

ANA PAULA DOS SANTOS

**A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL PARA AS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS DE ALTA COMPLEXIDADE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Florianópolis
2018

ANA PAULA DOS SANTOS

**A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL PARA AS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS DE ALTA COMPLEXIDADE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de bacharel em Serviço Social pela
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Profa. Dra. Mariana Pfeifer

Florianópolis
2018

ANA PAULA DOS SANTOS

**A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS
DE ALTA COMPLEXIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Monografia aprovada em 30 de Dezembro de 2018

Banca Examinadora



Prof.^a Dra. Mariana Pfeifer
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dra. Marisa Camargo
Examinador
Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social, Dr. Deidvid de Abreu
Examinador
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma
contribuíram para a sua construção e a todos que
desfrutarão do conhecimento advindo dele.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de quatro anos da faculdade pensei e repensei muita coisa, hoje enxergo com mais clareza os meus privilégios. Talvez o mais decisivo para este trabalho seja oportunidade de estudar sem a preocupação da subsistência. Além disso, tive apoio para chegar aqui; o ensino superior nunca foi um sonho distante, sempre algo futuro a ser concretizado. Por isso, primeiro, gostaria de enunciar que sem esses privilégios, talvez, não houvesse Ana Paula, discente de Serviço Social. Não desmereço o meu esforço e nem o mérito de minhas conquistas, aproveitei cada oportunidade que tive, porém, é importante destacar que nesse processo, pude me dedicar a pesquisa, fazer estágio não remunerado. Foi possível, para mim, me dedicar exclusivamente ao conhecimento. Sei que não cheguei até aqui apenas por esforço próprio, sei que não cheguei sozinha e por isso tenho muito a agradecer. Para vocês que terão seus nomes citados nesse breve texto, o meu muito obrigada. Saibam que esse diploma também é um pouquinho de cada um de vocês.

Quero agradecer aos meus pais, por sempre estarem presentes, por colocarem a Letícia e eu em primeiro lugar. Obrigada também por me apoiarem nas minhas decisões e me ouvirem. Saibam que é muito mais fácil passar por turbulências se a gente tem alguém para contar, e eu sei que vocês sempre estarão me esperando de braços abertos, que sempre estarão lá para mim.

A minha irmã Letícia, tenho que agradecer pelas inúmeras conversas engrandecedoras, você é mais nova, mas me ensinou tanto. Você tem muito a explorar do mundo ainda, mas eu sei que você vai brilhar sempre mais, afinal o mundo já se tornou mais brilhante desde que você nasceu. E se vale um conselho: não desista ou desmereça as suas lutas e conquistas, os olhos que veem são raros e os seus com certeza veem.

Aos meus avós sempre terei eterna gratidão, pelo carinho recebido, pela história por vocês vivida e a mim passada, pelos inúmeros cafés e risadas. Enfim, pelo amor de sempre. Também serei sempre grata aos meus tios, por todo ensinamento e puxam de orelha, principalmente, a tia Roberta pelas maravilhosas reflexões, pelas conversas longas sobre o mundo, por me alertar quando as coisas não iam bem. Também agradeço à tia e madrinha Renata, pelo carinho mesmo distante e pelas inúmeras aulas de física, química e matemática; não as usei diretamente no Serviço Social, mas sem elas nem na UFSC tinha entrado né? E ao meu tio Thiago, por sempre ter uma piada pronta, uma forma de descontrair a vida, que traz uma leveza.

Aos meus primos Pedro, Marina, Maria, Giovanna, Isabela, Bernardo e Fernanda, como mais velha, devo agradecer por serem luz no mundo e me motivarem a lutar sempre para que ele seja melhor para vocês crescerem e florescerem.

Ao meu namorado, tenho que agradecer pelas inúmeras vezes que me ouviu falar de legislação do SUS, de HU, de Serviço Social, de imagem profissional e não entendeu nada, mas me deixou falar mesmo assim porque sabia que, de certa forma, eu precisava falar, entendeu que eu aprendia com aquilo. Você chegou na parte mais conturbada da faculdade, fase de estágio, depois, o TCC. Talvez, você deva achar esse agradecimento prematuro, mas pode apostar que você merece cada um dos 540 caracteres desse parágrafo: você aguentou a parte mais pesada.

Quero agradecer também a todo professor que cruzou meu caminho, que passou e deixou seus ensinamentos, suas reflexões. Mas, o meu muito obrigada especial vai para a professora Dra. Mariana Pfeifer, por ter dividido comigo a tarefa do TCC, sendo a minha orientadora, mas também por ter me dado a oportunidade de ser bolsista PIBIC. Professora, saiba que essa experiência me ensinou muito e me abriu portas para conhecer espaços da universidade que nem imaginava. Esse agradecimento se estende também a todos colegas de grupo e pesquisa que de certa forma estiveram comigo nesse período e me ensinaram muito no espaço do GEPSS.

Quando o assunto é aprendizado eu não poderia deixar de falar do HU/UFSC, aprendi muito com as equipes em geral, mas principalmente com aquela que tem uma salinha na entrada do Ambulatório. Talvez não seja possível mensurar o quanto fui feliz nesse estágio, mesmo nos momentos mais difíceis, vocês foram acolhedores. À equipe de Serviço Social do HU, residentes, estagiárias, bolsistas, profissionais concursados e, principalmente, ao meu supervisor de estágio, Deivid de Abreu, deixo o meu mais profundo agradecimento: aprendi muito com vocês, vivi momentos tensos, de rotina pesada, de estresse, mas também dei muitos sorrisos. Espero que este TCC também contribua para a atuação da equipe e retribua, ainda que uma pequena parte, o conhecimento que recebi durante meu período aí.

Por fim gostaria de agradecer a todos os alunos formandos que construíram esta trajetória comigo, que discutiram temas na sala de aula, que me ensinaram tanto através das suas experiências. Acreditem foi mais fácil passar pelos muitos dias desta graduação porque vocês estavam do meu lado. Este agradecimento é em especial as alunas Gabriella Piucco Teles, Lara Adriane Martins, Nayara Tonelli Rocha, Gabriela Carraro e Jaina Goes por em diferentes momentos da faculdade estarem comigo, dividirem dias de nervosismo, tensão e alegria.

*“No combate entre você e o mundo,
prefira o mundo”*
Franz Kafka

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é o resultado de uma pesquisa apresentada, no âmbito do Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo um período de duração de dois semestres (2018.1 e 2018.2), desenvolvida pela discente Ana Paula dos Santos e orientado pela professora Dra. Mariana Pfeifer Machado. A pesquisa tem por objetivo analisar e discutir a imagem atribuída ao profissional de Serviço Social pelas equipes multiprofissionais de alta complexidade em Saúde do HU/UFSC. Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada mediante entrevista com seis profissionais da equipe multiprofissional da alta complexidade do HU/UFSC, buscando identificar e analisar os seguintes aspectos: qual a concepção e a imagem que tem sobre o que é o e o que faz Serviço Social; quais os conhecimentos necessários para a formação de um profissional do Serviço Social; em quais situações chamaria um Assistente Social para atender ou discutir a situação; por quais motivos o Serviço social é uma profissão inserida desde o início do atendimento no HU/UFSC; se o número de assistentes sociais no HU/UFSC é suficiente para a demanda; qual avaliação da atuação do Serviço social no HU/UFSC. A análise dos dados ocorreu a partir da transcrição das entrevistas e reflexão sobre os aspectos citados acima sob a ótica do conceito de significado social da profissão, atribuições e competências profissionais. Obtendo como resultados que a concepção de imagem profissional existente no HU/UFSC é dúbia, alguns profissionais da equipe multiprofissional compreendem o assistente social como aquele profissional que ajuda usuários e auxilia outras profissões. No entanto, existem os profissionais que compreendem o Serviço Social como aquele que garante direitos. Foi possível verificar que essas duas compreensões sobre a profissão estão atreladas ao conceito de saúde que cada entrevistado possui, variando a imagem do Serviço Social quando a compreensão do entrevistado sobre o conceito de saúde é ampliado ou exclusivamente relacionado ao biológico.

Palavras-chave: Imagem profissional. Significado social. Serviço social. Equipe multiprofissional em saúde.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AAHU/UFSC – Associação Amigos do Hospital Universitário
ABAS - Associação Brasileira de Assistentes Sociais
ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU/UFSC – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
IFSC – Instituto Federal de Santa Catarina
MEC - Ministério da Educação
PNH – Política Nacional de Humanização
REHUF- Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG - Sistema de Central de Regulação.
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL	14
2.1 A CATEGORIA IMAGEM E O SERVIÇO SOCIAL	14
2.2 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL.....	19
2.3 IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO ATUAL.....	23
3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	28
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	28
3.2 DESAFIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	32
4 O ESTUDO DA IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO HU/UFSC	38
4.1 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	38
4.2 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HU/UFSC.....	42
4.3 METODOLOGIA DA PESQUISA	46
4.4 ANÁLISE DOS DADOS: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema a imagem do Serviço Social nas equipes multiprofissionais nas unidades de alta complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC¹), procurando responder a seguinte questão norteadora: qual a imagem atribuída pelas equipes multiprofissionais de alta complexidade, sendo estas de várias unidades da ênfase no HU/UFSC, ao Serviço Social?

Para responder tal questão, este TCC tem como objetivo geral analisar e discutir a imagem atribuída ao profissional de Serviço Social pelas equipes multiprofissionais de alta complexidade em Saúde do HU/UFSC. Tem, como objetivos específicos, no entanto, analisar como se construiu a imagem do profissional de Serviço Social e o significado social da profissão historicamente, a partir do estudo da literatura especializada. Além disso, também se pretende identificar o processo de mudanças da perspectiva profissional, do tradicional assistencialismo para a vertente de garantia de direitos, com o movimento de reconceituação. Por outro lado, se deseja resgatar de que forma o Assistente Social se inseriu na política de Saúde e coletar dados, afim de analisar aspectos da imagem acerca da imagem atribuída ao Serviço Social pelas equipes multiprofissionais de alta complexidade no HU/UFSC.

A escolha do tema ocorreu a partir da inserção de estágio em Serviço Social em um Hospital de atendimento em alta complexidade. O estágio é uma etapa do processo de graduação em Serviço Social, momento em que o aluno aprende e está mais próximo da prática profissional. Sendo assim, houve, nessa inserção na realidade, a percepção de que não há pelos profissionais da equipe multiprofissional da alta complexidade uma imagem clara do que é, e do que faz o Serviço Social na instituição.

Outro aspecto relevante à escolha da temática foi a pesquisa de iniciação científica (Pibic/CNPq) durante dois anos da graduação. Esse foi um período de inserção na temática da autonomia relativa do Serviço Social, cujos os estudos possibilitaram a visão acerca das diversas concepções do que é ser assistente social. Para a ocasião do estágio, os olhares se voltaram para as instituições de saúde.

A temática escolhida faz parte de uma corrente consolidada no campo do Serviço Social, que é relacionada ao significado social da profissão e da representação social que a sociedade tem de uma determinada profissão. Nesse sentido, o TCC inseriu-se nesse estudo e pretendeu analisar o Serviço Social a partir destes aspectos.

¹ Compreendo que com a gestão EBSEH a nova sigla atribuída a instituição é HU/UFSC-EBSEH, porém sou crítica a este tipo de gestão dos Hospitais Universitários e por esse motivo mantive a sigla utilizada anteriormente a gestão.

A partir desses pressupostos, uma das principais intenções deste trabalho é compreender quais são os motivos para as diversas interpretações do que é o Serviço Social nas intuições de saúde. Outro ponto é entender se a imagem atribuída pelas equipes multiprofissionais sobre o profissional de Serviço Social mudou ao longo da história da profissão, pois assistentes sociais mudaram sua perspectiva profissional, como sabe-se, saiu da vertente assistencialista para a concepção de um profissional que garante direitos, como explicitado por Silva (2011).

Neste sentido, compreendendo o início da profissão no Brasil, vinculado ao assistencialismo, e que essa concepção ainda é fortemente atribuída a profissão, o presente trabalho tem como hipótese que a imagem do Serviço Social vinculada ao assistencialismo, voluntarismo e a ajuda ainda coexiste com a imagem de um profissional que se propõe a trabalhar na perspectiva da garantia de direitos.

Pensando também na relevância acadêmica deste estudo, essa é uma temática que faz parte do estudo da linha de Fundamentos Históricos e Teórico- Metodológicos do Serviço Social. Por isso, a questão da representação social e do significado social perpassam inúmeros saberes e este estudo pode ser relevante para as discussões nestes campos.

Além disso, o Serviço Social do HU/UFSC e de outros espaços, a partir da pesquisa, terá um mapeamento de como historicamente foi modificada as impressões sobre o fazer profissional, abrindo espaços para que a categoria, composta por alunos e profissionais de Serviço Social, bem como instituições representativas, possam, a partir desta pesquisa, pensar novas estratégias para atuação profissional e fortalecimento do Serviço Social nas equipes multiprofissionais.

