no projeto ético-político do Serviço Social suas bases para a justificativa de uma intervenção profissional pautada nos princípios almejados. O

atendimento na perspectiva da integralidade pode ser considerado como o direito universal e equânime do acesso ao sistema da saúde, uma forma de expressão da cidadania, da democracia e da justiça social, pois considera-se que o Serviço Social prevê a defesa intransigente dos direitos sociais, políticos e civis; a indiscriminação do atendimento; a ampliação da cidadania; da compreensão da sociedade; busca a transformação das condições sociais, encontra fortes argumentos para agir a favor da integralidade e constituir-se em defensor de uma prática baseada neste princípio.

Considerando especificamente o princípio da integralidade, o Código de Ética<sup>16</sup> ao dizer que deve ser incentivada a prática multiprofissional, constituindo-se em um dever, respeitando os princípios e normas éticas de outros profissionais, indica uma prática que vai de encontro com o interesse dos usuários, uma vez que a interdisciplinaridade é um dos pilares da integralidade, assim como a intersetorialidade

A integralidade também é relevante na concepção de políticas públicas, como na saúde, para atingir o maior grau de resolutividade possível, de maneira integral e horizontal, preconizando a participação dos usuários e o controle social. Estas são bandeiras de luta dos profissionais do Serviço Social que consideram que os usuários necessitam participar dos processos decisórios, do planejamento, da composição orçamentária, da gestão, a fiscalização, da avaliação de políticas públicas relevantes como é o caso da política de saúde.

Para o Serviço Social, a integralidade significa perceber o usuário não apenas como um portador de necessidades de saúde, de alguma doença, ou demandatário de direitos referentes à saúde. Ao realizar atendimento ao usuário do sistema de saúde, este precisa ser entendido e compreendido integralmente, somando-se a visibilização de outros condicionantes que não apenas os de saúde, da perspectiva biomédica. Dessa forma, o olhar do Serviço Social, para ser integral, necessita dessa compreensão ampliada, de um sujeito de direito que acaba por trazer consigo demandas explícitas e implícitas<sup>17</sup> que exigem a compreensão ampliada. A detecção da demanda implícita pode ser considerada como uma forma de um atendimento integral, já que consegue uma apreensão maior das necessidades do usuário.

---

<sup>16</sup>Capítulo III, que reza sobre as relações com Assistentes Sociais e outros profissionais, artigo 10º, alíneas: d) incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar; e e) respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões (Resolução CFESS Nº 273/93).

<sup>17</sup> Para Vasconcelos (2002, p. 179) demandas explícitas são aquelas que estão aparentes e as demandas implícitas são as *demandas ocultas, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas*.

A integralidade pode ser considerada um princípio essencial para o trabalho do Assistente Social, por estar tão atrelada aos seus princípios ético-políticos. A profissão é habilitada (e constitui-se o maior público) para o trabalho com as situações de exclusão, de fragmentação, de focalização e conhece as conseqüências desta prática. As políticas sociais necessitariam conter em sua elaboração sinais da utilização do princípio da integralidade, como também em sua execução, assim, possivelmente atingiriam maior grau de resolutividade e amenizariam a desigualdade social, pois compreenderiam um universo maior de seu público alvo e, conseqüentemente, a forma de enfrentar os problemas sociais. É por isso que a profissão é necessária na sociedade atual.

### CAPÍTULO III

## O ACOLHIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL COMO UM DOS PROCESSOS SIGNIFICATIVOS NA CONTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

### 3.3 Introdução acerca dos serviços de alta complexidade em saúde e as peculiaridades da ação profissional do Serviço Social

A definição do SUS como sistema hierarquizado permite a utilização racional das tecnologias, das instituições de atendimento e dos serviços, sendo uma maneira de organizar a atenção em saúde, viabilizando os princípios preconizados pelo SUS e tendo como finalidade o acesso a todos os tipos de tecnologia e a busca pela resolutividade.

Os serviços de alta complexidade, que fazem parte do nível terciário da atenção, exigem uma infra-estrutura tecnológica altamente especializada e avançada, de recursos humanos também especializados e habilitados para este tipo de atendimento. Em geral, são hospitais e clínicas, nos quais são resolvidas questões que demandam maior especialidade, como cirurgias de grande porte, tratamentos de doenças complexas, exames que exigem equipamentos específicos, dentre outras situações que não conseguiram resolutividade nos níveis básico e médio e por isso são referenciados para a alta complexidade. Diante disso, há a regionalização dos serviços de saúde, assim, as unidades de atendimento no nível de atenção básica e média referenciam o usuário para o atendimento de alta complexidade disponível em sua região, ou até mesmo no seu estado.

Neste nível, já não são mais preconizadas ações de prevenção e promoção à saúde, próprias dos níveis básico e médio de atenção, apesar destas ações serem consideradas o fio condutor de qualquer intervenção profissional, em qualquer área de atuação. Porém, há uma concentração nas demandas específicas típicas do processo curativo havendo a institucionalização das demandas.

Em geral, quando há a entrada do usuário em atendimento de alta complexidade, este ingressa num universo hospitalar<sup>18</sup>, onde é comum a sua internação, ou seja, a

---

<sup>18</sup> Apoiada em Cohn e Elias (1996, p. 74-6), Vasconcelos (2002, p. 135) conceitua hospital como sendo: *estabelecimento voltado precipuamente para a assistência médica em regime de internação, localizado geralmente em áreas urbanas, funcionando dia e noite, apresentado graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispondo de meio e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento. Podem ser classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio e grande) e o*

hospitalização. Esta prática ainda é muito mais comum, a medida em que existem falhas dos outros níveis da hierarquização, ou seja, quando a resolutividade de um nível fica comprometida pela falta de resolutividade em outro nível. A isso se acresce a desarticulação da política de saúde com as demais políticas sociais dada pela precariedade do próprio sistema de saúde.

Portanto, podem-se verificar formas de atendimento diferenciadas com o usuário que acessa o nível terciário, mesmo que a postura do profissional de saúde tenha os mesmos princípios de atendimento enunciados pelo SUS ou pelo código de ética. Comumente, a relação entre profissional-usuário ocorre num momento de maior sofrimento, com uma maior proximidade e por um tempo geralmente mais prolongado, dado pela situação do quadro clínico do usuário, atendido neste nível.

O hospital, pelas condições que impõe ao usuário, exige uma abordagem individualizada, sendo a internação o fator primordial. A internação hospitalar transforma completamente o cotidiano de um usuário, implicando em mudanças relativas ao ambiente familiar e suas relações, a modificação dos papéis e pela adaptação a uma nova realidade: o hospital. As expectativas sobre o diagnóstico e sobre o conseqüente tratamento da doença geram uma fonte de *stress* que podem adquirir maior significação se a internação tiver seu tempo prolongado. Como aponta Merhy (1997a, p. 78): *Para o usuário, a “necessidade de saúde”, neste momento, está sendo representada e sentida como “um problema” que ele “sinceramente” vive, como uma “questão de saúde” a ser enfrentada com a ajuda de “alguém”.*

Além disto, é no decorrer de uma internação hospitalar que o indivíduo é invadido de várias maneiras, seu corpo sofre as mais diferentes formas de invasão. A cada intervenção profissional o indivíduo é exposto, sua vida, suas condições de vida, seu corpo, sua intimidade. A começar pelo médico, passando pelo corpo de enfermagem e as demais profissões, todos, de uma maneira ou outra, invadem a privacidade deste usuário. Sua vida, sua família, seu corpo, suas veias.

A doença também é um fator que expõe o indivíduo e, por vezes, mostra o seu lado mais obscuro. A condição de doença pode suscitar a parte mais triste da vida do indivíduo, em que são colocados à mostra sentimentos de raiva, de dor, de lamento,

---

*grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para atendimento mais especializado. Atuam nos níveis secundária e terciária de atenção à saúde.*

necessidade de afeto, e os trabalhadores em saúde são as pessoas que acompanham todo este processo durante a internação hospitalar.

Considerando tais características, o trabalho do Assistente Social no nível secundário de atenção, se diferencia do trabalho do Serviço Social na atenção básica, pelo fato, por exemplo, de que nesta atende a demandas junto às comunidades, mais próximas das condições reais de vida do usuário e busca a resolução de demandas coletivas, através do trabalho comunitário. Ocorre, mais facilmente, a saída deste profissional para fora das Unidades Básicas de Saúde e o contato direto, por meio das equipes de Saúde Comunitária. Mesmo que isto não ocorra, o Serviço Social, neste caso, está incumbido de uma demanda diferenciada da enfrentada no nível de alta complexidade, constituindo-se em um foco distinto, apesar da convergência do público alvo. No nível médio de atenção ocorre a mesma diferenciação da demanda. Intenta-se o trabalho em grupo, com um público específico devido ao atendimento ambulatorial, onde também pode ocorrer um trabalho educativo, com demandas coletivas, também com um grau de mobilização.