A escolha pela realização desta pesquisa se justifica pelos aspectos anteriormente levantados. Entretanto, é importante destacar que não foi encontrado no repositório da UFSC trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações que discutem os fundamentos profissionais e as percepções sobre o profissional de Serviço Social e a profissão na política de saúde, voltado para as percepções da equipe multiprofissional. Existe, no entanto, uma pesquisa similar de 2010, porém, nesse caso, o foco é a imagem que usuários tem do Serviço Social do HU/UFSC. Por isso, é perceptível o potencial dessa pesquisa para outras discussões acerca da temática.

Para responder os questionamentos levantados por essa pesquisa foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados como a Scielo, o repositório da UFSC e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), assim como na literatura especializada de fundamentos do Serviço Social. Justamente por

compreender que estas bases reúnem um material diverso, variando entre TCCs, dissertações, teses, livros, artigos, periódicos.

Porém, como a revisão de literatura é um “processo necessário para que se possa avaliar o que já se produziu sobre o assunto em pauta, situando-se, a partir daí a contribuição que a pesquisa projetada pode dar ao conhecimento do objeto a ser pesquisado” (SEVERINO, 2014, p. 80), é importante ressaltar que durante a pesquisa ficou aberta a possibilidade de reflexão e análise de literaturas encontradas fora dessas bases.

Além da revisão de literatura, para coletar os dados em pesquisa, foram realizadas entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional da unidade de saúde, no intuito de compreender qual a imagem do Serviço Social que estes profissionais possuem. Nesse processo, realizou-se entrevistas com profissionais da Fonoaudiologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia que atuam em diversas unidades do atendimento em alta complexidade do HU/UFSC.

Para a realização das entrevistas a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e aprovada pelo parecer número 2.903.290, de 19 de Setembro de 2018. As entrevistas foram realizadas entre 26 de Setembro e 3 de Outubro do presente ano, no HU/UFSC. No local de imersão dos entrevistados, as entrevistas tiveram, em média, 15 minutos de duração e foram gravadas. Posteriormente, foram realizadas as transcrições para a construção da análise, a qual se encontra no quarto capítulo deste trabalho.

Para demonstrar os resultados obtidos por esta pesquisa, foram organizados, no TCC, os seguintes capítulos: o capítulo A Imagem do Serviço Social, que busca caracterizar a representação social a partir da bibliografia e faz uma recapitulação histórica da imagem da profissão. Por sua vez, o capítulo intitulado O Serviço Social na Saúde discute a inserção do assistente social na política de saúde, mostrando como se deu o processo de inserção e atuação na política de saúde. Por fim, o capítulo O estudo da Imagem do Serviço Social no HU/UFSC vai abordar a imagem atribuída pelas equipes multiprofissionais, propondo-se a desvendar os aspectos encontrados na pesquisa de campo, bem como caracterizar a instituição HU/UFSC e como se deu a inserção do Serviço Social nesta instituição.

Ao fim do trabalho buscar-se-á ter atendido os objetivos mencionados anteriormente e construir um trabalho de relevância para as instituições envolvidas, HU/UFSC e UFSC, bem como para a categoria profissional, visando a construção e socialização do conhecimento construído e reflexões acerca da temática as quais fomentem futuramente outras pesquisas.

2 A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL

Neste primeiro capítulo, serão abordadas questões acerca da imagem profissional do Serviço Social, bem como seu significado social. Para tal discussão, primeiramente será apresentado o conceito de imagem, o qual será utilizado ao longo do trabalho. Além disso, será abordado os demais aspectos que levam à construção de uma imagem profissional. Na segunda parte deste capítulo, se inicia a caracterização da imagem do Serviço Social ao longo da História da profissão, ressaltando seu reflexo no contexto atual. Por sua vez, a terceira seção tem como prioridade discutir a imagem atual da profissão, em outras palavras, como o Serviço Social é representado e se insere nas instituições. Portanto, as três seções do capítulo se propõem a discutir o que é a imagem do Serviço Social, como ela se construiu historicamente e como ela está no contexto atual.

2.1 A CATEGORIA IMAGEM E O SERVIÇO SOCIAL

O conceito de imagem, a partir do minidicionário Aurélio (FERREIRA, 2005), está relacionado a representação, reprodução ou imitação da forma de uma pessoa ou de um objeto. Na construção deste trabalho, será utilizado o conceito relacionado a representação, o que representa o Serviço Social, qual seu significado social. Para isso, é importante ressaltar que a imagem desse profissional e sua representação, pode estar relacionada a inúmeros aspectos, conceitos e intercessões, dependendo de como o assistente social é visto pela sociedade e como ele se mostra para ela.

Conforme Moscovici (1978), a imagem de uma profissão é uma representação social. O autor expõe que as representações sociais se constituem em “uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e suas conseqüências” (p. 44). As representações sociais são a relação do indivíduo com o objeto em termos dos significados atribuídos a estes e ‘estão presentes nos meios e nas mentes, isto é, se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos; é um conceito relacional, e por isso mesmo social’ (GUARESCHI, 1996, p. 18 apud SILVA, 2016, p.79)

Muitas razões podem levar a impressões diversificadas da atuação profissional, não apenas no campo da saúde, mas em vários espaços de inserção, como a história da profissão, a qual é inicialmente relacionada à ajuda, ao assistencialismo e ao voluntariado, assim como a imagem construída popularmente que este é o profissional que orienta, que cuida e está próximo. Também existem questões quanto a como estes profissionais se colocam nas equipes multiprofissionais, como eles entendem a própria profissão e se posicionam.

Como explicitado, para compreender a imagem do profissional de Serviço Social e seu significado social no contexto atual é importante compreender que este advém de um processo histórico e que está intimamente relacionado às contradições do modo de produção capitalista, assim como, ao processo de produção e reprodução das relações sociais, como afirmam Iamamoto (2009) e Yazbek (2009).

As categorias teórico-metodológicas são imprescindíveis no processo de construção da imagem do Assistente Social, através delas identifica-se que a atual representação do Assistente Social é reflexo de seu passado histórico, assim como da construção da imagem pela categoria profissional. Entretanto, não se pode compreender o conceito de imagem profissional dissociado das atribuições, dos valores profissionais, da formação profissional, da escola que formou este assistente social, pois, esses aspectos constroem a imagem do profissional junto ao usuário, à instituição e à equipe multiprofissional.

Compreende-se então que, como explicito por Silva (2016), a construção de uma imagem advém também dos significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos, ou seja, que a imagem do profissional está relacionada com o que ele faz e como faz, como este profissional cria meios para atender as demandas e enfrentar a questão social.

[...] pondera-se que a constituição da imagem de uma profissão, do Serviço Social, inclusive, advém dos sentidos atribuídos pelos sujeitos a uma realidade e a vida cotidiana como um todo. Os processos sociais que estão na gênese do Serviço Social incidem sobre a forma como os sujeitos sociais a representam em termos de abstração da realidade e na relação com o concreto (SILVA, 2016, p.81).

Ainda, a partir da leitura do autor, é possível compreender que a imagem do profissional é construída a partir da vivência cotidiana, dos valores, símbolos e significados. Portanto, essa construção é passível de mudanças, no decorrer da atuação, das demandas atendidas, ou seja, do contexto no qual o profissional se insere e transita, seja essa transição por aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Chagas, Ortiz e Beltrão (2013), assim como Yazbek (2009), afirmam que a imagem do assistente social e seu significado social estão intimamente vinculados às contradições do meio em que o profissional está inserido. Para compreender tal significado social,

É preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas manifestações, em múltiplas dimensões. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática profissional, condicionando-a e atribuindo-lhe características particulares (YAZBEK, 2009, p. 2).

Portanto, a imagem do profissional está relacionada às mudanças ocorridas no meio, o qual ele está inserido, mas também com a forma que o assistente social atua. Estes são

aspectos que moldam a identidade profissional e isso está relacionado com os valores pessoais que ele possui, com a ideologia que segue nos atendimentos e qual vinculação profissional busca ter.

A partir da literatura também é possível perceber que há, por parte dos usuários, uma dificuldade de visualizar o assistente social como um profissional assalariado, inserido na divisão sociotécnica do trabalho. Provavelmente, essa imagem é consequência histórica, uma vez que inicialmente essa área de atuação estava vinculada à igreja e ao voluntariado, assim como resultado das contradições da relação capital trabalho e identidade de classe.

Para analisar a imagem do Serviço Social, partimos do pressuposto que sua configuração está atravessada pelas contradições da ordem burguesa, e mais, pela posição periférica do Brasil nessa mesma ordem, pelo processo de construção das políticas sociais no país, e diante disso a inserção particular do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, o que incide diretamente sobre a ação cotidiana do assistente social (CHAGAS, ORTIZ, BELTRÃO, 2013, p.2).

É perceptível que historicamente a imagem do profissional, como é compreendida pela categoria profissional, foi modificada. Inicialmente a totalidade dos assistentes sociais compreendia a profissão como indissociável do voluntariado e da ajuda. Na área da saúde, foco deste trabalho, nesse período, a imagem do profissional, assim como sua função, eram relacionadas ao conceito de paramédico, o que em outras palavras, significa aquele que auxiliava o médico, como explicitado por Matos e Bravo (2006).

Após esse período de inserção no Brasil datado da década de 1930, inicia-se o período de criação e ampliação das escolas de Serviço Social, um momento em que não apenas moças da alta classe se tornavam assistentes sociais, ainda que essas mulheres representassem a maioria das cursistas. A atuação se mantinha fortemente relacionada ao movimento católico, entretanto, começam a surgir questionamentos sobre a atuação profissional, a necessidade de uma qualificação profissional, e de uma formação tecnicista.

A vertente tecnicista também moldou a imagem do profissional, não só nesse momento de expansão da profissão e das escolas, mas também futuramente com a ideia de um Serviço Social que trabalhasse com metodologias, como o Serviço Social de caso, grupo e comunidade. Buscou-se então que as assistentes sociais tivessem métodos como os da Antropologia para realizar o seu fazer profissional. Entretanto, nesse momento inicial, a necessidade de uma profissão tecnicista não advém apenas das demandas profissionais ou da igreja, vertente que ainda era intimamente relacionada ao Serviço Social, mas também do Estado e do Empresariado, como apontam Iamamoto e Carvalho (2006).

Esse momento marca a história da profissão como um início de ligação com as instituições e espaços de atuação prioritários para o Serviço Social atual. É possível afirmar,

então, que o Serviço Social começa a se consolidar como profissão, ainda que com perspectivas diferentes das atuais. Isso porque, nesse período, a intenção era apenas responder os interesses da burguesia, como aponta Martinelli (2000, p. 125):

Foi nesse complexo quadro que o Serviço Social iniciou a trajetória em direção à sua profissionalização no Brasil. O interesse mercantilista utilitarista da burguesia e a ética retificada que lhe dava sustentação tornava justificada a atitude da classe dominante de se apropriar dos trabalhos desenvolvidos pelos filantropos e pelos agentes sociais, conferindo-lhes uma conotação política e ideológica, em termos de controle e repressão.

Depois de um longo período de transformações na profissão, as quais serão aprofundadas ao longo deste trabalho, que envolvem inclusive o contexto histórico do Brasil, o qual passou pela ditadura militar e processos de reconstrução da democracia, períodos históricos que influenciaram diretamente a construção da imagem profissional atual. Como se sabe, houve mudanças na concepção da autoimagem do Serviço Social, que em um momento histórico possuía como foco principal da atuação a manutenção do status quo, depois buscou tecnificações para ação, compreendendo o usuário como cliente de seus serviços; teve influências da Europa e dos Estados Unidos. Após esse período, surgiram questionamentos sobre a atuação, identidade e imagem do Serviço Social, por isso, os profissionais buscaram uma mudança completa de perspectiva, questionando a manutenção do status quo.

Esses questionamentos feitos pela categoria profissional foram inicialmente voltados para a ligação com a igreja e a vertente religiosa. Assim, surgiram profissionais que buscavam o rompimento com a vertente tradicional e conservadora do Serviço Social, buscando um afastamento da vertente de manutenção da ordem burguesa. Há, portanto, assistentes sociais que desejam romper os vínculos com a burguesia e se associar às lutas da classe trabalhadora, construir um Serviço Social não voluntário e religioso, não apenas tecnicista e mantenedor da ordem, mas pautado pela luta por direitos e pelo enfrentamento da questão social.

Inequivocamente, a história mostra que a profissão se institucionaliza e se consolida, no Brasil, respondendo fundamentalmente aos interesses burgueses dessa sociedade. Todavia, refletindo-se as contradições da sociedade sobre a profissão, as respostas profissionais não têm sido unívocas e, a nas últimas três décadas, vem ganhando expressão o esforço organizado de profissionais na busca de nova identidade e de novas bases de legitimação para o Serviço Social junto às classes subalternas (SILVA, 2011, p.44).

O que é prioritário compreender é que estas facetas coexistem, apesar de totalmente dissociadas, algumas ocorreram inclusive no mesmo período histórico e todas constroem a imagem atual que existe da profissão. A perspectiva adotada pela categoria é a de garantia de direitos, essa posição é reflexo destes conceitos passados, assim como da postura adotada pelo profissional e da autonomia que ele possui na instituição.

A compreensão da imagem socialmente construída do Serviço Social deve levar em conta a forma como os processos de constituição das representações sociais incidiram sobre aquela imagem. Em outras palavras, é preciso levar em consideração que os sujeitos construíram e ainda constroem uma imagem do Serviço Social feita a partir de vivências, valores, símbolos e significados, vinculados não somente à profissão, mas ao contexto amplo pelo qual transitam em termos de aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais (SILVA, 2016, p.80).

Nesse sentido, tem importante destaque, para a construção da imagem atual da profissão e para a garantia da atuação e direitos para o assistente social, os documentos, como o Código de Ética (1993) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), de 1996, os parâmetros de atuação, como os da saúde, lançados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010. Estes documentos reafirmam a profissão como aquela que garante direitos e são construídos a partir de movimentos da sociedade civil, afirmando o protagonismo dos sujeitos sociais na luta pela democratização da sociedade brasileira (IAMAMOTO, 1998).

Entretanto, apesar dos documentos que regem a profissão e da categoria de assistentes sociais ter uma concepção majoritariamente de que o Serviço Social garante direitos, sendo esse parâmetro a vertente principal da atuação e o guia da ação profissional, construindo assim o projeto ético político da profissão. Por sua vez, ainda existem concepções adversas sobre o que é o Serviço Social e inclusive há profissionais que questionam a imagem atual da profissão.

O projeto ético-político é atrelado à ideologia de base Marxista. O Serviço Social compreende, a partir dessa concepção, as contradições entre capital e trabalho, a sua inserção como classe trabalhadora e as contradições da profissão oriundas, muitas vezes, dessas diferentes imagens sobre o fazer do Serviço Social que coexistem inclusive no interior da categoria profissional. Existem profissionais que afirmam que essa direção da profissão é meramente teórica, dissociada da inserção concreta nos campos de atuação. Eles relatam que teoria e prática são diferentes e não correlacionadas.

Diante da contemporaneidade tão dura e adversa, não é incomum encontrar profissionais (tanto os que atuam na prática profissional, quanto aqueles ligados às unidades de ensino) que sustentam a “inviabilidade” do projeto ético-político. Em geral, argumentam que o projeto apresenta princípios que não podem ser efetivados concretamente e que o fazer profissional não permite que sejam contemplados (TEIXEIRA, BRAZ, 2009, p.12).

Essa questão abre precedentes para a discussão de que a construção da autoimagem profissional é hegemônica, porém pode ser diferente da apropriação que cada assistente social faz de sua atuação. Isso porque essa apropriação depende também da instituição em que o profissional atua, da autonomia que o assistente social possui para intervir, bem como, pensar

as estratégias para o enfrentamento da questão social. Assim como depende também da formação que obteve esse profissional e da equipe multiprofissional em que se insere, das crenças e ideologias que possui. Em outras palavras, apesar das contradições inerentes à profissão e seu contexto, a imagem do assistente social está associada ainda às atribuições, aos valores profissionais. Portanto, também depende de cada assistente social, a imagem criada junto ao usuário, a instituição e a equipe multiprofissional.

A constituição da imagem de uma profissão, do Serviço Social, inclusive, advém dos sentidos atribuídos pelos sujeitos a uma realidade e a vida cotidiana como um todo. Os processos sociais que estão na gênese do Serviço Social incidem sobre a forma como os sujeitos sociais a representam em termos de abstração da realidade e na relação com o concreto (SILVA, 2016, p.80).

Sendo assim, este trabalho se dedicará ao longo dos próximos capítulos, a identificar quais imagens são atribuídas ao profissional de Serviço Social, através de aspectos teóricos e da realização de pesquisa de campo. O objetivo, como mencionado, é compreender porque atualmente ainda existem diversas concepções da imagem profissional e do significado social da profissão. Entendendo que essas diversas expressões do que representa socialmente o Serviço Social não estão relacionadas apenas com a história, mas também com atribuições e competências, crenças, ideologias, e formas de atuação, dos profissionais.

2.2 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL

Na trajetória da profissão houve uma grande mudança acerca da perspectiva do significado social da profissão e da imagem do Serviço Social. Ao surgir no Brasil, a profissão era ligada à Igreja e ao voluntariado, visto e agindo principalmente no campo da ajuda, sendo uma profissão de moças bondosas da alta classe, relacionada também a vertente religiosa, como aponta Yazbek (2009).

Além da vinculação com a igreja e ao voluntariado, nesse período histórico havia por parte das assistentes sociais um olhar moralizador sobre a questão social, uma visão higienista sobre a sociedade, o que influencia também a visão dos demais profissionais acerca do Serviço Social atualmente, pois essa imagem pode continuar vinculada a atuação de alguns profissionais ou ao que equipe multiprofissional espera sobre a atuação do assistente social.

A "questão social" é vista a partir do pensamento social da Igreja, como questão moral, como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam embora situados dentro de relações capitalistas. Trata-se de um enfoque conservador, individualista, psicologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará, no Serviço Social, efetivas possibilidades de desenvolvimento (YAZBEK, 2009, p.8).

Entretanto, essa perspectiva foi superada pela grande maioria dos profissionais de Serviço Social, com o movimento de reconceituação, ou seja, deixou de ser hegemônica, apesar de ainda existir junto a algumas parcelas da categoria profissional. Portanto, o Serviço Social deixou de ser hegemonicamente uma profissão de ajuda voluntarista, a qual se dedicava a manter o status quo, adotando a partir deste período uma posição de defesa de direitos, e criando vínculos com a classe trabalhadora, inclusive se reconhecendo como parte dela.

Preliminarmente, deve ser salientado que o movimento de reconceituação do Serviço Social - emergindo na metade dos anos 1960 e prolongando-se por uma década - foi, na sua especificidade, um fenômeno tipicamente latino-americano. Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou em um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi (IAMAMOTO, 1998, p.204 e 205).

A autora explicita ainda que o Serviço Social atualmente apresenta uma faceta renovada, voltada à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do acesso à terra, tendo forte relação com a busca por liberdade, por democracia e justiça social, sendo esses conceitos relacionados com o significado social atual da profissão. Assim, foi no período do fim da ditadura militar no Brasil em um contexto de ascensão dos movimentos políticos, da classe trabalhadora e do movimento de elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988, que, segundo Iamamoto (2009), o Serviço Social começou a modificar a postura profissional, assumir esse novo significado social, que não é mais ligado a manter a ordem burguesa, mas sim relacionado a garantia de direitos, havendo assim mudanças nas concepções profissionais desde sua base, nos campos de ensino, até leis que regulamentam a profissão.

Para compreender a imagem do profissional de Serviço Social e seu significado social no contexto atual, é importante compreender que esta advém de um processo histórico, como salientado anteriormente, e que está intimamente relacionado às contradições do modo de produção capitalista, assim como ao processo de produção e reprodução das relações sociais.

Retomando a ideia inicial do Serviço Social Brasileiro, destaca-se que a profissão surgiu no país na década de 1930, com a formação das primeiras turmas em 1936, as quais tinham apenas mulheres, de alta classe. O curso tinha uma vertente voluntarista, religiosa e voltada para o cuidado, a qual guiou a atuação dessas profissionais, e essa forma de atuação se manteve como hegemônica por muitos anos. Por esse motivo, ainda há muitas pessoas que têm essa imagem do Serviço Social.

A vinculação ao pensamento da Igreja Católica determinou a relação da profissão com a sociedade e com sua intervenção junto aos usuários de seus serviços. A compreensão dos processos que expressavam a questão social também foi motivada pelos valores de cunho moral e religioso que punham ao ser humano a total

responsabilidade pelas mudanças necessárias visando à sua integração ao tecido 84 social (SILVA, 2016, p.84).

Esse período de inserção, apresenta alguns aspectos relevantes para pensar a imagem profissional atual, como o porquê de ser uma profissão majoritariamente feminina, fazendo com que usualmente ainda haja um estranhamento com o profissional do sexo masculino. Essa situação é fundamentalmente parte da história de surgimento e consolidação da profissão no Brasil, assim como, da compreensão popular de que apenas a mulher é aquela que cuida, e que essa profissão tem relação com a categoria cuidado. Portanto, a imagem das assistentes sociais é cotidianamente atrelada a esse período de consolidação no Brasil, assim como a aspectos da sociedade patriarcal, o qual também, nesse sentido, do cuidado e do papel da mulher, não é tão diferente em outras partes do mundo, mesmo atualmente.

Outro aspecto que delinea e contribui para a gestação de um determinado ethos profissional repousa, ao meu ver, no perfil pessoal dos candidatos a esta profissão. Trata-se de uma profissão majoritariamente escolhida e desenvolvida por mulheres. Mas por que a mulher seria o sujeito mais adequado para exercer a profissão? Tomando como prerrogativa que o Serviço Social surge para atender determinadas requisições sócio profissionais, cujas respostas repousam na forma conservadora de enfrentamento das sequelas da “questão social”, quer seja, conforme exposto anteriormente, pela via da naturalização, moralização e psicologização dos problemas sociais, entende-se que a mulher teria as qualidades natas para o trato das situações conforme a prescrição acima (ORTIZ, 2007, p.169).

A partir de 1944 é que o Serviço Social começou a transitar pelo funcionalismo público, fugindo assim da lógica da igreja e da iniciativa privada. Essa inserção ocorreu, primeiramente, por meio do início do que hoje compreendemos como Previdência Social, mas que na época tinha moldes muito diferentes. Macedo e Moreira (2017, p.37) afirmam que

A incorporação do Serviço Social à estrutura previdenciária ocorreu de forma gradual e heterogênea”, sendo assim o profissional começou a atuar nas áreas de planejamento, supervisão e execução, sendo neste momento que assistentes sociais dão “os ‘primeiros passos’ rumo ao reconhecimento social da profissão.

Esse espaço além de ser o primeiro, se constitui como uma instituição de inserção da categoria até o presente momento, apesar das inúmeras transformações na profissão e na política, se tornando um campo consolidado. Essa situação apresenta a reflexão de que para o Estado é interessante manter assistentes sociais no espaço da previdência. Existem dois vieses, nesse sentido, ser o profissional questionador, aquele que busca garantir direitos; ou ser o profissional que apazigua conflitos, serve aos interesses do capital. Essa concepção existe também, desde a origem da profissão, sendo a dimensão apaziguadora. Essa é uma das imagens que podem aparecer sendo atribuída popularmente ao Serviço Social, afinal é uma profissão que também surge para atender tal necessidade do capital, como afirma Ortiz (2007):

Assim, os expoentes da produção mais crítica da profissão [refiro-me a Netto, et al.] apontam a emergência do Serviço Social em solo brasileiro a partir de dois processos que, quando auto-implicados, geraram as condições necessárias para a constituição de uma profissão particular como o Serviço Social. O primeiro deles situado no movimento do capital, em sua fase monopólica, e o conseqüente processo de redimensionamento do Estado; e o segundo, com o fortalecimento no Brasil da chamada Ação Católica (ORTIZ, 2007, p. 160)

Entretanto, a inserção nas políticas públicas marca o começo de uma dissociação com o voluntariado, o que juntamente com outros aspectos, em meados de 1967, culmina no início do movimento de reconceituação do Serviço Social. Neste período, apesar de assistentes sociais não terem, em sua maioria, essa concepção, a profissão começa a se inserir na relação de mercado, ou seja, a relação de compra e venda da força de trabalho, apesar de ainda, como atualmente, manter aspectos de cunho pessoal, moral, de apelo ético e político, como afirma Yazbek (2009, p.10):

Esses enquadramentos da intervenção muitas vezes obscurecem para o assistente social o fato de que sua atividade profissional se insere numa relação de compra e venda de sua força de trabalho, que se torna mercantilizada (mediante social o fato de que sua atividade profissional se insere numa relação de compra e venda de sua força de trabalho, que se torna mercantilizada (mediante o assalariamento), estabelecendo-se aí um divisos entre o trabalho profissional e a atividade assistencial voluntária.

Outro aspecto importante, ao pensar a autoimagem do Serviço Social, que ocorreu no período, foi a criação da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), em 1945, e da Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), em 1946, bem como, o primeiro Código de Ética Profissional, em 1947. Esses foram os primeiros órgãos que buscaram a organização da profissão, assim como a sua legitimação como profissão.

A partir destes marcos, o Serviço Social começa a modificar gradualmente sua imagem e, em 1953, surgem leis que instituem a graduação em Serviço Social. Já, em 1954, é instituído um currículo mínimo, esse ainda ligado ao assistencialismo, pois essa foi uma vertente difícil de ser rompida. Porém, ainda assim, a profissão começa a ampliar seus horizontes e formas de atuação e, em 1957, finalmente a profissão é regularizada pela lei nº 3252, a qual, com as mudanças da profissão, posteriormente foi revogada e substituída pela lei 8.662/1993. No entanto, é importante ressaltar que a legislação de 1957 já trouxe benefícios para a categoria e implementou órgãos de fiscalização como o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e os Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS), atualmente, CFESS e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), respectivamente.