Portanto, o trabalho do Serviço Social no nível terciário, defronta-se com demandas muito singulares. No entanto é necessário estar atento ao fato de que embora estas sejam singulares, e muitas vezes as ações profissionais são marcadas por esta singularidade, não significa que não possam ser analisadas sob o prisma das condições de vida e de saúde da população e transformadas em demandas coletivas. A intervenção está imbuída de um trabalho educativo, reflexivo como também de demandas que por uma razão ou outra, não conseguiram resolução em outro espaço institucional. O espaço sócio ocupacional contribui para este fato, assim como a possibilidade de intervenção.

Para Vasconcelos (2002, p. 485),

A quantidade de pacientes e a sua rotatividade nos hospitais dificultam a atenção ao usuário, o que se complica ainda mais pela prioridade dada ao atendimento individualizado pelos assistentes sociais. Se ao paciente internado a atenção individual, por vezes, é necessária, quando não prioritária, aos familiares o atendimento coletivo torna-se essencial, não só em termos da democratização das informações imprescindíveis sobre os direitos na atenção prestada, mas, principalmente, no seu fortalecimento para enfrentar as relações de poder e a burocracia institucional.

A citada dificuldade de atendimento aos usuários no nível terciário, em que se verifica a hospitalização, pode ser observada dependendo da metodologia utilizada para a abordagem junto ao paciente. Evidentemente que o objetivo do presente trabalho não está em

modificar as concepções de processos de trabalho adotados pelos profissionais, mas assinalar algumas considerações. Nesse sentido, aponta-se que o trabalho em hospitais, dada a situação de vulnerabilidade de seus usuários, deveria contemplar a busca ativa das demandas/necessidades.

Mais uma vez, o atendimento individualizado torna-se importante, pela metodologia adotada devido às condições nas quais o usuário encontra-se momentaneamente e a necessidade de se apreender a singularidade do sujeito e de sua situação de vida é essencial para uma intervenção eficaz.

### **3.4 A experiência profissional no HU: a ênfase na categoria acolhimento**

O trabalho dos Assistentes Sociais nos hospitais, ou seja, junto ao nível de alta complexidade, data do início da profissão já que a origem do Serviço Social está ligada, também, às bases da igreja católica, com trabalhos desenvolvidos nas Santas Casas, local historicamente ocupado por religiosas e, em 1964, no Hospital das Clínicas. Este trabalho tornou-se laico, recebendo influência de correntes teóricas como a européia e a americana e culmina nas propostas da Reforma Sanitária.

Quanto a estas ações uma primeira questão importante é considerar a sua conexão com o compromisso da profissão com o projeto ético-político profissional.

Quanto a isto Vasconcelos (2002, p. 479-480) afirma que

Diante das características do atendimento hospitalar - tanto hospitais especializados de emergência quanto maternidades -, a questão central para os assistentes sociais, objetivando superar o apoio e o alívio de tensão necessários também nestas circunstanciais, é priorizar a defesa e realização dos direitos a uma atenção à saúde de qualidade, com referenciamento para as unidades de atenção básica tendo em vista a continuidade das ações iniciadas e/ou realizadas. Não uma simples “defesa da pessoa”, mas uma defesa dos direitos, que ao mesmo tempo fortaleça doente e familiares, para que, de posse de informações, possam reivindicar, negar, exigir, questionar e fazer escolhas, a partir dos seus interesses e necessidades, contribuindo para uma atenção de qualidade, uma atenção que requer democratização de informações e orientações indispensáveis e seguras a respeito da necessidade de continuidade dos procedimentos iniciados, se possível, a partir de referenciamento - realizado em conjunto com o médico - para a unidade de saúde mais próxima da residência, a partir da informação da existência do serviço solicitado. Este processo exige o conhecimento do perfil dos usuários dos hospitais, sejam eles dos serviços de emergência, sejam os usuários das

enfermarias, os usuários dos ambulatorios, nas suas diferenças e semelhanças, para que possa haver uma articulação da atenção nestas três modalidades.

Isso confirma a existência da integração entre os três níveis de atenção e um conhecimento dos usuários e dos serviços de afirmar o compromisso com a qualidade dos serviços, sua continuidade e a busca pelo atendimento integral.

Mioto (2003, *apud* LIMA, 2003) ao analisar as ações profissionais dos Assistentes Sociais vem apontar para três eixos articuladores das ações interventivas distribuídas em diferentes espaços sócio-ocupacionais, com uma nova contribuição junto ao Serviço Social, quais sejam: Processos político-organizativos<sup>19</sup>; Processos de planejamento e gestão<sup>20</sup>; Processos sócio-assistenciais, que estão dialeticamente articulados.

Dentro do nível de alta complexidade, são realizadas ações, primordialmente, de natureza sócio-assistencial, uma vez que os processos políticos organizativos são realizados, em especial, dentro do nível primário de atenção, já que preconiza a mobilização popular, como ação privilegiada.

Sobre os Processos Sócio-Assistenciais Mioto (2003, *apud* LIMA 2004, p. 32) diz:

A intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com as famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este processo quatro categorias de ações: periciais; sócio-emergenciais; sócio-terapêuticas; sócio-educativas.

Isto significa que os processos sócio-assistenciais facilitam o desenvolvimento da ação profissional junto dos usuários com uma relação mais próxima, diretamente com os usuários, possibilitando focar também a sua família, ocorrendo dentro de instituições, neste caso as instituições de saúde, buscando responder a demandas, que podem ser consideradas

---

<sup>19</sup> Nos processos político-organizativos o foco de intervenção é a participação social, desenvolvendo ações de assessoria e mobilização, em movimentos sociais, por exemplo, com diferentes abordagens (individual ou grupal), e instrumentos técnico-operativos.

<sup>20</sup> Já nos processos de planejamento e gestão a intervenção consistiria no desenvolvimento de consultoria e assessoria em instituições públicas ou privadas para a avaliação das políticas sociais e ações voltadas para diferentes tipos de gestões.



singulares, uma vez que o usuário a expressa num momento de uma abordagem que preconiza sua individualidade, sua necessidade ou seu sofrimento.

As ações realizadas no bojo dos processos sócio-assistenciais, no tocante à ações desenvolvidas no âmbito do nível terciário de atenção, podem constituir-se em:

- **Ação sócio-educativa:** Possibilita a informação sobre o acesso ou a garantia de direitos, como também o acompanhamento deste acesso. Outra demanda específica refere-se à busca pelas alternativas para a efetivação dos direitos e da garantia a referência e contra-referência do usuário à Unidade de Saúde na área que o compete para a continuidade de seu tratamento bem como para inseri-lo no sistema de saúde e garantir a integralidade das ações. Desenvolvidas, também, no momento do acolhimento do usuário ao sistema de saúde, tendo um caráter informativo. Comum, especialmente, para informações quanto aos direitos previdenciários, como para a entrada em auxílio-doença e aposentadoria, aquisição de medicamentos e outros materiais necessários fornecidos pelo SUS. Favorece a orientação sobre os direitos trabalhistas e para a aquisição de documentos civis quando da falta de carteira de identidade, Cadastro de Pessoa Física. Também sobre os mecanismos de proteção aos quais pode-se acionar a fim da garantia do acesso aos serviços de saúde e de quaisquer outras naturezas que façam parte do conjunto de Políticas Públicas oferecidas pelo Estado. O fato de acompanhar o andamento dos procedimentos e processos também constituem-se em ações sócio-educativas já que há implícitos um conteúdo de reflexão e orientação.

Esta tipologia de ação, coincide com a proposta por Vasconcelos (2002, p. 192), mas que toma um sentido diferenciado daquela proposta acima, em que se verifica que,

Nessa rotina, a prioridade não é a saúde e as chances de se resgatar, no paciente, as condições de lidar com seu quadro clínico, de educação em saúde, de prevenção de agravos e/ou da promoção da saúde, a partir do quadro que o usuário apresenta, mas os encaminhamentos burocráticos que respondem às demandas da instituição por leitos vagos e maior faturamento. Mesmo assim, o discurso é de preocupação com as demandas dos usuários.

Cabe salientar, porém, que encontra não encaminhamentos burocráticos, respondendo a requisições da instituição, mas o compromisso com o direito à informações, a conscientização dos direitos civis, políticos, ou de quaisquer outras naturezas. Em especial àqueles que mais comprometem sua situação de saúde, como os trabalhistas, previdenciários,

habitacionais, que comumente são violados justamente pela falta de esclarecimento e educação que está submetida uma parcela considerável da população.