Ortiz (2007) afirma que, a partir desse período, a imagem que o Serviço Social possui perante a sociedade ainda se mantém como voluntarista. Entretanto, a autoimagem do

profissional, sobre o que é ser assistente social, começa a se modificar “sobretudo os anos 80 e 90, delineiam um amplo processo de negação das “marcas de origem” da profissão, principalmente entre sua vanguarda e entidades” (ORTIZ, 2007, p.210). Nesse processo, novas concepções começam a ser incorporadas na atuação profissional, surgem diferentes perspectivas sobre o que é a profissão.

A autora também expõe que a mudança da imagem profissional ocorre devido ao acúmulo político e teórico advindo da interlocução com segmentos minoritários, ou seja, a aproximação de assistentes sociais com a classe trabalhadora, a sua inserção nos sindicatos dos trabalhadores. Porém, também, atribui essa mudança na autoimagem do Serviço Social à condição política do Brasil no período. Lembrando que o contexto entre os anos de 1960 a 1980 era de ditadura e transição para a democracia. Além disso, no período foi promulgada a Constituição Federal, em 1988, a qual institui o tripé da seguridade, espaço prioritário de atuação do Serviço Social atual.

Nestas décadas, o Serviço Social experimentou, no Brasil, um profundo processo de renovação. Na intercorrência de mudanças ocorridas na sociedade brasileira com o próprio acúmulo profissional, o Serviço Social se desenvolveu teórica e praticamente, laicizou-se, diferenciou-se e, na entrada dos anos noventa, apresentou-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente (CFESS, 1993, p.19).

Sendo assim, começa a surgir no período, através dos inúmeros embates e movimentos sociais da época, uma imagem do Serviço Social fortemente atrelada e comprometida com os interesses da classe trabalhadora, portanto, com a luta pela garantia do direito desses. Esta imagem é reconhecida como hegemônica atualmente pela categoria profissional, sendo fruto de inúmeras transformações sócio-históricas, tanto de reconhecimento da profissão, como de inserção desta, quanto do contexto do país e da América Latina, pois o reconhecimento do profissional como aquele que garante direitos, advém de muitas influências que o Serviço Social sofreu e sofre no contexto de sua consolidação como profissão.

2.3 IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO ATUAL

Atualmente a categoria de assistentes sociais, que é composta por profissionais, estudantes e instituições como o conjunto CFESS/CRESS e ABEPSS, compreendem a imagem da profissão como aquele que atua sobre a questão social e busca garantir direitos. Apesar desta não ser uma concepção homogênea, é compreendida de forma hegemônica e está implícita nos documentos que regem a profissão, como a Lei 8.662, o Código de Ética de março de 1993 e as diretrizes curriculares da ABEPSS.

O reconhecimento desta imagem profissional advém do processo histórico de amadurecimento da profissão, da aproximação com as lutas da classe trabalhadora, com a teoria sócia crítica, com o reconhecimento de que o Serviço Social também faz parte da divisão sociotécnica do trabalho como trabalhadores assalariados. Assim como também é fruto de mudanças ocorridas na sociedade brasileira, pois o contexto de mudança fez com que o Serviço Social ganhasse novas possibilidades de atuação e inserção.

A representação da profissão dentro da instituição parte além do meio, do próprio assistente social e da apropriação que este faz do Serviço Social. O significado social da profissão está ligado com as atribuições e demandas de um assistente social, ou seja, o que ele é e o que faz nas instituições. E isto depende de como esse profissional compreende seu papel institucional, da sua autonomia e de como intervém na realidade.

Como mencionado anteriormente, existe uma diferença sobre a autoimagem da profissão e a imagem que a sociedade faz dela. A categoria profissional tem a concepção de ser uma profissão que trabalha na perspectiva da garantia de direitos. Entretanto, as instituições e equipes multiprofissionais as quais ele se insere, têm imagens comuns a essa, mas também divergentes, e isso ocorre por motivos sócio-históricos.

Observa-se que a auto-imagem renovada da profissão e de seus agentes, expressa em seu projeto profissional, convive com um conjunto de traços verificados historicamente e socialmente na profissão, que vincula o Serviço Social contemporâneo às suas 'marcas de origem', que há muito são rechaçados pelas vanguardas e entidades da categoria profissional (ORTIZ, 2007, p.25).

A partir das leituras realizadas, é possível compreender que a discussão da imagem profissional e do significado social da profissão está atrelada a quatro aspectos principais, a apropriação que o assistente social faz da atuação profissional, a concepção que o usuário tem da ação profissional, a ideia que a equipe multiprofissional e instituições tem do Serviço Social. Esses aspectos moldam a imagem e o fazer profissional do Serviço Social, como aponta Netto (2016). No entanto, nesta pesquisa, o foco é a imagem atribuída pela equipe multiprofissional, compreendendo que, no âmbito do atendimento na alta complexidade em saúde, recorte feito para a temática, esta imagem é a que interfere diretamente nas demandas atendidas.

É comum que equipes e instituições não tenham uma concepção clara do que é o Serviço Social, o que faz ou como faz, fato que, segundo Ortiz (2007), é caracterizado como "ausência de especificidade" e faz com que surjam demandas para os profissionais as quais não lhe dizem respeito. Pelas contradições da profissão, por essa atuar sobre a questão social e estar inserida na relação capital x trabalho, ou porque assistentes sociais não reconhecem no

processo institucional o seu papel, muitos profissionais acabam por aceitar estas demandas, que como relatado, não são exclusivas do Serviço Social.

Nesse sentido, fica o questionamento por que isso ocorre com o Serviço Social e não como outras profissões como a Medicina? Seria um erro da profissão, da categoria, ou esse não reconhecimento institucional é um fruto da inserção da profissão no Brasil? Este não é o foco da discussão, mas é importante que a categoria profissional faça questionamentos acerca da atuação e do significado social da profissão constantemente, que reavalie diariamente a sua atuação. Entretanto é importante ressaltar que na política de saúde o reconhecimento institucional da profissão de Medicina se diverge do reconhecimento atribuído ao Serviço Social, dada a relação de subalternidade de algumas profissões, da relação capital trabalho e por ser a Medicina o agente institucional das unidades de saúde, sendo os objetivos profissionais os mesmos das instituições.

Chagas, Ortiz e Beltrão (2013) acreditam que para a desvinculação da imagem tradicional do Serviço Social, para que ela seja reconhecida nas instituições, é necessário que assistentes sociais decifrem criticamente o sentido assumido pelos direitos na sociedade burguesa, bem como se associar a uma luta ampla pela democratização da informação. As autoras afirmam que

Sem tais atitudes e ações, em nossa opinião, será muito difícil que os esforços empreendidos pela categoria profissional, por suas entidades e agências de formação, consigam de fato superar esta imagem tradicional marcada pela ajuda e pelos aspectos a ela vinculados e materializados de certa forma a partir das requisições institucionais que nos são apresentadas e das respostas que muitos profissionais ainda oferecem no cotidiano profissional (Ibid., p.8).

Outro aspecto relevante para o debate é que o Serviço Social lida com as expressões da questão social e que por esse motivo, muitas vezes, se negar a responder demandas meramente porque estas não são exclusivas da profissão, é também deixar usuários desatendidos e, de certo modo, não responder ao objetivo prioritário da profissão que é a garantia de direitos. Percebo que esta é a maior contradição acerca da imagem e do significado social do Serviço Social, pois por um lado se fortalece a concepção de ajuda, por outro se garante direitos.

Conforme Ortiz (2007), isto ocorre também devido ao Serviço Social, dentro da divisão sociotécnica do trabalho, ser considerada uma profissão de caráter imediatista, assim o profissional intervém sobre a questão social sem muitas vezes refletir sobre a ação, ou se quer ter tempo para esta reflexão. Essa dimensão da atuação acaba, muitas vezes, por fazer com que o profissional apenas reproduza a dinâmica institucional, criando uma lógica de atuação

dissociada da teoria, o que favorece ao empregador, que contrata um assistente social em sua maioria das vezes para agir e não para refletir.

Para compreender as demandas próprias do Serviço Social, segundo Silva (2016), é necessário saber que as demandas que chegam nas instituições em sua maioria não expõem as necessidades sociais dos sujeitos, pois cada instituição tem um recorte da questão social. Sendo assim, cabe ao assistente social captar os movimentos do real, a totalidade e a historicidades dos fenômenos para poder apreender a gênese daquelas demandas e não apenas atender demandas institucionais.

Um aspecto relevante para pensar a imagem atual do Serviço Social é a dimensão política que a profissão adotou ao longo do tempo, sendo essa uma das grandes dissociações da imagem anterior, que era voluntarista e acrítica. O Serviço Social atual, após um processo de mudanças internas da profissão, e também externas do Brasil, começa a se apropriar do conhecimento necessário para contestar dinâmicas institucionais, para fazer enfrentamentos e questionamentos, assim como se aliar a lutas da classe trabalhadora.

É certo que esta dimensão política é geralmente confrontada com o poder das instituições, que em sua maioria restringem a autonomia de assistentes sociais, sendo essa uma contradição da profissão. Assistentes sociais estão inseridas na divisão sociotécnica do trabalho e, como qualquer outro trabalhador, necessitam desta para viver. Sendo assim, por isso, muitas vezes, a posição do profissional é contrária a da instituição. Entretanto, muitas vezes este não faz enfrentamentos para manter o vínculo empregatício, sendo necessário que o profissional crie estratégias e busque apoio político, bem como apoio dentro da instituição e na sociedade civil. É importante destacar, nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional como uma dimensão de apoio institucional do Serviço Social.

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. Alargar as possibilidades de condução do trabalho no horizonte daquele projeto exige estratégias político-profissionais que ampliem bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com segmentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos (IAMAMOTO, 2009, p. 16).

Nesse sentido, outro aspecto relevante para a discussão da imagem profissional e do significado social da profissão, no contexto atual, é a dinâmica vivenciada pela crescente privatização das instituições estatais, a falta de recurso para as políticas públicas, assim como a retomada de uma perspectiva assistencialista no âmbito das mesmas e a precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais. Esse contexto que perpassa o Brasil interfere

diretamente na ação profissional e no significado social desta, pois mesmo com as mudanças ocorridas na perspectiva de atuação do Serviço Social, com a retomada desse período de concepções assistencialistas no país, novas estratégias devem ser pensadas.

Iamamoto (2009) identifica o espaço profissional como um produto histórico, condicionado pelo nível de luta pela hegemonia que se estabelece entre as classes, assim como pelas respostas teórico-práticas dadas pela categoria profissional. Sendo assim compreende que o reconhecimento do assistente social nos espaços de atuação é tanto um resultado histórico quanto das demandas a que ele se dedica, e como se dedica, sendo valores e ideologias, um fator importante para a construção da imagem do Serviço Social nas instituições.

O grande dilema apresentado aos profissionais, nas mais variadas esferas institucionais, está relacionado à crescente percepção do quanto seu trabalho se situa em uma esfera contraditória, cerceada por relações de poder que impulsionam o capitalismo e a opção caracterizada como hegemônica na profissão, que se direciona para o fortalecimento das organizações populares e luta dos trabalhadores. Dando início a um movimento no interior da sociedade que, em longo prazo, venha a alterar as relações de poder instituídas e, até então, compreendidas como “naturais”. Nesse sentido a imagem social constituída acerca da profissão do Assistente Social estará relacionada à forma que desenvolve seu trabalho e ao significado que ele terá na vida dos sujeitos (MELO, 2010, p.31).

Compreende-se assim, que mesmo que a autoimagem do Serviço Social seja concreta para a grande maioria dos profissionais atualmente, assim como para as escolas de formação profissional, ainda existem inúmeros aspectos que moldam a representação do Serviço Social nas instituições, assim como seu significado social. Portanto, mesmo que consolidada a perspectivas de defesa de direitos, e com inúmeras mudanças no interior da profissão, a imagem de um profissional da ajuda, ainda é recorrente, e a ruptura com essa ideia se torna cada vez mais difícil considerando a concepção de política pública assumida pelo Estado e burguesia no contexto atual.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Ao longo deste capítulo serão abordadas questões acerca da imagem, atribuições e competências do Serviço Social na saúde, assim como os desafios que assistentes sociais encontram ao atuar no SUS. Além destes aspectos, o capítulo apresentará a discussão da inserção profissional na saúde, como o Serviço Social se aproximou desse campo de atuação. Assim como, discutirá sobre a política de saúde no Brasil, seu conceito e sua efetivação no país.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Primeiramente é importante compreender que o assistente social é, na política de saúde, bem como em outros espaços de atuação, um trabalhador assalariado e por esse motivo, conforme Costa (2006, p 3), “está submetido a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista”. Sendo assim, ainda segundo o autor, a inserção do Serviço Social também é condicionada à fragmentação e ao recorte das necessidades institucionais.

Agora, para compreender como o Serviço Social se insere e se consolida na política de saúde, sendo um trabalhador assalariado e como outros profissionais submetidos a um conjunto de determinações sociais, se faz necessário entender como é compreendida a saúde e como se estrutura a política de saúde no Brasil. Afinal, a inserção do assistente social na saúde é tanto relacionada com o significado social da profissão, quanto com um conjunto de necessidades da política de saúde brasileira, desta forma:

[...] a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil” (CFESS, 2010, p.42)

O conceito de saúde é complexo, abstrato e, segundo Scliar (2007), depende de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas de cada indivíduo. Entretanto, em 1948, a Organização Mundial de Saúde divulga uma carta de princípios institucionais, onde reconhece o direito ao acesso a saúde e a obrigação do Estado em promoção e proteção à saúde.

A partir da leitura de Mendes (1995), compreende-se que primeiramente no Brasil em meados de 1889, existia um modelo de saúde relacionado ao sanitarismo campista, já que o modelo econômico do país era principalmente relacionado a agroexportação. O atendimento principal da saúde era voltado para a população rural e a saúde era vista como caridade. Já em

meados de 1950, o Brasil começou a ver a saúde através do modelo médico assistencial privatista, ou seja, a saúde era vista como um benefício daqueles que contribuíam para a previdência social, sendo aqueles que não tinham um vínculo formal de trabalho atendidos ainda por instituições de saúde que enxergavam esse atendimento como caridade.

Esse modelo fortemente relacionado a figura do médico se manteve ao longo dos anos, o Brasil tinha o Sistema Nacional de Saúde, que era muito diferente do modelo atual. O governo militar, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), foi um período que, como explicitado anteriormente, se caracterizou pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias, portanto o Sistema Nacional de Saúde era regido pela política previdenciária e pelo Ministério da Previdência, assim possuindo uma burocracia técnica que atuava no sentido da crescente mercantilização da saúde. Como afirmado por Mendes (1995) e Escorel, Nascimento e Edler (2005), a saúde tinha uma lógica centralizada na função do médico, o que justifica a caracterização do assistente social como paramédico, no período.

Segundo Matos e Bravo (2006), a inserção do Serviço Social na política de saúde quase coexiste com o surgimento da profissão, chegando a ser a principal forma de inserção de assistentes sociais no mercado de trabalho, em meados de 1948. Porém, um fator importante nesse processo foi a influência ideológica norte-americana sobre a profissão. Esse contexto consolidou a atuação profissional por uma perspectiva de clientela intimamente ligada com o modelo de saúde vigente. Modelo esse que era centralizador e excludente priorizando o atendimento individual, organizado em torno da figura do médico, do hospital e do atendimento individualizado. Sendo assim, no período, o “assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (MATOS, BRAVO, 2006, p 3).

Como afirmam Escorel, Nascimento e Edler (2005), muitos anos depois, através da reforma sanitária, movimento que lutou pela saúde como direito universal, gratuito e de dever do Estado, buscando superar a ideia de saúde apenas biológica, individualista, foi que surgiu o conceito ampliado de saúde. Este conceito compreende as relações do processo saúde e doença e entende que estar doente não necessariamente é um fator físico, compreendendo que até mesmo essa doença meramente física pode ser resultado de determinantes sociais.

A partir da reforma sanitária, que corresponde ao período de redemocratização e de direitos após ditadura, na Constituição de 1988, foi estabelecido saúde como direito universal e dever do Estado. E, em 1990 foi criada a lei nº 8.080, as quais instituem o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecem o atendimento em níveis como o de atenção básica, média e de

alta complexidade, sendo a atuação do Serviço Social na alta complexidade o foco deste trabalho.

É importante destacar, segundo Mendes (1995), que juntamente com a perspectiva da reforma sanitária, a qual estabeleceu o direito a saúde como universal, em 1988, surgiu também por volta de 1990 o modelo de saúde neoliberal, que contrapõe a ideia de saúde como direito universal e a considera uma mercadoria. A perspectiva que surge retoma ideias de modelos anteriores de saúde, tendo a figura do médico como central e fortalecendo a precarização dos espaços públicos, buscando a exaltação dos planos privados de saúde.

Este modelo neoliberal cresceu nos últimos anos e criou uma dicotomia de perspectivas sobre o que é a saúde e como ela deve ser encarada, se como política pública ou como mercadoria. Essa perspectiva abriu espaço para a gestão de hospitais públicos por organizações públicas de caráter privado, tipo de gestão que tem aumentando atualmente. Os planos e hospitais privados também são espaços de atuação do Serviço Social. Entretanto, a perspectiva da categoria é a de defesa da saúde como universal e dever do Estado. Sendo assim, a atuação nesses espaços é conflituosa para a profissão, ao mesmo tempo que é um espaço de embate, reforça a imagem de profissional fiscalizador. Esse contexto demanda um Serviço Social de vertente moralizadora e higienista, ou seja, as demandas institucionais se contrapõe as concepções da profissão, sendo um desafio profissional atuar conforme o código de ética, com autonomia e se manter neste espaço.

Oliveira (2009) reforça a ideia de que esses dois modelos de saúde, além de criarem essa dimensão dicotômica sobre a organização da política de saúde, apresentam para o Serviço Social demandas diferentes. A autora reafirma que o modelo da reforma sanitária, entende saúde como algo amplo, com diversas relações, demandando um assistente social que busque a democratização, o atendimento humanizado. Já, o modelo neoliberal compreende saúde e a profissão de forma totalmente contrária; entende a saúde como mercadoria. Portanto, demanda do Serviço Social uma ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialista, com abordagens individuais, com seleção socioeconômica dos usuários, numa perspectiva psicologizante, voltada para o aconselhamento. Sendo assim, como exposto anteriormente, atualmente, é um desafio para assistentes sociais agirem e pensarem a profissão nos moldes de saúde neoliberais que estão se tornando cada vez mais comuns, dado o desmonte do SUS, que vem crescendo nos últimos anos e tende a aumentar após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos públicos para a política de saúde, bem como assistência social e educação, por 20 anos.

É importante destacar que o Serviço Social não foi uma das profissões que esteve atuante de forma expressiva no movimento da reforma sanitária. Isso porque, a ocasião, também era de renovação da profissão, de aproximação com a teoria social crítica, onde assistentes sociais repensavam sua prática. Porém, isso não significa que o movimento deixou de ter influência sobre a profissão, como explícito no trecho:

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexos direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária (MATOS, BRAVO, 2006, p 8).

Os ganhos da reforma sanitária, como o conceito ampliado de saúde, a compreensão das relações do processo saúde-doença são fundamentais para a atuação do Serviço Social atualmente em unidades de saúde pública, pois, conforme Miotto e Nogueira (2006, p.8), “A integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico”.

A atuação dos assistentes sociais na saúde foi se modificando ao longo do tempo, como ocorreu com a própria política de saúde, a profissão se divide nos vários setores da política, como unidades básicas, hospitais, ou seja, nas unidades de baixa, média e alta complexidade. Nesse sentido, este trabalho pretende focar nos espaços de atuação do assistente social na saúde em alta complexidade, como o HU/UFSC.

A alta complexidade em saúde representa-se pelas intervenções que aliam procedimentos de alta tecnologia e custo elevado, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, através da integração aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (SILVA, 2017, p. 2).

Segundo Silva (2017), na ação em hospitais de alta complexidade, grande parte da demanda atendida por assistentes sociais é relacionada à pobreza, ao analfabetismo, ao uso de drogas, à violência, às dificuldades na autonomia e continuação do tratamento. Muitas destas demandas, ainda segundo o autor, chegam para o Serviço Social, em um primeiro momento, apenas pela vinculação da profissão com ações assistencialistas, as quais se compreendem pela equipe multiprofissional como prioritárias da profissão. Em outras palavras, essas demandas chegam ao Serviço Social simplesmente pela imagem que equipes possuem da atuação profissional. Portanto, é um desafio para assistentes sociais vincular demandas às teorias críticas, intervindo nessas questões visando o atendimento integral e sem discriminação, garantindo assim o acesso aos direitos.

Como em outros espaços de atuação, Silva (2017) destaca que, nos hospitais de atendimento em alta complexidade, a profissão ainda vive o dilema da constituição histórica do Serviço Social no Brasil. Portanto, convive com a imagem profissional vinculada à ajuda, e a da garantia de direitos, sendo esta segunda a perspectiva que é foco da atuação do Serviço Social.

Nesse sentido, tendo o Serviço Social uma imagem profissional e uma identidade que vem se alterando no percurso histórico que vem percorrendo, como profissão e área do conhecimento, a configuração de sua inserção na área da saúde está intrinsecamente relacionada com as demandas que atende. O arcabouço teórico e a afirmação do Serviço Social como profissão da área da saúde lhe conferem particularidades que tem influenciado aquela imagem e identidade profissional [...] Pode-se afirmar que o assistente social é o profissional demandado para ser o elo entre os usuários e a instituição, os usuários e a rede de serviços e, ainda, entre a instituição e a rede de serviços. Ademais, em seu trabalho cotidiano, o assistente social tem contato com demandas, muitas vezes, aparentemente simples ou deslocadas de seu projeto ético-político, mas que exigem uma cadeia de mediações para que providências e procedimentos possam ser potencializados a partir de processos sociais mais substantivos na perspectiva da garantia de direitos (SILVA, 2017, p 9-10).

Sendo assim, as demandas institucionais e a forma de atuação do assistente social é o que determina prioritariamente a imagem do profissional nas unidades de saúde. Isto ocorre, pois existe na política de saúde particularidades que a diferem do atendimento, as múltiplas dimensões da questão social, o atendimento em saúde de alta complexidade envolve também um processo de adoecimento dos usuários. Esse processo demanda também do Serviço Social um conhecimento, de outras áreas disciplinares, como por exemplo da Medicina, Farmácia e Enfermagem, sendo o assistente social, muitas vezes o elo de usuários e instituição.

3.2 DESAFIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Ao discutir a atuação profissional, seja na saúde ou em outra área de atuação do Serviço Social, é importante ressaltar que o Código de Ética de 1993, destacar a “ética como pressuposto teórico-político que remete ao enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional” (CFESS, 2012, p. 22), ou seja, colocando esta como base para a atuação dos assistentes sociais.

Além desta compreensão de ética como base para atuação, para iniciar a discussão de atribuições e competências se faz necessário distingui-las. Para tal, Iamamoto (2002, p.37), explicita que “no sentido etimológico, a competência diz respeito a capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e

poder de realizar algo”, porém na leitura deste e de outros documentos, é explícito que para o Serviço Social, estas concepções vão além do etimológico.

Competência para o Serviço Social, ainda, segundo Iamamoto (2002, p.2), não é aquela mesma:

[...] personificada no discurso do administrador burocrata, da autoridade fundada na hierarquia que dilui o poder sob a aparência de que não é exercido por ninguém [mas, sim] a competência crítica capaz de desvendar os fundamentos conservantistas e tecnocráticos do discurso da competência burocrática.

E para compreender atribuição é necessário entender que esta é privativa do assistente social, não podendo ser realizada por outros profissionais. Portanto, “o que delimita o caráter da atividade enquanto privativa do assistente social é a sua qualificação enquanto matéria, área e unidade de Serviço Social” (Ibid., p.38).

O Serviço Social, atualmente, na política de saúde, é inserido e se mantém principalmente a partir da concepção de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Sendo assim, se compreende saúde em sua totalidade, não apenas no aspecto biológico, mas também as determinações sociais que causam danos relacionados a saúde ou que produzem saúde.

Partindo desse princípio e, ao ler Mioto e Nogueira (2006), é possível perceber que a atuação do Serviço Social na saúde está estruturada nos princípios de integralidade e interdisciplinaridade da Lei 8.080, como reafirmado nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010)². Além disso, os Parâmetros de atuação na saúde afirmam que assistentes sociais trabalham na política em quatro grandes eixos, sendo eles: “atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (Ibid., p.41). Portanto, nos Parâmetros de atuação do Serviço Social, serão abordadas algumas atribuições e competências principais para atuação nestes quatro grandes eixos, quanto ao atendimento direto ao usuário, é explícito que é fundamental a dimensão investigativa, o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários na garantia de direitos.

Vasconcelos (2006, p.4) vai afirmar que é “[...] pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não”. A autora considera que a organização

² Documento criado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para referenciar e orientar a intervenção, bem como a prática, dos profissionais de Serviço Social na área da saúde.

individual e coletiva do Serviço Social na saúde é ainda passiva e submissa ao movimento das unidades de saúde ou as demandas solicitadas por equipes multiprofissionais e direções de unidade, compreendendo como únicas as demandas imediatas dos usuários.