- **Ação sócio-emergencial:** Desenvolvidas em situações pontuais e emergenciais, que merecem atenção e resolutividade imediatas (MIOTO, 2003 *apud* LIMA, 2003). Ocorre quando o usuário necessita de cestas básicas, passes de ônibus (transporte), ou roupas, como também em situações de óbito, quando o paciente não disponibiliza de recursos para arcar com as despesas, realiza-se orientação sobre os trâmites para auxílio funeral da Prefeitura de origem e encaminhamento, e a orientação sobre os direitos de sucessão dos filhos<sup>21</sup>. Dentro dessas ações, utilizam-se de instrumentos como o encaminhamento para Prefeituras Municipais, Organizações Não Governamentais, para os Serviços de Saúde, Secretarias de Saúde, dentre outros. Também encaminhamentos realizados para os próprios serviços oferecidos pela instituição.

- **Ação sócio-terapêutica:** Mito (2003, *apud* LIMA, 2003) considera que esta tipologia de ação profissional pode ser desenvolvida, principalmente em situações de sofrimento das famílias no caso de óbito. A partir desta confirmação trabalha-se com a família questões como: avisar os outros familiares, verificar a situação emocional do familiar, apoio emocional, etc. Porém, a ação sócio-terapêutica também pode ser realizada com o paciente em seu leito a cada vez que o mesmo verbalize a necessidade dessa intervenção. Evidenciadas quando da exposição de conflitos familiares, dependência química, asilamento, dentre outras. Necessita estar em consonância com o trabalho realizado com a Psicologia, sem que a demanda seja a mesma, para que se evitem transtornos ao paciente. Os casos mais graves, devem ser imediatamente encaminhados para o serviço de Psicologia para a efetiva resolução.

- **Ação pericial:** Voltada para a emissão de parecer social a fim de subsidiar uma decisão de outrem (MIOTO, 2003, *apud* LIMA, 2003). Destinam-se, em especial, para o parecer social favorável a situações de necessidade do uso de oxigênio domiciliar, da confirmação da necessidade de disponibilização de medicamentos especiais devido a condição sócio econômica, de encaminhamentos para o Benefício de Prestação Continuada - BPC e

---

<sup>21</sup> Quanto à essa ação, cabe ressaltar que ela pode também ser considerada uma ação sócio educativa, pelo caráter informativo que contém, além de estar sendo realizada num momento em que há o desenvolvimento de uma ação sócio-terapêutica. Entretanto, pode ser considerada sócio-emergencial pelo momento em que ocorre e porque a situação determina uma ação de emergência, devendo ser atendida imediatamente após o falecimento de um paciente. Isso evidencia que as quatro ações desenvolvidas dentro dos processos sócio-assistenciais podem ser realizadas concomitantemente e de maneira que seus conteúdos se interpenetrem.

outras situações que necessitem de laudos periciais, estudos sociais e outros detalhamentos sociais, cuja competência é do Serviço Social.

Portanto, verifica-se que a inserção do Serviço Social no nível de atenção terciário revela-se importante na medida em que são possíveis o desenvolvimento de variadas ações que vão de encontro aos interesses dos usuários para o resgate e afirmação da cidadania, mesmo que atrelada a forças institucionais e uma abordagem introspectiva, mas com o foco nas necessidades de saúde dos usuários e de sua família.

A definição e a realização das ações profissionais implicam sempre no conhecimento da situação e das condições particulares de vulnerabilidade e sofrimento do usuário, no âmbito do atendimento de alta complexidade de todo processo de intervenção se inicia pelo acolhimento (MIOTO, 2006)<sup>22</sup>.

O estágio foi desenvolvido no Hospital Universitário (HU/UFSC), mais especificamente, dentro da Clínica de Internação Médica II, que atende usuários de ambos os sexos, com idade superior a 15 anos. O período do Estágio foi de março à julho de 2005.

Para o desenvolvimento do referido, foi proposto um Plano de Estágio, no qual apresentava-se o Programa Sócio-Assistencial e dentro dele, o Projeto de Acolhimento. Por meio deste projeto é que as experiências ocorreram.

Como metodologia deste Projeto foi utilizado o instrumento profissional chamado entrevista, caracteristicamente inicial, para colher os primeiros dados referentes ao paciente. A identificação de um novo paciente ocorria na verificação do censo diário extraído do sistema da administração hospitalar e pela leitura do Livro de Ocorrências da Enfermagem. A coleta das informações ocorria através do prontuário e, após a consulta aos documentos era realizada a entrevista de caráter informativo, pela entrega de um folder informativo<sup>23</sup>. Durante a entrevista, os pacientes eram orientados quanto a rotina de atendimento do Hospital Universitário, bem como do atendimento do Serviço Social e sobre dúvidas, em especial as de primeira internação, previdenciárias, dentre outras que faziam parte das competências do Serviço Social. Quando da detecção de possíveis vulnerabilidades sociais tomavam-se providências para o posterior processo de acompanhamento. Após, havia o registro na ficha de

---

<sup>22</sup> Reflexão realizada durante orientações pedagógicas com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamasso Mioto, no período letivo de 2005.2.

<sup>23</sup> O caráter informativo se expressa pela distribuição do folder: “*O que você precisa saber sobre sua internação no HU*”. Nele estão contidas informações sobre o HU, benefícios previdenciários, horários de visitas, doação de sangue, dentre outras.

evolução do paciente e em relatórios posteriormente anexados aos prontuários. Essa modalidade de abordagem, com uma entrevista aberta, já previa a criação de um vínculo de confiança, e a entrevista transcorria conforme as necessidades que o usuário expressava. Este nos colocava seus sentimentos, idéias, opiniões, etc. com maior liberdade, o que não seria possível em uma entrevista fechada ou com a utilização de formulários.

O fato de acolher todos os pacientes recém internados, possibilitou conhecê-los, indo aos seus quartos e realizando uma entrevista. A aproximação foi de ambas as partes. O conhecimento do profissional (estagiária) com o paciente e do paciente com o profissional (estagiária). Apesar de terem o conhecimento de se que tratava de uma aluna em período de aprendizagem, as situações de dúvida e necessidades de orientações eram levantadas para que se buscasse uma alternativa, até mesmo conjunta.

O acolhimento implicava, em geral, no estabelecimento da criação de vínculo entre os profissionais e os usuários. Este processo foi percebido mais explicitamente em vários casos onde houve a confiança necessária para expor as situações complexas da vida. Contudo, também foi observada no decorrer de casos menos problemáticos, cotidianos, em que o usuário tinha como referência o profissional (estagiário) e recorria à ele com maior proximidade, alguns já identificando que aquela demanda poderia ser atendida por este profissional .

Um exemplo ilustrativo foi o de uma senhora que depois de internada há alguns dias e, segundo a equipe de enfermagem em relato sem seu prontuário, não se comunicava com ninguém. De posse dessas informações, a assistente social realizou o acolhimento, ainda com certa retração por parte da usuária. Entretanto, durante sua permanência na clínica chegou ao conhecimento do Serviço Social que esta paciente tinha muitos filhos e estes estavam sob os cuidados do marido, que segundo informações, era violento.

Foi realizada uma entrevista na sala do Serviço Social e no decorrer desta intervenção, houve o relato de parte de sua história de vida, sua relação com o marido violento, a situação de seus oito filhos e que a sua “retração” vinha da preocupação em que estava com os filhos menores que ficaram com o marido. Onde estavam, se estavam bem, se alimentando, dormindo, ou se haviam sofrido alguma violação de direitos. Ocorreu, então, o contato com o Conselho Tutelar para a verificação da situação das crianças, além do desenvolvimento de ações sócio-emergenciais.

A partir dessa intervenção a paciente modificou seu comportamento durante a internação, principalmente com a equipe do Serviço Social. Estava construído um vínculo entre o usuário e o profissional.

Este fato converte-se a favor do usuário uma vez que permite a maior aproximação e melhor detecção da situação cotidiana, sócio econômica e fatores que influenciam seu processo de saúde e doença, dentre outros aspectos. Isto corrobora a atenção integral, a busca de alternativas conjuntas e que, por isso, venham a atender a verdadeira demanda expressa pelo usuário.

Outra situação decorre do atendimento a um usuário, ainda muito jovem, afetado de leucemia desde a adolescência, em que na primeira internação, o acolhimento ocorreu apenas com seu familiar, e sua alta foi realizada a pedido, com uma ocorrência de desacato aos trabalhadores que o atendiam. Semanas depois o usuário retorna à clínica com uma recaída devido à interrupção do tratamento. Nesta segunda internação, houve o acolhimento junto ao usuário, com a entrevista inicial.

A ação sócio-educativa foi sendo desenvolvida na medida em que o usuário apresentava parte de sua história de vida, revelando situações complexas, principalmente referente à vida familiar e a dependência química.

Entretanto, a questão principal centrava-se no direito à educação, que estava sendo violado devido ao abandono escolar que o usuário enfrentava. Havia a necessidade de resgatar esse direito para que ele retomasse os estudos, buscando garantir a qualificação e o aperfeiçoamento profissional. Através do desenvolvimento da ação de cunho sócio-educativo, verificou-se que o usuário próprio refletiu sobre este direito, percebeu que a garantia deste tornava-se importante para sua vida profissional e pessoal, bem como que sua cidadania estaria sendo efetivada.