Tal afirmação contrapõe a perspectiva apresentada pelo CFESS (2010), o qual coloca que as ações socioeducativas devem se constituir como central na atuação do Serviço Social em unidades de saúde. Por ações socioeducativas compreende-se desde informação e debate sobre a rotina hospitalar, funcionamento das unidades até a análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários e repasse a equipe multiprofissional. Nesse sentido, este trabalho adota a perspectiva de Vasconcelos (2006), onde a atuação em saúde pode e deve ir além do explícito. Existe sim uma demanda concreta por liberação de leitos na grande maioria das unidades de saúde. Entretanto, fugir da dimensão de rotinas institucionais e da demanda imediata é necessário. Este aspecto é “que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais” (Ibid., p.5). A autora também coloca como desafio para os profissionais de saúde romper com a lógica de plantão que, para ela, reforça a ideia pacifismo do Serviço Social na saúde pois:

[...] se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários [...] um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social (Ibid., p.5).

CFESS (2010) aponta que a organização do SUS devido a precarização das unidades públicas, a demora no atendimento e a burocratização também demandam desafios para a atuação do Serviço Social na saúde, o que vai de encontro com o exposto por Vasconcelos (2006). Nesse sentido, torna-se demandas para o Serviço Social atividades como: facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência, que não são competências privativas do Serviço Social e, mesmo que necessárias quanto à perspectiva de garantia de direitos, é importante e desafiador superar a dimensão emergencial.

Entretanto, esta pesquisa contrapõe-se à Vasconcelos (2006), quando a mesma resume a prática do plantão há uma prática exclusivamente “burocrática, não assistencial”. Na perspectiva desse trabalho, é ponto pacífico que há problemáticas a serem superadas quanto a prática plantonista. No entanto, compreende-se que existe meios de potencializar a ação do plantão nas instituições de saúde, já que, apesar de emergencial, a prática se faz necessária por muitas vezes ser a porta de entrada para usuários ao sistema de saúde ou outra instituição que sejam necessárias na rede. O grande problema é que:

O plantão é a única atividade comum à maioria dos assistentes sociais, ainda que, em algumas unidades de saúde, esta atividade não seja reconhecida por este nome. O

Plantão não se constitui assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para "resolver o (s) problema(s) do usuário (VASCONCELOS, 2006, p.7).

Para potencializar a prática do plantão, compreendendo também suas contradições, se torna primordial o conhecimento por profissionais de atribuições e competências expressas na Lei nº 8662/93 e as indicações ético-políticas contidas no Código de Ética profissional. A apropriação destas garante meios de posicionamento aos assistentes sociais, proporcionando enfrentamentos institucionais, caso necessário. Também garante a fuga do emergencial para que as ações de assistentes sociais não sejam meramente “complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à dinâmica interna da unidade, em última instância, funcionais à ordem social vigente” (Ibid., p.11).

Um conceito que pode potencializar a atuação de assistentes sociais na saúde, seja na prática de plantões ou rotinas das unidades é o de Prática reflexiva, apresentado por Vasconcelos (2011). Para a autora, esta é uma prática que envolve dois sujeitos sociais, usuário e assistente social, e que politiza as demandas, democratiza informações e busca a superação das práxis cotidianas.

Na leitura dos Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2010) um aspecto que se destaca, quanto à imagem profissional, é a reafirmação que não cabe ao assistente social o uso de terapias individuais ou de grupo. Segundo CFESS (2010), é importante está reafirmação, pois “segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico” (Ibid., p.44). O que retoma uma concepção de caso, grupo e comunidade, sendo um elemento atual que reafirma as diversas concepções sobre a imagem de profissional voltado ao aconselhamento e fiscalização. Ao ler tal afirmação, fica explícito que ainda há profissionais seguindo esta lógica e não buscando “potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” (Ibid., p.44).

O trabalho em equipes multiprofissionais, que é comum no atendimento em saúde, envolve muitos saberes e, nesse sentido, é importante dissociá-los, reconhecer atribuições e competências individuais. Entretanto, é preciso desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações, cria identidades aos seus participantes, o que leva à diluição de suas particularidades profissionais (IAMAMOTO, 2002) e ainda “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (Ibid., p.62).

Sendo assim, para Yamamoto (2002), o que ressalta a atuação do Serviço Social, ao realizar atividades partilhadas com outros profissionais, é que ele dispõe de ângulos particulares de observação e interpretação das ações e dos processos sociais, possuindo também competências distintas para o encaminhamento destas. Nesse sentido, “o trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto” (Ibid., p.64). No entanto, para CFESS (2010, p.47)

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente.

O documento dos Parâmetros de atuação na saúde descreve que o trabalho em equipe apresenta alguns desafios para atuação do Serviço Social, pois o não conhecimento do faz o assistente social leva a equipe multiprofissional a historicamente requisitar aos profissionais diversas ações que não são atribuições do Serviço Social, como, por exemplo, marcação de consultas e exames, solicitação e regulação de ambulância, identificação de vagas em outras unidades da instituição ou fora dela. Compreende-se que estas atividades podem ser vistas pela ótica da garantia de direitos, sendo assim, realizadas por um assistente social, porém esta não é e não deve ser encarada como uma atribuição profissional.

Nas instituições de saúde, o assistente social pode ser compreendido como “um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional” (CFESS, 2010, p.49). Na área da saúde, é “fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana” (Ibid., p.49). Mas, compreender a diversidade e a individualidade humana não deve ser pressuposto para que demandas que não pertençam as atribuições profissionais do Serviço Social sejam atendidas por assistentes sociais. Esta dinâmica, além de gerar a precarização das ações profissionais, pode levar a um não atendimento real da necessidade do usuário, visto que o assistente social não tem conhecimentos específicos para atender a demanda.

Vasconcelos (2006) explicita uma série de formas de atuação que potencializam a atuação do serviço social na saúde que o fazem fugir do imediatismo, refletir sobre a prática e a garantia direitos. Segundo autora, o foco do Serviço Social na saúde deve ser a prática democrática, pois assim assistentes sociais contribuem “na apropriação, pelos usuários, de

categorias de análise do patrimônio intelectual, para que possam, na medida do possível, se colocar criticamente frente ao seu cotidiano e participar da luta política na defesa de seus interesses” (Ibid., p.27).

Portanto, se compreende, a partir da leitura de Vasconcelos (2006), que a democratização da informação, a construção de espaços de discussão coletiva, de palestras, a ocupação de cargos nos Conselhos de Política e de Direitos assegurados aos profissionais de saúde, constroem condições de rompimento com o papel histórico construído pelo Serviço Social na saúde, que, como visto, era vinculado apenas a ação imediatista e que complementava as ações feitas por outros profissionais. Ou seja, a partir da inserção nesses espaços, são criadas possibilidades para superar a lógica de inserção burocrática, individual e acrítica.

4 O ESTUDO DA IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO HU/UFSC

Neste capítulo, será apresentada a instituição em que foi realizada a coleta de dados, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), sua história, estrutura e administração, que implica atualmente discutir também a privatização da saúde pública. Prosseguindo a discussão, será destacado como o Serviço Social se inseriu na instituição, como se organiza e que demandas atende. Também será apresentado a metodologia de pesquisa e explicitar os resultados da pesquisa empírica, em outras palavras, será exposto, neste capítulo, a imagem que a equipe multiprofissional de alta complexidade atribui ao Serviço Social da instituição.

4.1 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), localiza-se na rua Professora Maria Flora Pausewang, na Trindade, em Florianópolis, fazendo parte da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Para compreender esta instituição em seu momento atual, é importante recapitular sua história. O HU/UFSC teve suas obras iniciadas em 1964, desde seu princípio, o Hospital se localiza na UFSC, em seu Campus Universitário da Trindade. O HU/UFSC teve sua efetivação somente em maio de 1980 e esta ocorreu após intensa reivindicação de alunos, professores e comunidade, junto às autoridades federais para que houvesse recursos para o fim da obra e abertura do Hospital, bem como seu devido funcionamento.

Em seu início, apenas existiam leitos para atendimento na clínica médica e na clínica pediátrica, bem como seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto (Unidade de Tratamento Intensivo). Já, a maternidade foi inaugurada em 1996. Em pouco tempo, o Hospital começou a ter atendimento prioritário a quatro grandes áreas, que são: a Clínica Médica, a Cirúrgica, a Pediatria e Tocoginecologia.

Sendo assim, o HU/UFSC passou a atuar nos três níveis de assistência, o primário³⁴, o secundário⁵ e o terciário⁶, se tornando referência estadual em patologias complexas, clínicas e

³ Atendimento no nível básico de saúde, se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

⁴ Não foi visualizado no período de estágio atendimentos no HU/UFSC no nível de atenção primário, entretanto esta informação está no site da instituição.

⁵ Nível médio de complexidade, se estrutura em clínicas e unidades de pronto atendimento onde são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças.

⁶ Atendimento de Alta Complexidade em saúde, onde são realizados atendimentos mais invasivos e de maior risco à vida. Referência: Portal Educação <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil/33011>> Acesso em: 22 de outubro, 12 horas

cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades, sendo uma das características do hospital ter equipes multidisciplinares.

A área de atuação principal do HU/UFSC é, tanto no passado quanto no presente, a política pública de saúde, reunindo profissionais de áreas variadas, contemplando também o ensino, a pesquisa e a extensão. Isso porque o Hospital, por estar inserido em uma universidade federal, é um espaço de aprendizado, visando a melhor condição de saúde dos pacientes.

O HU/UFSC atende diversas idades e gêneros, a instituição tem espaços próprios para a saúde da criança e da mulher, como emergência pediátrica e a unidade ginecológica. Existem também espaços comuns aos adultos, como, por exemplo, a unidade de atendimento emergencial, as unidades cirúrgicas, as de clínica médica e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A instituição tem muitas frentes como abrangência, fazendo o atendimento através de encaminhamentos via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e de outros hospitais do estado de Santa Catarina. Também atende demanda espontânea que chega na emergência e consultas ambulatoriais, marcadas pelo Sistema de Central de Regulação (SISREG). Porém, quando se discute a abrangência do hospital, pode-se afirmar que são comumente atendidos pacientes que são residentes no Estado de Santa Catarina e principalmente da grande Florianópolis, devido à localização da instituição.

Em sua organização administrativa o HU/UFSC tem uma superintendente geral, cargo que é atualmente ocupado pela Prof^ª Maria de Lourdes Rovaris. Além disso, o Hospital é dividido por gerências, cada qual com o seu devido coordenador, gerente e/ou diretor. O HU/UFSC também possui diversas coordenadorias as quais desenvolvem os planos, programas e projetos da instituição.

A instituição tem um caráter multidisciplinar. Dentro de sua estrutura, existem profissionais, dentre graduados e técnicos, das seguintes áreas: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Administração, Informática, Serviço Social, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Radiologia, Farmácia e Engenharia Biomédica. Sem contar com os profissionais terceirizados de segurança e limpeza hospitalar, os quais também compõem o corpo profissional do HU/UFSC.

O Hospital é caracterizado como o maior Hospital Escola de Santa Catarina, tendo como um de seus objetivos, além de promover a saúde, efetivar o ensino, a pesquisa e extensão, o que acontece através dos programas de pós-graduação, internato e oferta de estágio obrigatório e não obrigatórios, para diversos cursos da UFSC e alguns da

Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), como Fonoaudiologia e Fisioterapia, através de um acordo entre as duas universidades. Além disso, o HU/UFSC oferece o Curso Superior de Tecnologia em Radiologia, um convênio com o Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC).

Visando o objetivo educacional a qual a instituição se propõe, desde 2010, o HU/UFSC oferece vagas anuais para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde como uma modalidade de Pós-Graduação, caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados, preceptoria e tutoria. Sobre esse aspecto é importante ressaltar que a residência atende também aos objetivos principais da instituição, que são:

Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam [...] Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária (HU/UFSC, p. 1, 2010).

Afinal, este programa visa à atuação em equipe multiprofissional na atenção em urgência e emergência, alta complexidade, saúde da mulher e da criança, sendo essas fundamentadas nos princípios e diretrizes propostos pelo SUS. É importante destacar que a política pública que mais a perpassa é política de saúde, dado o caráter hospitalar que possui. Entretanto, por ser um Hospital inserido em uma universidade, a segunda política pública que permeia diretamente o HU/UFSC é a de Educação, pois se mantém no interior do prédio aulas, projetos de pesquisa e extensão.

Os recursos do HU/UFSC são adquiridos através da esfera Federal e de contratos com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Santa Catarina e com a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Outra forma que a instituição consegue recursos para sua manutenção é através da Associação de Amigos do Hospital Universitário (AAHU/UFSC). Além disso, os recursos do Hospital estão no orçamento geral da UFSC, especificamente do recurso que advém do Ministério da Educação (MEC) que juntamente com o Ministério da Saúde disponibiliza recursos para o programa de Restruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), que é instituído pelo Decreto nº 7.082, 2010, e que abrange a área de ensino, pesquisa e extensão, assim como de assistência à saúde.

Existem ainda convênios com entidades de fomento à pesquisa, que fornecem recursos através doações, campanhas e contratos com outras instituições.

Se coloca como um desafio para a administração atual a questão do corte de recursos, como aconteceu com diversos hospitais escola no Brasil. Este, é tido como o principal motivo da adesão do HU/UFSC à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma

empresa de natureza privada com caráter público, vinculada ao MEC. O Hospital foi administrado de forma estatal até março de 2016, quando sua coordenação foi assumida pela EBSEH.

Ao procurar sobre a nova administração do Hospital, a EBSEH, é possível descobrir que esta organização é quem administra o REHUF. Este é um recurso que vem para o HU/UFSC e para outros hospitais universitários através do MEC e, segundo o ministério, é administrado pela EBSEH com o intuito de realizar a “recomposição do financiamento dos hospitais universitários federais e a recuperação física e tecnológica das unidades” (MEC, 2013, p.1). Porém, este é um fato que propicia a privatização dos hospitais universitários brasileiros, afinal o recurso em si já foi privatizado, favorecendo assim o sucateamento dos hospitais e a privatização da política nacional de saúde.

Já segundo a EBSEH, sua administração do REHUF tem como objetivo, fazer com que:

Os hospitais universitários federais funcionam como locais de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmicas e de serviço no campo da saúde (EBSEH, 2018, p.1).

Essa é uma perspectiva contraditória, em diversos aspectos, primeiro porque o HU/UFSC é administrado pela mesma organização que administra o recurso que o Hospital recebe. Ou seja, se a adesão a EBSEH foi efetivada visando o não corte de recursos, significa que se esta não fosse realizada o REHUF talvez não chegaria mais ao Hospital, afinal, o HU/UFSC não seria administrado pela empresa que organiza o recurso. Essa situação demonstra um conflito de interesses nesta relação e que, como destacado no parágrafo anterior, favorece a privatização do Hospital.

A partir desta informação, também se torna explícito o objetivo da EBSEH, como administradora do Hospital. Para a esta empresa, o HU/UFSC deve “treinar em serviços”. E esse é um conceito complexo, pois a palavra treinar tem relação com fazer algo repetidamente, sem discutir e analisar a ação. Portanto, esse objetivo não abrange a perspectiva de atendimento multiprofissional, o qual a instituição se propõe e nem ao princípio de equidade, posto na Lei 8.080. Isso porque não propicia a compreensão das particularidades dos usuários. Este conceito de treinamento entende que existe um modo de atender. Expressando que este modo único e específico atenderia de forma integral a todos, o que não é possível.

É importante destacar que o HU/UFSC é uma instituição que talvez tenha decisões para repensar, como esta concepção de treinar em serviços. Porém, ao se propor a promover a saúde e ensinar novos profissionais, o Hospital tem sido referência em muitos aspectos, apesar das condições de perda de recursos que vem sofrendo o SUS e a Educação, perdas estas que não são justificativas para a terceirização dos espaços públicos, a terceirização não é a solução, e isto é perceptível no cotidiano do Hospital em questão.

4.2 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HU/UFSC

Quanto à inserção do Serviço Social no HU/UFSC, é importante recapitular antes de discorrer sobre a profissão, que este hospital teve suas obras iniciadas em 1964, desde seu princípio se localiza na UFSC, no Campus Universitário da Trindade. Porém o HU/UFSC teve sua efetivação somente em maio de 1980, e que ocorreu, após intensa reivindicação de alunos, professores e comunidade, junto às autoridades federais para que houvesse recursos para o fim da obra e abertura do hospital, bem como seu devido funcionamento. O Serviço Social foi uma profissão inserida na instituição, logo em seu início, um mês após sua inauguração, a equipe contava com duas profissionais e, pouco tempo depois, a instituição se constituiu como campo de estágio, então, a equipe começou a ter também oito estagiárias.

No período de implementação da profissão, a área de atuação era basicamente nos ambulatórios e enfermarias, conforme surgiram novas demandas a equipe foi ampliada, bem como o seu campo de atuação, sendo contemplados, a partir deste período, a área de Pediatria, bem como a de Hemoterapia. Porém, apenas após 1984, é que o HU/UFSC contou com profissionais atuando em todas as unidades. Entretanto, o número de profissionais não é suficiente, no passado e no período atual, para todos os ambulatórios da instituição, sendo alguns privilegiados com a imersão dos profissionais e outros apenas atendidos pelo sistema de plantão.

Atualmente, o Serviço Social no HU/UFSC atende principalmente os usuários internados no hospital, bem como seus acompanhantes. Como afirmado anteriormente está presente em todas as unidades de internação. Porém, também, como já explicitado, os profissionais atendem algumas demandas advindas dos ambulatórios, mas nestes casos critérios foram estabelecidos, pois a equipe não daria conta de atender a todos que fazem consultas ambulatoriais. Sendo assim, são priorizados os atendimentos a usuários dos ambulatórios: da quimioterapia; do transplante; do tratamento dialítico; da cirurgia bariátrica; da vascular; e da pediatria.

Para tais atendimentos, atualmente o Serviço Social do HU/UFSC conta com 4 salas dentro da instituição, sendo a sala principal da equipe, localizada na entrada dos ambulatórios do Hospital. Além dessas, a equipe conta com uma sala no terceiro andar da instituição, que também é de uso comum a todos os profissionais, e outras duas, as quais são um pouco mais restritas aos profissionais das unidades e que são localizadas uma na área pediátrica e outra da saúde da mulher.

Segundo análise institucional, realizada em 2017, o motivo para esses critérios de priorização de ambulatórios em detrimento a outros ocorre, não apenas devido ao número de profissionais, mas também porque existe na instituição, uma demanda externa que acaba chegando ao Serviço Social, como pessoas em situação de rua que buscam os profissionais. Sendo a demanda externa uma característica particular do HU/UFSC, pois toda a pessoa que buscar o serviço terá acesso à sala do ambulatório, em que prioritariamente ficam os profissionais de Serviço Social, acesso que, em outras instituições, é mais restrito.

É perceptível que muitas foram as modificações que ocorreram dentro da instituição com o passar do tempo, bem como na política de saúde, na gestão do Hospital, assim como na equipe de Serviço Social, na forma de atuação e visão que os profissionais tinham desta. Mas é importante salientar que o Serviço Social se fortaleceu na instituição com o passar do tempo e atualmente, segundo o plano diretor estratégico da instituição (2017-2018), é vinculado a Gerencia de Atenção à Saúde e a unidade de atenção psicossocial.

Atualmente, no HU/UFSC, após os ganhos da reforma sanitária, do movimento de reconceituação do Serviço Social e da adoção pela Lei 8.080 da compreensão do conceito ampliado de saúde, a atuação do profissional de Serviço Social acontece buscando identificar as necessidades sociais apresentadas pelos usuários, como apontado por Burlin (2006, p. 62):

O trabalho do Serviço Social visa identificar as necessidades sociais apresentadas por seus usuários e seus anseios a serem trabalhados, e facilitar a comunicação entre pacientes e médicos, pois muitos não compreendem o vocabulário técnico. O Serviço Social procura identificar as necessidades sócioeconômico-cultural dos usuários, fazendo assim a interligação de suas necessidades as suas condições de saúde, para a transformação do seu cotidiano.

A partir da vivência de estágio no HU/UFSC, compreende-se que mesmo com a concepção de trabalho relacionado à perspectiva de direito fortemente marcada, existe a tendência, por parte dos profissionais das equipes multiprofissionais do HU/UFSC, de não ter conhecimento do que faz o Serviço Social ou de não saber o que fazer e/ou como agir frente a algumas situações, sendo que, nesses casos, a primeira ação é o encaminhamento ao Serviço Social. Essa situação acarreta em demandas não privativas do Serviço Social chegando para

esses profissionais. Assim, não sendo muitas vezes casos atribuídos ao Serviço Social. E esta situação é motivadora para a confirmação da principal hipótese desta pesquisa, pois aparentemente, equipes não têm uma imagem clara do Serviço Social, o atribuindo ainda a ajuda, a um profissional que apenas fornece informação.

No HU/UFSC nem um dos profissionais de Serviço Social ocupa no momento cargos de gestão, não são eles que administram ou coordenam, bem como determinam planos, programas e projetos. A instituição é um hospital e por esse motivo os assistentes sociais não são os agentes privilegiados. Os agentes privilegiados ou agentes institucionais no HU/UFSC são os médicos, pois, do ponto de vista popular, são eles que detém o maior conhecimento da instituição, como apontado por Oliveira e Sampaio (2014, p. 121):

O reconhecimento da condição de agente institucional, inclusive, viabiliza-se a distinção entre o objetivo institucional requisitado e o que concerne, especificamente, ao fazer profissional do agente, preservando seus objetivos sem mimetismo com os da instituição empregadora.

Em outras palavras, o objetivo desse agente institucional se confunde com o da instituição, mas não necessariamente ele é o que detém mais conhecimento. Mas, os profissionais da Medicina são vistos como tal e tem autonomia maior para determinar planos, programas e projetos, bem como executá-los. Entretanto, na instituição o assistente social realiza atividades descritas na Lei de Regulamentação da Profissão n. 8.662/1993, como:

[...] III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...] V - Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; [...] XI - Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. X - Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social. (BRASIL, 1993, art. 4º e 5º)

O assistente social no HU/UFSC também exerce a função de preceptor da residência multiprofissional em saúde, tendo como função: “A supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista” (BRASIL, 2012, Art. 13º).

A articulação com a rede de serviços, tida como algo imprescindível para a realização do trabalho do assistente social na instituição, sendo esta não formalizada, mas construída e reforçada no cotidiano profissional, havendo momentos em que se avança nesse processo, outros em que se retrocede. No entanto, existe uma parceria importante com as assistentes sociais da Previdência Social, bem como as unidades básicas de saúde. Isso ocorreu também

por causa da residência multiprofissional em saúde, pois os residentes que estão no segundo ano da residência, fazem estágio obrigatórios previstos no programa da residência multiprofissional nessas unidades básicas, como também em outras instituições, como o centro de pesquisas oncológicas (CEPON), o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Hospital Nereu Ramos e o Hospital Celso Ramos, fortalecendo o vínculo entre as equipes.

Segundo análise institucional (2017), também existe a articulação com os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, além disso, essa articulação existe e é fortalecida para atender as demandas do usuário, garantindo a continuidade da atenção em rede. Outra articulação necessária e praticamente diária é dos profissionais da atenção à saúde da mulher e da criança com os conselhos, principalmente, do Conselho Tutelar, visando sempre proporcionar o atendimento da forma mais plural possível para o usuário. Mas, é possível perceber que essa articulação vem sendo fragilizada, pois muitos desses órgãos como os CRAS e unidades básicas de saúde vem ficando com o número de profissionais reduzido, bem como menos recursos e dificuldade para acolher esse usuário encaminhado pelo HU/UFSC e atender suas necessidades.

Para que o processo de análise e avaliação ocorra de forma plural, a equipe de Serviço Social da instituição faz reuniões quinzenalmente para discutir sobre o trabalho, também existem reuniões multiprofissionais nas unidades para discutir sobre usuários. São práticas comuns aos assistentes sociais do HU/UFSC: a realização de entrevistas, visitas domiciliares e institucionais, encaminhamentos para a rede de apoio, construção de relatórios técnicos. Já os registros dos usuários são feitos a partir do sistema próprio do HU/UFSC, além disso esses registros também são impressos e colocados no prontuário, sendo no prontuário visíveis para os outros profissionais.

Entretanto, para realização do atendimento das unidades, existe um planejamento construído pela equipe de Serviço Social, o qual delimita as ações dos profissionais e explicita qual a função do assistente social no HU/UFSC. Entretanto, esse planejamento também pode variar de acordo com a unidade e com o profissional de Serviço Social que nela atua, pois muitas vezes o atendimento é emergencial, então, existe o espaço para o profissional exercer sua autonomia e escolher a maneira de atuar devido a tal situação, sendo o processo de análise e avaliação constante, o que reforça a ideia de que a imagem do assistente social, também, depende muito do que ele compreende ser a profissão, de suas crenças e ideologias.

4.3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Compreendendo a especificidade do tema e a importância desta discussão no âmbito do Serviço Social, esta será uma pesquisa de caráter exploratório, que

[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2002, p.41).

Seguindo esta linha, ao longo da pesquisa, foi realizada uma análise qualitativa, pois esta é mais adequada para responder as questões que a pesquisa se propôs a desvendar, assim como a área de conhecimento a qual ela está inserida, ou seja, as Ciências Sociais Aplicadas.

A análise qualitativa, segundo Gil (2002), depende de fatores como os dados coletados, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação, podendo ser definida como “uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório” (Ibid., p.133).

O levantamento de dados qualitativos se deu prioritariamente através de pesquisa de campo, a qual foi realizada no HU/UFSC, com profissionais da equipe multiprofissional, utilizando-se como instrumento técnico de coleta a entrevista semiestruturada. A escolha por este instrumento ocorreu a partir da natureza exploratória da pesquisa e da temática a qual se propõe a discutir.