Além do processo desenvolvido ter recebido reconhecimento dos usuários, havia um outro aspecto relevante, reconheciam as ações desenvolvidas, a existência do serviço e do atendimento efetuado. Uma vez havendo o contato com os profissionais, pacientes e profissionais reconheciam o trabalho realizado e verbalizavam a necessidade de atendimento do Assistente Social.

Situações como essas confirmam a necessidade de “novas posturas” profissionais, ou seja, o profissional que deveria estar “aberto ” e dirigir-se até aos usuários verificando suas demandas e necessidades, mostrando-se presente para o atendimento, evidenciando sua preocupação com ele, além da existência do serviço. Especialmente àqueles que estão em

regime de internamento, em um leito. Assim, a questão da rotatividade pode ser diminuída, uma vez que se possibilitaria o conhecimento dos pacientes que estariam no raio de atuação de cada profissional.

### 3.3 O acolhimento em saúde: conceituações e reflexões

A prática do acolhimento faz parte do processo de humanização das relações dos trabalhadores de saúde junto aos usuários do sistema de saúde, preconizando uma forma de relação humanizada e atentando para que esta torne-se constante com os diferentes tipos de usuários que chegam aos serviços de saúde (MERHY, 1997a).

Mas, em que consiste o acolhimento? Muitos autores oriundos do movimento de Reforma Sanitária e defensores de prática integrais revelam conceituações das mais variadas.

Campos (1997, p. 63) diz que *a acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como da sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região*. Portanto, há o entendimento de que diz respeito ao acolhimento dos serviços de saúde aos usuários do sistema de saúde, garantindo acesso em qualquer parte do território nacional.

Nessa direção, encontra-se outra concepção respaldada na idéia de Merhy (1997a) que afirma que: *O tema do Acolhimento apresenta-nos uma outra possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações "receptoras" dos "clientes" de um certo estabelecimento de saúde*. Ainda segundo este autor, o acolhimento pode ser considerado como momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2003), afirmam que o acolhimento é também um processo intercessor, próprio de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde e que ao considerá-lo, especificamente, possibilita “pensar” a micropolítica do processo de trabalho, e as suas conseqüências dentro de um modelo de atenção, local onde circulam o trabalho vivo em ato, em que se evidencia um modo específico de agir em saúde e uma

discussão no âmbito dos trabalhadores, quando pensado numa ótica em que o usuário é o centro da intervenção.

Esta prática pode ser realizada por todos os profissionais que atuam na área da saúde, começando pelo primeiro profissional que o usuário encontra numa unidade de saúde, de qualquer nível de atenção, passando por todas as áreas de atuação. A partir dessa leitura, todos os profissionais são responsáveis pela garantia da recepção e acolhimento de quem acessa o sistema. Cada profissional busca o foco principal de sua intervenção no momento de seu acolhimento. Nos itens subsequentes, haverá a explicitação do papel do Serviço Social. Entretanto, torna-se relevante adiantar esta informação, já que pela prática do acolhimento baseado no princípio da integralidade, todos os profissionais denotam sua intervenção segundo a apreensão de sua formação profissional, com interesses distintos mas focando a necessidade do usuário. Por isso, o trabalho multiprofissional e em rede revela-se, indubitavelmente, necessário para a eficácia do acolhimento e dos encaminhamentos recorrentes.

Teixeira (2003, p.99) discute o acolhimento na perspectiva comunicacional, para ele, o acolhimento,

[...] é visto como uma espécie de mola-mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. [...] uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde. Daí se pode tomar a rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações - lembrando que cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias técnicas de conversa).

Portanto, observa-se que o acolhimento refere-se tanto à recepção do usuário ao sistema de saúde quanto à abertura do sistema para o usuário, envolvendo usuários e trabalhadores, numa relação de humanização dentro de um estabelecimento de saúde, como também pode ser entendido como uma rede de conversações na qual o diálogo é fundamental para sua formação. O aspecto comunicacional é abordado como pressuposto para a existência do acolhimento.

No entanto Merhy (1997a, p. 138) evidencia que as práticas calcadas no modelo biomédico ainda persistem, mesmo que de maneira não intencional, aparecendo como um contraste à utilização de novos modelos tecnoassistenciais. Para que esta postura profissional seja modificada o autor propõe que,

Temos que refletir sobre como tem sido as nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários [...] onde respondemos friamente ao usuário e onde nos posicionamos, normalmente, de forma distante, sem produzir este acolhimento que é direito de todos nós, usuários e cidadãos, e que nos parece fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico, que deve visar a autonomização do usuário.

Verifica-se, então, que o acolhimento surge como a mudança de práticas e de processos de trabalho dos profissionais da saúde, centrando no usuário a sua necessidade de saúde e o foco de sua intervenção. A modificação do foco de intervenção inverte a lógica do sistema anterior, oportunizando a recepção e o acolhimento do usuário, como um sujeito de direitos, imbuído de necessidades e aspirações, facilitando seu acesso e seu fluxo no sistema, criando o vínculo, que se torna necessário para a qualidade da intervenção, entre profissionais e usuários, numa nova dimensão da atenção. O modelo vigente anteriormente era o hospitalocêntrico e medicocêntrico, que centravam a atenção não no usuário, mas na atenção que era desenvolvida dentro de um ambiente hospitalar, de institucionalização do usuário e das suas demandas. Também evidenciava uma centralização do profissional da área da medicina, fazendo deste o profissional central da intervenção realizada com o usuário. Ou seja, o modelo centrado no usuário permite uma transformação da lógica baseada no hospital e em apenas um profissional da saúde na medida em que permite a abertura do espaço de atuação profissional a partir das demandas que o usuário evidencia, com a resolutividade sendo buscada em outros espaços institucionais e com a intervenção de outros profissionais da área da saúde que contemplem outras perspectivas de atuação profissional, tais como a psicológica, a social, a de nutrição, dentre outras áreas.

Sobre a relação que se estabelece entre estes dois atores, Merhy (1997a) ainda afirma que em todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um profissional e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde”.

Além da questão conceitual, os autores têm discutido sobre o momento do acolhimento, que pode ser considerado como uma prática inicial, a partir da entrada deste usuário. Todavia, neste momento apenas não basta. O acolher deveria fazer parte de todos os



momentos em que este usuário permanece no sistema, sendo atendido numa unidade básica, ou numa internação, por exemplo. O fato de apresentar-se num momento inicial não deveria indicar sua prática apenas nessa fase da atenção, já que a relação com o trabalhador de saúde ocorre em vários momentos da assistência que está sendo prestada, não poderia se restringir também, apenas ao espaço e ao momento formal da recepção. Mas proliferar por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, estando onipresente em todos os pontos da rede, já que pode ser entendido como uma tecnologia na organização dos serviços de saúde (FRANCO, BUENO, MERHY, 2003).

O acolhimento pode ser cotidiano, pois no dia-a-dia, ações são desenvolvidas junto ao usuário, seu entendimento como ser humano existe, e o acolhimento, para os seres humanos pode ser sentido em qualquer momento do dia, em qualquer ação que se realize. Teixeira (2003, p. 101-102), ao indagar qual o papel do acolhimento nas redes de conversações que se formam a partir desta prática, afirma que,

[...] Pode-se dizer que tem todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação - designada acolhimento dialogado [...] a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações.

Este fato perpassa pela sensibilização do profissional, pela compreensão de que seu trabalho é realizado a partir e para um outro ser humano, e a finalidade é o bem estar de outro sujeito que necessita de uma atenção visível, cuja base possa estar fincada no princípio da integralidade.

Em suma, o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração. [...] essa integração é mais que a construção de um vínculo/responsabilização (o que também é, sem dúvida, muito valorizado), mas se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. À luz dessa concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial” muitas

vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços [...] (TEIXEIRA, 2003, p. 91).

Trabalhos publicados acerca de experiências de acolhimento sugerem a utilização de espaços delimitados e específicos para o momento do acolhimento. Experiência como as de Campinas, Betim e Porto Alegre, instituem espaços, como salas de acolhimento, onde há um profissional específico para a sua realização, em horários determinados. Porém, em contraste, o acolhimento pode ser realizado a qualquer hora e com qualquer profissional. Neste entendimento, o acolhimento não é apenas um serviço tal qual uma “triagem”, cujo trabalho do profissional é o de encaminhar o usuário para o serviço adequado, mas a qualquer tempo os profissionais devem sentir-se responsabilizados pelo acolhimento daquele que está acessando o sistema, sem necessitar de um local específico para esta prática uma vez que ela pode ocorrer em qualquer lugar da unidade de saúde. Num corredor, num leito hospitalar, numa sala, na porta de entrada. Isto significa que o acolhimento pode fazer parte de qualquer instituição de saúde indiferentemente de como está organizado. Assim, a garantia do acolhimento é realizável. O usuário pode ter essa “necessidade de saúde” satisfeita.

A adoção do Acolhimento, em sua utilização cotidiana dentro dos serviços de saúde e como uma prática dos profissionais da saúde, Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 50-51), apontam para que,

O Acolhimento associa, na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestionários, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade. O resultado esperado, de imediato, é a inversão do modelo tecnoassistencial. Porém, como um processo em construção que se forma ao longo do tempo, outras resultantes podem ser esperadas, de médio prazo, com o acúmulo que se vai formando ao longo do tempo e da experiência acumulada.

Uma proposta formulada por Miotto (2006)<sup>24</sup>, o acolhimento busca atender a múltiplos aspectos referentes ao atendimento prestado aos usuários. O primeiro diz respeito ao atendimento à necessidade de saúde do usuário; o segundo é concernente à garantia do acesso ao sistema de saúde, como um direito, cuja intervenção está voltada diretamente para o

---

<sup>24</sup>Reflexão realizada durante orientações pedagógicas com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamasso Miotto, no período letivo de 2005.2.

usuário, no modelo assistencial usuário-centrada; e terceiro, contempla o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde com o usuário, mas também o vínculo do usuário com o serviço de saúde.

Outro tema importante dentro do debate acerca do Acolhimento, que vem sendo demonstrado em relatos de experiências vivenciadas nas unidades de saúde, destaca a criação de vínculos que ocorre no bojo da relação entre usuário e profissional. Sobre a criação de vínculo é que o próximo item será desenvolvido.

### **3.4 A criação do vínculo e sua importância para o processo de acolhimento**

O atendimento integral destinado, também ao Serviço Social, perpassa a responsabilização com o usuário, o seu acolhimento e o cuidado. A construção de vínculo, que pode ocorrer sem a utilização de práticas integrais, mas que deveria ser condição *sine qua non* do atendimento integral, também é parte integrante de um projeto ético-político por não considerar o usuário como uma pessoa insignificante, ou mais uma que acessa o sistema.

A criação de vínculos torna-se essencial dentro do processo de acolhimento, por mais lento que seja o seu processo, pois possibilitará o estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde, e os usuários e os serviços de saúde.

Para que este acolhimento transforme-se em processo contínuo, no decorrer de toda a permanência do usuário no sistema e, mesmo quando estiver fora dele, e torne-se referência para este usuário, para que tenha a confiança necessária para um possível retorno, é imprescindível a construção de tal vínculo. Portanto, a construção do vínculo,

implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a construção de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (MEHRY, 1997a, p. 138).

Surge então, para Merhy (1997b), a discussão do trabalho vivo, que significa o momento em que o trabalhador de saúde está realizando um trabalho criativo, sem uma

produção anterior do trabalho chamado morto. O acolhimento e a construção do vínculo dizem respeito a um momento em que há um trabalho vivo em ato, a produção e criação de uma ação profissional. Há a autonomização do profissional, que aplica um novo fazer, criativo, sem uma cristalização posterior, num evidente processo de “autogoverno” de seu trabalho, com a utilização de um equipamento tecnológico sofisticado, qual seja, a criatividade e autonomia do fazer em saúde.

É interessante verificar que Freud, sem o denominar deste jeito, está tratando deste universo tecnológico ao falar da importância da transferência e da contra-transferência como substrato deste processo. Baseados nesta mesma abordagem é que tratamos o acolhimento e o vínculo como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, e os consideramos como o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde, se forem (capturados) para criarem aumentos dos graus de autonomia deste no seu modo de caminhar na vida, instituindo suas normas vitais (MERHY, 1997b, p. 107).

Através do vínculo é possível uma relação diferenciada entre o usuário e o trabalhador de saúde que o atende. A partir disso, a intervenção pode ser significativamente melhorada, com maior eficácia e efetividade. Situações mais difíceis são explicitadas, a confiança para as expor existe e o diálogo é mais franco e aberto.

O estabelecimento do vínculo aumenta a possibilidade:

a) do acesso ao sistema de saúde, já que há o serviço se transforma em uma referência para o usuário e a certeza de que o atendimento será realizado com qualidade e segurança, já previamente consciente de quem o atenderá e de como será o atendimento.

Este acesso é facilitado devido ao conhecimento do processo que o usuário deve seguir e do conhecimento do processo que o profissional irá desenvolver, assim, o usuário cria também vínculos com a própria instituição, que possibilita a entrada do usuário em todos os níveis de atenção, já que a referência e contra-referência é favorecida.

b) do retorno do usuário, pois é mais facilmente garantido, a procura ao atendimento ocorre, ações de prevenção têm, no vínculo, a porta de entrada mais privilegiada para sua realização.

c) de maior adesão e eficácia dos tratamentos de alta complexidade com a construção de vínculos, já que o usuário está em constante contato com os profissionais, em um momento de sofrimento pessoal. Por isso, a confiança é necessária. Também, para Teixeira (2003, p. 98) *A substância é a conversa, a forma participa de uma poética, ao mesmo tempo em que é o próprio nível em que se decide o devir o que seria a democracia viva em ato.*

### 3.5 O acolhimento como fator preponderante no desenvolvimento dos processos sócio-assistenciais do Serviço Social

A organização de um serviço pode ser modificada quando a proposta do acolhimento encontra-se presente. A este respeito, Teixeira (2003, p. 109) aponta para o fato de que,

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma **usuário-centrada**, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a **acessibilidade universal**; 2) reorganizar o **processo de trabalho**, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma **equipe multiprofissional** - equipe de acolhimento -, que se encarrega da **escuta do usuário**, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a **relação trabalhador-usuário**, que deve se dar por **parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania**. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um **aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos**, que passaram a atuar na assistência; esse elevado rendimento profissional determinou, por consequência, maior oferta e **aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde**.

O Assistente Social, sendo um profissional da saúde, também participa nas unidades onde há a prática do acolhimento. É um profissional cujos princípios ético-políticos estão em consonância com os levantados por Teixeira (2003), principalmente quanto a defesa da acessibilidade universal, a modificação do processo de trabalho para a garantia da qualidade do serviço, com participação em equipes multiprofissionais, e o reconhecimento do usuário como um cidadão, cujo conteúdo deve estar intrínseco na relação profissional-usuário.

O Assistente Social é um dos profissionais de saúde que ao realizar o acolhimento demonstra ter uma leitura social diferenciada dos demais profissionais. Realiza-a pautada na percepção do indivíduo enquanto cidadão, sujeito de direitos e envolto por uma rede de relações sociais e institucionais e não somente observando os aspectos clínicos ou do processo saúde e doença, mas considerando seus direitos enquanto usuário do Sistema Único de Saúde. Esta pode ser considerada a noção de humanização defendida pelo Serviço Social.

Considera-se que, a partir do acolhimento, são possíveis o desenvolvimento de ações que fazem parte dos “processos sócio-assistenciais”, tornado-se peça-chave para a leitura da demanda/necessidade verbalizada, ou não, pelo usuário. O acolhimento desencadeia a tomada de decisões a respeito das ações que serão desenvolvidas no decorrer da intervenção, já que os processos sócio-assistenciais caracterizam-se pelo contato realizado diretamente com

o usuário, estão incluídas ações que visam o trabalho educativo, terapêutico, de caráter emergencial e pericial, ou seja, na perspectiva da viabilização de direitos sociais e na busca pela efetivação da cidadania, com um conteúdo expressamente reflexivo e de cunho sócio-educativo e terapêutico.

Pode-se considerar, todavia, que uma das principais características e finalidades do processo de acolhimento para o Serviço Social é o de informar, sem deixar de lado outras demandas que pedem resolução imediata. Preconiza-se, portanto, que o acolhimento, além de buscar o bem estar e o atendimento humanizado, torna-se ferramenta essencial do processo sócio-educativo atribuído aos assistentes sociais, que como os outros profissionais da área da saúde, está incumbido de receber este usuário e de assisti-lo, avalizando o princípio da integralidade. Além da informação existem outras características e finalidades do processo de acolhimento que são relevantes, em especial, a criação do vínculo, uma notável finalidade do acolhimento e que o Assistente Social tem uma significativa importância em sua construção e na confiança que se estabelece a partir dela.

Primeiramente, há informações que interessam ao usuário por este estar sendo atendido no sistema de saúde. Então, a informação diz respeito ao próprio sistema de saúde, onde ele se encontra no momento, o que será realizado, como será realizado, seus direitos enquanto paciente, as leis que o protege, e sobre todas as situações que possam influenciar em seu diagnóstico, tratamento, acesso ao sistema no nível de complexidade que se refere, dentre outros.

Como o princípio mesmo da integralidade sugere, o indivíduo deve ser considerado como um todo, submerso em uma rede de relações sociais e institucionais, o Serviço Social possui uma outra tarefa, ainda concernente à informação. O profissional, tem a incumbência de informar ao usuário sobre seus direitos enquanto cidadão, não apenas dentro do SUS, mas como um indivíduo que possui direitos fundamentais, constitucionais, participe de uma sociedade que tem na autonomia um de seus valores, ou seja, de informar sobre os direitos civis, políticos, e de qualquer outra natureza que interfiram no cotidiano do usuário.

A partir do reconhecimento dessas particularidades, cabe ao profissional instrumentalizar o usuário sobre o exercício de sua cidadania, dos direitos que possui enquanto cidadão, bem como a forma de acessá-los. São direitos poucos conhecidos por grande parte da população usuária, independente da classe social a que pertence. Direitos como o garantido ao paciente portador do vírus da Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), que ao receber o diagnóstico pode acessar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e

retirar o dinheiro lá constante. Ou do paciente que possui doença cardíaca e que têm direitos regulamentados por resoluções e portarias do CNS, tais como o direito à medicação continuada disponibilizada gratuitamente pelas Unidades de Saúde, dentre vários outros. Enfim, são inúmeros exemplos de direitos que podem ser acessados a partir da informação fornecida ao usuário, e que o Assistente Social é o profissional responsável em veicular.

A possibilidade de inserção em políticas públicas depende, muitas vezes, da decisão do profissional, em publicizá-las e informar ao usuário de sua possibilidade de acesso. Políticas que dizem respeito a geração de renda; a educação; a proteção da criança e do adolescente; a habitação; a proteção de idosos, portadores de deficiências; da assistência e previdência social que englobam o cotidiano dos usuários e que, por vezes, são violados em seus direitos pelo fato de que não são informados, desconhecem sua existência e não são protegidos por elas.

Por isso, a informação, parte do processo sócio-educativo, como uma rede de conversações e diálogo (TEIXEIRA, 2003), é essencial no cotidiano do Serviço Social e uma matéria prima de seu trabalho. Torna-se um dos diferenciais dentro da equipe de saúde por conter em seu repertório de conhecimento específico a proteção social e as políticas públicas que surgem como uma forma de redistribuição de recursos dentro de um país com significativa desigualdade social. Políticas Sociais que por vezes podem ser consideradas insuficientes e excessivamente seletivas mas que se constituem em uma alternativa para que o cidadão perceba a existência do Estado, numa perspectiva de redistribuição das riquezas produzidas, do reconhecimento de seus direitos e que, de uma forma ou outra, alcança estes cidadãos.

Afinal, a garantia do acesso às políticas públicas, bem como sua formulação e execução, faz parte do projeto ético-político profissional, é matéria histórica da profissão, e sua defesa implica no reconhecimento do usuário enquanto cidadão.

Para Miotto (2006)<sup>25</sup>, o acolhimento para o profissional do Serviço Social, por meio da construção de vínculo, permite subsidiar uma decisão sobre quais ações serão empreendidas a fim de que as necessidades de saúde sejam satisfeitas. Ainda segundo a autora, o Assistente Social realiza o acolhimento na perspectiva do projeto ético-político e da Reforma Sanitária, que representa centralizar a intervenção nas necessidades do usuário, nas necessidades de saúde do usuário, através de uma relação humanizada, mas não uma relação

---

<sup>25</sup>Reflexão realizada durante orientações pedagógicas com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamasso Miotto, no período letivo de 2005.2.

humanizada que aponte para um “tratar bem”, mas na perspectiva de respeitar, de tratar o usuário como um sujeito de direitos, constituindo uma relação simétrica e buscando a integralidade, na garantia do acesso, no direito à inserção numa rede comunicacional.

Ainda para Miotto (2006), os momentos do acolhimento referem-se: ao reconhecimento entre dois sujeitos (profissional e usuário); o reconhecimento da situação do usuário, na perspectiva da totalidade do sujeito indo além do reconhecimento da doença; a garantia da informação referente ao serviço de saúde e aos direitos sociais; a tomada de decisões sobre as ações a serem tomadas, buscando a construção da integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Durante o processo de acolhimento, há a possibilidade da realização do diagnóstico social e do processo de referência e contra-referência decorrente da busca pelo conhecimento dos aspectos vividos pelo usuário anteriores à sua chegada ao serviço. Isso se torna possível à medida que haja o estabelecimento do vínculo, através da escuta que permeia todo esse processo. A escuta qualificada é um fator preponderante para o processo do acolhimento, através dela é que o diagnóstico das situações e a criação de vínculo ocorrem, necessariamente. Contempla-se, assim, um dos sentidos da integralidade, já que o acolhimento transforma-se em uma ação social, resultado da interação entre os atores, no bojo da relação entre demanda e oferta dos serviços de saúde, nos distintos espaços da atenção à saúde em que os aspectos subjetivos e objetivos são considerados.

A construção de vínculo também expressa um dos sentidos da integralidade elencado por Mattos (2001) que propõe que esta seja uma imagem-objeto. Com a construção de vínculo conseqüentemente ocorre uma modificação das práticas adotadas pelos profissionais da saúde, e a imagem-objeto citada pelo autor que se refere, justamente, à uma transformação da realidade, à uma indignação daquilo que existe na atualidade na perspectiva de supera-las e modificá-las, imprimindo uma nova leitura e um novo fazer, na busca incessante da realização de um sonho, de um objetivo que passa a se constituir em realidade.

No decorrer do processo no qual o acolhimento ocorre, é que são compreendidas e explicitadas as demandas oriundas dos usuários. Isto ocorre nos diferentes níveis de atenção, cada qual atentando para o atendimento de demandas e necessidades peculiares correspondentes a cada nível, novamente para a garantia do acesso aos serviços.

Além disso, se o acolhimento busca proporcionar ao usuário sua inserção no sistema de proteção social disponibilizada, possibilita a construção da interdisciplinaridade e da intersetorialidade que concorre para a não fragmentação e não desarticulação do



atendimento. Na medida em que há a realização de um trabalho em conjunto com outros profissionais e a disponibilização de diferentes serviços acionados, instituições não apenas de saúde participam na prestação da assistência, mas também instituições das mais variadas áreas, buscando a articulação da prestação de serviços. Ao analisar as possibilidades de inserção na rede de proteção social, e conseqüente garantia de direitos, há uma leitura da necessidade do usuário que vai além do atendimento restrito à saúde. Isso denota que a integralidade está presente no processo do acolhimento, já que visa o atendimento da garantia do acesso às ações e serviços de saúde, de assistência social, de previdência social e quaisquer outros que ofereçam atendimento de acordo com a necessidade do usuário, entretanto sempre na perspectiva da garantia desse acesso, à abertura dos serviços, à disponibilização dos recursos dos quais o usuário necessita.

Devido a estas particularidades, o Assistente Social, como um profissional da saúde, pode ser também o profissional que constrói vínculos com seus usuários, e, por meio disso pode oportunizar a qualificação dos serviços.

Diante dessas considerações é importante levantar dois pontos. O primeiro diz respeito a idéia de que não se está tomando o acolhimento como uma ação aprisionada por uma idéia de “humanização” vinculada ao “tratar bem”, a idéia de uma banalização da relação entre os sujeitos, sem um caráter mais aprofundado na perspectiva do direito, da reflexão do conceito de humanização. Mas apenas uma prática que contemple o usuário com um serviço atencioso de hotelaria, com a idéia de que o usuário é um “coitadinho”. Esse papel, sem esse conteúdo reflexivo, acaba por se tornar legítimo, na medida em que se torna uma postura profissional e quando é assimilado pelo usuário. O Assistente Social necessita estar na contramão desse processo e, por meio das ações sócio-educativas, estar atento para a mudança do paradigma e da noção distorcida de humanização presente nos usuários e nos profissionais, já que é o técnico privilegiado da relação humana, e por estar ciente de algumas mazelas presentes em um processo de aprisionamento, cooptação e capitalização do sujeito por um poder instituído.

Nesse sentido, Yamamoto e Carvalho (1986, p. 117) consideram que uma intervenção pode ser característica do “caráter pessoal” da relação entre os Assistentes Sociais e os usuários, por considera-los sujeitos particulares. Uma vez que para os autores,

Face às relações sociais vigentes, em que as pessoas são tratadas como peças anônimas da engrenagem de produção, a personificação de seu oposto - isto é, do pessoal e do humanitário - é, também capitalizada pelo poder,

assumindo um papel de relativa importância na consolidação de sua legitimidade. [Pois] o Assistente Social [é] um técnico em relações humanas por excelência [...]

O segundo aspecto é o concernente a desqualificação de ações que envolvem o cotidiano das ações profissionais do Assistente Social vinculadas ao acolhimento, como se muitas delas não contivessem aspectos importantes de garantia de direitos aos usuários.

Ao realizar uma crítica a respeito do trabalho dos Assistentes Sociais na saúde mediante pesquisa no município do Rio de Janeiro, Vasconcelos (2002, p. 482) revela que,

Por outro lado, os usuários - familiares e pacientes -, preocupados em sobreviver à falta de condições de atendimento e à falta de qualidade das rotinas, não reivindicam explicitamente o respeito aos seus direitos, os quais, em sua maioria, desconhecem. [Os Assistentes Sociais] Envolvidos pela complexidade e qualidade das rotinas, permanecem mais preocupados com esclarecimentos sobre a documentação; em se comunicar com a família ou a família se comunicar com seu paciente; em esclarecer o quadro clínico do paciente internado; em solicitar acompanhante para fazer as queixas (“o auxiliar não deu banho”, “o médico não passou na hora da visita”, “o paciente caiu do leito”, “o medicamento não foi dado”).

Porém, acredita-se que estas pequenas requisições também incluem a dimensão de direitos, tanto dos usuários quanto de seus familiares, e o Serviço Social deveria estar aberto para estas demandas. E se estas são requisições que estão aquém do esperado, é tarefa do Assistente Social conscientizar o usuário de que existem outras reivindicações e preocupações mais importantes, de âmbito coletivo, que sugerem mudanças efetivas, que devem ser visibilizadas e exigidas.

Nessa direção, em contraponto as análises de Vasconcelos (2002), Franco e Mehry (2003, p. 148), ao analisarem o trabalho desempenhado pelos Assistentes Sociais no Hospital das Clínicas da UNICAMP, no contexto de equipes multiprofissionais, apontam para os seguintes aspectos do processo de trabalho:

O Serviço Social é inserido na organização dos serviços do hospital, subsidiariamente para que o estabelecimento tenha sucesso na sua missão. [...] Há um outro hospital na cabeça dos assistentes sociais, que trabalham com o imaginário da realização da assistência social como ação autônoma, em que seria possível operar a partir da tecnologia própria do Serviço Social e sob parâmetros humanitários e do direito de cidadania. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído ao hospital, vem revelando-se a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e

compromissos estabelecidos revelam o quanto aquele ideário dos trabalhadores da assistência social se encontra fora dos interesses das corporações que comandam o hospital.

A discussão se amplia com a proposição de Iamamoto e Carvalho (1986, p. 80-81) que analisam o caráter “não rotineiro” da intervenção profissional assinalando que uma das características que merece atenção é:

[...] a existência de uma relação singular no contato direto com os usuários - os “clientes” - o que reforça um certo espaço para a atuação técnica, abrindo a possibilidade de se reorientar a forma de intervenção, conforme a maneira de se interpretar o papel profissional. A isso acresce outro traço peculiar ao Serviço Social: a indefinição ou fuidéz do “que é” ou do “que faz” o Serviço Social, abrindo ao Assistente Social a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem meramente a demanda institucional. Tal característica, apreendida às vezes como um estigma profissional, pode ser reorientada no sentido de uma ampliação de seu campo de autonomia, de acordo com a concepção social do agente sobre a prática.

Essa observação fornece visibilidade a impregnações do projeto ético político do Assistente Social, contrapondo às expectativas institucionais. Assim, apesar das expectativas colocadas nos trabalhos dos Assistentes Sociais, percebe-se que a profissão mantém um discurso completamente inverso, de cidadania e de práticas humanitárias, e, ao encontrar ínfimas brechas coloca-as em prática. Dessa forma conseguem, mesmo que num pequeno universo, modificar práticas nas relações com seus usuários. Sobre isso, Franco e Merhy (2003, p. 157-158) afirmam que,

A esta missão imposta ao Serviço Social pelo corpo hegemônico do hospital [garantia de que o usuário continue realimentando o sistema de produção de conhecimento por meio dos serviços hospitalares], conflita com uma outra idéia de missão, que frequenta o imaginário dos profissionais de assistência. A missão, por eles imaginada, está ligada à garantia dos direitos do usuário e humanização da assistência. Esta idéia de missão é trabalhada pelos profissionais em microações instituintes, a partir do seu próprio processo de trabalho, o que os faz entrar em conflito e tensionar a relação com o que está instituído, ou seja, as normas do hospital que impõe uma organização do serviço e do trabalho relacionada aos interesses hegemônicos. Essa tensão está presente no cotidiano do trabalho no Serviço Social. Verificam-se movimentos instituintes de os trabalhadores da assistência social produzirem pequenas mudanças na relação dos serviços com os usuários, porém, sem a potência suficiente para mudar o que está instituído. Convivem assim, em relação conflituosa e tensa, de um lado o processo de trabalho do serviço

social, enquadrado pela rígida e burocrática organização do trabalho na área de ambulatórios, que lhe impõe uma missão restrita, e, por outro lado, o ideal de missão do Serviço Social que os trabalhadores da assistência tentam operacionalizar a partir deste ideário.

Ao considerar seus valores éticos, o tensionamento entre os profissionais e a instituição é constante, normas são impostas sem que os profissionais concordem com sua aplicação. Isso denota que o Serviço Social possui uma baixa governabilidade sobre o processo de produção da assistência, do qual ele é protagonista (FRANCO E MERHY, 2003). A baixa governabilidade dificulta o desenvolvimento de ações que visam a garantia dos direitos dos usuários e o profissional se percebe aprisionado pelas normativas e poucos recursos disponibilizados. Se o Serviço Social obtivesse o controle dos recursos, do processo de trabalho, haveria a possibilidade da implementação de seu projeto, através da micro-organização do trabalho, que é fatidicamente, um processo de disputas de decisões, que simboliza um jogo interminável, dado pelo perfil da assistência hospitalar. A autonomia do trabalho desenvolvido junto a unidade de saúde pode ser comprometida, dificultando ainda mais o fazer profissional, enquadrando seriamente os profissionais na expectativa da instituição. Cabe à eles criarem, por meio do trabalho vivo em saúde, novas alternativas de driblar estes obstáculos, mas especialmente, dos usuários para que ocorra a apropriação do seu processo de trabalho, sendo esta uma condição para se tornarem sujeitos do processo vivido (FRANCO E MERHY, 2003).

Estas reflexões vêm afirmar que o espaço ocupacional é um campo de tensionamento, contraditório e conflituoso e que a ação está submetida aos interesses do usuário, e não apenas da instituição e o discurso deveria estar direcionado para este viés. As pressões institucionais podem continuar a existir, em especial devido ao modelo econômico atualmente em vigência, entretanto, os Assistentes Sociais possuem acima destas pressões, um projeto profissional que os direcionam para mudanças das práticas que preconizam uma gestão voltada para resultados e para a lucratividade. Cabe lembrar que este é o projeto de uma categoria, olvidando estes princípios o profissional macula um ideário perseguido há muito, no qual o usuário é quem sofre as conseqüências de seu descaso.

Portanto, há necessidade do desenvolvimento de ações que se utilizem do trabalho vivo para a modificação da situação de trabalho, por meio de ações criativas e inovadoras. Dessa forma, os preceitos do projeto ético-político entram em consonância com o desenvolvimento de ações baseadas no princípio da integralidade, constante na atual Política

Nacional de Saúde, demonstrando comprometimento com seus princípios, sobretudo, com sua população usuária. É uma das ações que podem ser desenvolvidas para contemplar esses princípios constantes tanto na Política de Saúde, quanto no projeto ético-político do Serviço Social, é o acolhimento.

## CONCLUSÃO

Na tentativa, portanto, de analisar o acolhimento em saúde realizado pelos profissionais do Serviço Social, dentro do nível terciário de atenção, segundo a hierarquização do SUS, apontam-se para algumas considerações realizadas no final do processo de análise.

Aponta-se para que o acolhimento, para o Serviço Social, faz parte do processo interventivo caracterizado essencialmente pelo caráter educativo, no âmbito dos “processos sócio-assistenciais” e torna-se relevante na identificação das decisões a serem empreendidas visando o usuário e sua rede de relações sociais e institucionais.

Dessa forma, verifica-se que o acolhimento é o espaço privilegiado para a educação em saúde; na busca pela garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários, seja uma necessidade correspondente à saúde, ou qualquer outra necessidade de natureza distinta. Ocorre por meio de uma escuta qualificada, que busca analisar as demandas explícitas e as não verbalizadas pelos usuários, de competência do Serviço Social, no decorrer de uma entrevista ou contato, utilizando-se, portanto, de variados instrumentos técnico-operativos do Serviço Social .

É uma ação profissional que objetiva, sobretudo a garantia dos direitos sociais, civis e políticos. Corrobora para a garantia do acesso às Políticas Públicas, que conformam a rede de proteção social disponibilizada pelo Estado, colaborando, dessa forma, para a afirmação da cidadania, da equidade e da universalidade.

Observa-se que se constitui num importante elemento na construção de vínculos entre profissional e usuário, o que possibilita, mais realisticamente, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção e implica na democratização dos espaços públicos relativos, especialmente, à saúde.

Como nos recorda Iamamoto (2004, p. 24):

É o conhecimento criterioso dos processos sociais e sua vivência pelos indivíduos sociais que poderá alimentar ações inovadoras capazes de propiciar o reconhecimento e atendimentos às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvo das ações institucionais.

Portanto, uma prática baseada no princípio da integralidade, tendo o acolhimento como uma ação relevante para a afirmação dessa prática, possibilita uma convergência de princípios, em que se mesclam ideários oriundos da Reforma Sanitária, iniciada nos anos de 1970, até a consolidação do SUS. Portanto, princípios que compõe a atual Política Nacional de

Saúde, que apesar de tentativas de distorções por parte de um projeto de cunho neoliberal, ainda realiza proposições a favor de uma política universal, equânime e igualitária.

As proposições referentes à Política de Saúde e seus princípios, em especial no que concerne à integralidade, estão sendo assimilada por uma parcela dos profissionais do Serviço Social. A integralidade, uma das categorias principais aqui levantadas, também vem recebendo destaque na prática profissional do Serviço Social.

Entretanto, considera-se importante assinalar que é necessário colocar mais em prática os discursos realizados teoricamente. A concretização de princípios e dos direitos é necessária para que a efetiva garantia ocorra. Mais do que nunca, é necessário que a concepção de saúde enunciada e defendida na atualidade, servindo como bandeira de luta para a elaboração de políticas que contenham os princípios constitutivos da Política de Saúde e do SUS, sejam efetivamente concretizados e não apenas um ideário a ser perseguido incansavelmente por todos que a defendem. Portanto, este é o momento de coloca-las em prática, faze-las parte do cotidiano e não somente faze-la presente em discursos inflamados e na letra morta da lei.

Apesar de existirem indícios que os profissionais não estejam realizando intervenções pautadas no princípio da integralidade, por vários motivos, passando do desconhecimento à cultura institucional, o Serviço Social necessita estar articulado a esta corrente. Esta possui elementos proeminentes para o desempenho de ações que privilegiem a atenção integral e, por isso, receberiam reconhecimento na área da saúde como defensores da integralidade. O Serviço Social necessita fazer parte dessa discussão por estar habilitado para tal, por estar em constante contato com os usuários e possuir um projeto ético-político que defenda os princípios que o regem, historicamente. Cidadania, democracia, justiça social, igualdade, necessidades sociais, são palavras à muito presentes no vocabulário do Serviço Social e constituem-se em instrumentos técnico-operativos, teórico-metodológicos e, sobretudo, ético-políticos que baliza a intervenção profissional.

Entretanto, cabe reafirmar a importância que o conceito de humanização tomado pelos Assistentes Sociais seja diferente daquele presente em alguns profissionais da saúde e internalizados pelos usuários. Daquele conceito de humanização distorcido, que se refere a idéia do “coitadinho”, do “pacientezinho”, do “hotelzinho”, de banalização da relação entre os sujeitos, sem um aprofundamento na perspectiva do direito, da reflexão do conceito de humanização. O Assistente Social necessita estar na contra-mão desse processo a partir do desenvolvimento das ações sócio-educativas, atentar para a mudança do paradigma e da noção

distorcida de humanização. Para o Assistente Social a humanização possui um outro significado, que o usuário está sendo atendido não porque merece, mas porque um sujeito de direitos, que está sendo atendido por uma Política Social disponibilizada pelo Estado, de caráter universal e igualitária.

Outro aspecto a se considerar é a falta de estudos teóricos que abordam o tema do acolhimento em saúde para a profissão, apesar do acolhimento já fazer parte do cotidiano profissional, mas escamoteada por outras denominações e sem a percepção de tudo aquilo que ele abrange. Considera-se importante, pensar a ação cotidiana e não deixa-la apenas no fazer, mas imprimir um conteúdo reflexivo para, valoriza-la e também fazê-la real, registrada, corroborando para a afirmação da profissão e para a diferenciação de uma ação naturalizada ou realizada por outrem, o qual não possui o mesmo olhar, que é privilegiado da profissão.

Essa reflexão teórica possibilita a visibilização da profissão e seu reconhecimento dentro dos espaços sócio-ocupacionais, historicamente ocupados por Assistentes Sociais, mas também sua afirmação enquanto tal frente a uma equipe multiprofissional, onde se agregam diferentes visões, diferentes apreensões da realidade e diferentes ações profissionais. Porém onde há um trabalho conjunto de compartilhamento de informações e saberes. Ora, se não há uma prática refletida teoricamente e registrada como tal, não há uma ação concreta que possa ser trocada, discutida ou, até mesmo, aperfeiçoada.

Destaca-se e sugere-se, a necessidade de que novos estudos venham a aperfeiçoar esta pequena contribuição, para que o conhecimento acerca do tema constitua-se em um universo mais amplo e rico. Novos conhecimentos, com argumentações consistentes, são sempre bem vindos para o aprofundamento teórico e para a ampliação do arcabouço teórico sobre as ações profissionais do Serviço Social.

Destarte, torna-se importante a participação do Assistente Social na saúde, já que é o profissional habilitado para discutir veementemente os princípios fundamentais, adequado para trabalhá-los na prática diária junto aos usuários, na busca pela qualidade dos serviços, garantia de acesso, democratização dos serviços, dentre outras habilidades profissionais.

A participação é essencial não apenas na linha de ponta quando do atendimento, mas junto as formulações das políticas sociais, no planejamento das ações de saúde e no debate teórico acerca das questões que diariamente aparecem na sociedade, e em especial, na saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. *In:* WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão de serviços de saúde descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995 (p. 1-31).
- BARROCO, M. L.. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2º Edição. São Paulo: Cortez, 2001.
- BRAVO, M, I, S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRAVO, M. I.; MATOS, M. C.. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, M. I. (et. al) (org). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 25-47.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 218, 1997.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde 1996.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. São Paulo, 2004.
- BEREZOVSKI, Mina. **Serviço Social médico na administração hospitalar**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
- CAMARGO Jr, K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 157-170.
- CAMPOS, G.W. Subjetividade e administração de pessoal. *In:* In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CASTEL, R.; WANDERLEY, L.; WANDERLEY, M. B. **Desigualdade e questão social**. São Paulo: Educ, 1997.

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CECÍLIO L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 197-210.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 273/93, de 13 de março de 1993, dispõe do Código de Ética do Assistente Social. Brasília, 1993.

COSTA, M. R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

DAL PRÁ, K.C. **As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde**. Florianópolis, 2003. 95f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina.

DOCUMENTO DE ARAXÁ. 1º Seminário de Teorização do Serviço Social. Rio de Janeiro, CBCISS, 1967.

FERLA A.; FAGUNDES, S. M. S. **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa/Escola de Saúde Pública, 2002.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 61-88.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. *In*: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 135-160.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *In*: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37-54.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis.** S/C: ABEPSS, 2ª ed. p. 9-30. Ano II. V. nº 3, 2004.

\_\_\_\_\_; CARVALHO. R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas.** Florianópolis, 2003. nº f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina

MATOS, M. C. de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, p. 85-117. v. 24 n. 74 (jul 2003).

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In:* PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 45-60.

MATTOS, R. A.. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MENDES, E. V. As políticas públicas de saúde no Brasil dos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In:* MENDES, E. V. (org) **Distrito Sanitário: o processo de mudanças das práticas sanitárias do SUS.** São Paulo: Hucitec - ABRASCO, 1995. p. 19-91.

MERHY, E. E.. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In:* CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1997a

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In:* **Práxis em salud um desafio para lo publico.** São Paulo: HUCITEC e Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b, pp. 71-112.

NOGUEIRA, V. M. R. O Serviço Social na área da saúde. *In:* CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Desigualdade se combate com direitos.** Coletânea de textos. Florianópolis, 2005.

NICOLETTI, Lenita. **Planificação em saúde e participação comunitária**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano I, nº 1, set. 1979.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Alma Ata, URSS: OPS, 1978.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epistemologia e Saúde**. 5ª edição. São Paulo: MEDSI, 1999.

PAIVA, B. A.; SALES, M. A. A nova ética profissional: práxis e princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SANTA CATARINA. **10 anos do Código de Ética e da Lei de Regulamentação da Profissão - Lei nº 8662/93 de 07/06/1993**. Coletânea de textos. Florianópolis, 2003.

PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 65-112.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

RIVERO, D. A. T. de. Alma Ata: 25 anos depois. **Revista Perspectivas de Saúde**. Vol. 8, nº 1, 2003. Disponível em [www.eerp.usp.br/panmcc/bra/HEALTH.HTM](http://www.eerp.usp.br/panmcc/bra/HEALTH.HTM). Acesso em: 19 mar 2006.

SHEMES, P. F. **A integralidade como princípio doutrinário do SUS**: retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional. Florianópolis, 2004, 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

WESTPHAL, M.; ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão dos Serviços de Saúde - Descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUPS, 2001.

[www.datasus.gov.br/conselho/resol97](http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97) Acesso em: 19 mar 2006.

[http://www.isc.ufba.br/isc\\_saude.asp](http://www.isc.ufba.br/isc_saude.asp) Acesso em: 18 mar 2006.