Entrevistas são muito utilizadas em estudos exploratórios, com o propósito de proporcionar melhor compreensão do problema, gerar hipóteses e fornecer elementos para a construção de instrumentos de coleta de dados. Mas também podem ser utilizadas para investigar um tema em profundidade, como ocorre nas pesquisas designadas como qualitativas. (GIL, 2008, p.114)

O que se propõe com esse estudo é fazer um debate sobre a imagem atribuída ao assistente social, o significado social do Serviço Social, assim como sobre quais são as atribuições e competências deste profissional na área de alta complexidade em saúde, na perspectiva dos agentes da equipe multiprofissional que desenvolvem processos de trabalho coletivos com o Serviço Social na instituição ou que encaminham e solicitam seu trabalho. Isto, buscando compreender como se dá a realidade do assistente social no HU/UFSC, e como é construída a imagem do profissional nesse espaço. Através dos aspectos anteriormente levantados buscar-se-á responder à questão: Qual a imagem sobre o que é, e o que faz o assistente social para os profissionais da equipe multiprofissional do HU/UFSC?

Nesse sentido, realizou-se entrevistas com profissionais da Fonoaudiologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia do HU/UFSC, em diversas unidades do

atendimento em alta complexidade do Hospital. Delimitou-se tais profissionais, pois são aqueles que mantêm processos de trabalho conjunto com o Serviço Social na instituição ou que encaminham ou solicitam seu trabalho. A escolha pela área, deixando de lado os profissionais da atenção à saúde da mulher e da criança, se justifica porque a alta complexidade foi a imersão da pesquisadora enquanto estagiária, portanto, existiu uma proximidade no período com o grupo de profissionais selecionado.

A escolha dos profissionais teve como base a residência multiprofissional do HU/UFSC, pois esta delimita estas profissões como a equipe multiprofissional das unidades, porém a residência também abrange os profissionais de Odontologia e Farmácia, os quais não serão incluídos na pesquisa. Como estagiária no período de um ano e meio, não foi visualizado a participação destes na atuação multiprofissional nas unidades, isto porque as profissões de Odontologia e Farmácia tem uma realidade diferente de atendimento no hospital. Essas áreas atendem com menor frequência os pacientes internados, pois poucas são as interferências destes conhecimentos nos processos de internação, ao menos nos processos relacionados ao Serviço Social e nos casos acompanhados no processo de estágio, o que não desmerece seu saber profissional e a sua visão sobre o assistente social, mas, por não estar relacionado com o trabalho cotidiano, analisamos que podem oferecer poucos elementos para a pesquisa.

Outros profissionais os quais não serão mencionados na pesquisa são os de Segurança, Limpeza e técnicos em geral do HU/UFSC, não sendo o motivo da exclusão o não trabalho direto com o profissional de Serviço Social, pois este é recorrente sendo relacionado com as demandas atendidas, de transporte, de segurança, de atenção à saúde, mas porque a pesquisa se delimita aos parâmetros de profissionais da residência multiprofissional.

Nesse sentido, foi entrevistado um profissional efetivo de cada profissão citada anteriormente, portanto seis profissionais das áreas de: Fonoaudiologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, buscando assim ter uma amostra do número de profissionais existentes no HU/UFSC. Nessa representividade aleatória foram contemplados os profissionais os quais tinham disponibilidade e vontade de participar da pesquisa.

Sendo assim, abaixo se apresenta as questões da entrevista semiestruturada aplicada com os profissionais de Fonoaudiologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia do HU/UFSC.

- 1) O que é o Serviço Social para você?
- 2) O que você acha que o assistente social faz?

3) Na sua opinião quais são os conhecimentos necessários para a formação de um profissional do Serviço Social?

4) Em quais situações você chamaria um assistente social para atender ou discutir a situação?

5) Por quais motivos você acredita que o Serviço Social é uma profissão inserida desde o início do atendimento no HU/UFSC?

6) Você acha que o número de assistentes sociais no HU/UFSC é suficiente para a demanda?

7) Como você avaliaria a atuação do Serviço social aqui no HU/UFSC?

Para realização das entrevistas, como explicado anteriormente, a presente pesquisa foi submetida ao CEPESH da UFSC e aprovada pelo parecer número 2.903.290, de 19 de Setembro de 2018. A partir do dia 26 de Setembro foi dado início as entrevistas, as quais ocorreram até dia 03 de Outubro no HU/UFSC, local em que os profissionais citados anteriormente laboram.

Buscando manter o sigilo sobre as identidades dos profissionais ao longo da análise dos dados utilizou-se no masculino o nome relativo a profissão, assim como ocultou-se a unidade de atuação dos entrevistados, mesmo que ela apareça ao longo das entrevistas. A exceção ocorre nos casos em que identificar a unidade seja imprescindível para compreender a resposta e o conceito apresentado pelo entrevistado.

Para realizar a análise, foi feito a transcrição das entrevistas e um quadro comparativo em que são apresentadas lado a lado todas as respostas para a pergunta relativa. Essa organização possibilita a comparação e a compreensão das semelhanças e diferenças entre as visões da equipe multiprofissional. Os resultados da pesquisa empírica serão apresentados na seção, a qual se propõe a apresentar a imagem que a equipe multiprofissional de atenção em alta complexidade do HU/UFSC atribui ao Serviço Social.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL

Nesta seção, será abordado os resultados identificados através das entrevistas com os profissionais de equipes multiprofissionais da alta complexidade do HU/UFSC. Por equipe multiprofissional, é compreendido um conjunto de profissionais de diversos saberes, os quais atuam conjuntamente para atender a totalidade das demandas dos usuários, visando os princípios de integralidade, universalidade e equidade previstos na Lei nº 8.080, como

apontado no documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, que visa a Humanização do SUS e foi organizado pelo Ministério da Saúde em 2010.

Nesse sentido, é importante ressaltar que apesar de uma amostra aleatória buscou-se profissionais que tivessem relação direta com a atuação do Serviço Social, pois assim existem mais elementos para discutir a imagem dos assistentes sociais da alta complexidade do HU/UFSC, visto que esta percepção sai da imagem de senso comum sobre a profissão para se relacionar com aspectos concretos da prática nas equipes multiprofissionais.

A maioria dos profissionais da equipe multiprofissional ao responder a primeira questão, sobre o significado social da profissão, apontou a compreensão de que este é parte fundamental e indispensável nas equipes multiprofissionais de atenção em saúde. Afirmando que este garante direitos e ao mesmo tempo existe no Hospital porque os problemas sociais dos usuários não deixam de existir, a partir do momento em que ele está internado. O processo de adoecimento é apenas um agravante, desta forma, para a maioria dos profissionais entrevistados, os assistentes sociais são aqueles que detém o olhar para tais demandas e fazem a ligação com a vida externa, anterior ao Hospital e o processo de internação dos usuários, isto fica claro por exemplo na fala dos profissionais de Medicina e Fonoaudiologia, respectivamente:

O Serviço Social é parte indispensável da equipe multiprofissional de atenção ao paciente, mais especificamente ao trabalho que eu faço que é de cuidado paliativo, ele é membro indispensável na medida em que a gente reconhece o cuidado ao paciente envolve todas as dimensões, não apenas biológicas, mas psíquicas e sociais é fundamental que a gente tenha profissionais especializados no acolhimento das necessidades sociais do paciente (MÉDICO, 2018).

Vocês são profissionais que conseguem abordar muito e estão na área da saúde porque o processo de adoecimento tem impactos na vida social do sujeito. Eu acho que o Serviço Social tem esse olhar para o contexto de que o sujeito está inserido, seja por questões, enfim, financeiras ou de moradia, questões de estar assegurado pelo governo dos nossos direitos. Eu vejo que o Serviço Social acaba sendo a profissão que garante esse amparo do que deveria ser nosso, que olha para isso para as nossas questões que perpassam o nosso trabalho, a nossa aposentadoria, o nosso bem-estar, enquanto sociedade e, aí, a saúde, ela, faz parte disso, o usuário principalmente quando ele está aqui na nossa instituição ele precisa que alguém tenha esse olhar para o lado de fora (FONOAUDIÓLOGO, 2018).

É possível verificar nas falas que nem toda a pluralidade de demandas que o Serviço Social se desdobra no cotidiano do HU/UFSC é compreendida pelos profissionais da equipe multiprofissional, reduzindo esta atuação a demandas socioeconômicas, previdenciárias e de moradia. No entanto, fica claro também a concepção trazida de acesso a direitos, a imagem de que o assistente social é o profissional que pensa com seus usuários aspectos fora internação, que existe na política de saúde porque é um profissional que compreende a saúde, além do biológico, que é o motivo inicial da internação ou da busca por hospitais, como o HU/UFSC.

A fala dos profissionais da equipe multiprofissional apresenta os aspectos visualizados no imediato das instituições de saúde e, como apresentado por Nogueira (2011), a autora discorre sobre determinantes estruturais e são estes que o Serviço Social desvenda constantemente na atuação em instituições de saúde.

Por trás dos determinantes imediatos da saúde (educação, habitação, emprego decente, segurança alimentar, proteção social e cuidados universais de saúde) encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão (NOGUEIRA, 2011, p.62).

A imagem do Serviço Social como aquele profissional da ajuda e voltado para o assistencialismo apareceu em algumas repostas, mas de forma sutil. Apareceram vertentes muito ligadas ao cuidado, o que é relacionado também com a compreensão de saúde que cada profissional possui. Porém, apareceram respostas as quais colocam o Serviço Social em uma posição de subalternidade na política de saúde. Isso porque uma das respostas compreende que “*o Serviço Social existe para ajudar tanto os pacientes quanto os profissionais nas questões que envolvem a necessidade do paciente*” (ENFERMEIRO, 2018) aspecto que ressalta a perspectiva de inserção do Serviço Social na saúde, que era ligada a vertente de auxiliar outros profissionais, principalmente os médicos. Outra resposta apesar de citar a busca por direitos sociais, não compreende o Serviço Social como profissão, o que favorece para a precarização da profissão.

Não sei posso dizer uma profissão, mas é um conjunto de práticas que podem auxiliar o paciente. Se a gente está pensando o Serviço Social hospitalar, ajudar o paciente em diversas situações desde a busca de alguns direitos sociais, econômicos financeiros, até situações mais simples de auxílio de um acompanhante, a busca de um familiar que não está presente (NUTRICIONISTA, 2018).

Estas concepções reforçam a ideia apresentada por Matos e Bravo (2006). Os autores apontam a inserção do Serviço Social na saúde como um processo em que a profissão era vista como auxiliar do médico, perspectiva reforçada pela concepção de saúde existente no período a qual primava pelo biológico e girava em torno da figura do médico. Reafirmar hoje tais conceitos significa ter uma percepção antiga não apenas sobre a profissão, mas também sobre a saúde. Entretanto, tal conceito de saúde, que reafirma a centralidade no biológico, se torna atualmente cada vez mais presente nas instituições de saúde brasileiras, dado a constante precarização e mercantilização do SUS (ANDREAZZI E BRAVO, 2014).

Ao discorrem sobre a segunda questão, a qual também é relacionada com o significado social da profissão, todos os profissionais relataram a presença dos assistentes sociais nas unidades e destacaram a importância desta. A maioria também ressaltou o acesso a direitos como algo que o Serviço Social faz na instituição, ressaltando novamente que o Serviço

Social é a profissão que faz a ponte entre as necessidades do usuário internado com o mundo externo ao Hospital, ou seja, que relaciona as demandas do usuário com a rede de apoio assistencial, seja esta estatal ou familiar.

Faz toda essa parte do acesso a direitos, benefícios, a parte de assistência mesmo inclusive de poder acessar benefícios fora do Hospital. Faz a parte de manejo de conflito familiar também. Eu sempre digo que a Psicologia e o Serviço Social são profissões que são primas irmãs, lidam com demandas parecidas, de maneiras diferentes, mas de maneiras complementares. Então, acredito que aqui no Hospital se lide muito com essa questão de auxiliar os pacientes e os familiares a se organizarem em relação aos direitos e benefícios dentro e fora do Hospital (PSICÓLOGO, 2018).

Assim pelo contato que eu vejo com vocês, é como se vocês fossem a nossa ponte com o lado de lá mesmo. Aqui, o sujeito, enfim, o paciente está sendo alimentado, está sendo medicado. O que ele está vivenciando aqui não tem custo e vocês fazem a nossa ponte [de] como ele vai ficar do lado de fora, então, onde ele vai estar inserido: [se] ele tem uma casa para morar, [se] ele tem um familiar que pode ser responsável por ele, [se] ele precisa estar em uma instituição para dar conta das demandas dele, [se] esse paciente tem um ganho financeiro, [se] ele tem um trabalho, [se] ele paga os impostos que garantem a ele um retorno ou um benefício. Então, eu vejo que aqui, no Hospital, vocês tentam, além de garantir que essas necessidades básicas sejam supridas do lado de fora. Vocês fazem a ponte com o familiar também como que é essa rotina familiar, como que essa rotina familiar foi alterada por conta do doente, por conta da pessoa estar aqui. Como também fazem a ponte para que o pai possa vir, o irmão possa vir, alguém possa vir para auxiliar nesses cuidados, sem que eles tenham mais desajustes ainda, mais modificações na rotina e para que eles não tenham perda maiores (FONOAUDIÓLOGO, 2018).

Ao ler este relato, existe a possibilidade de poder compreender que o profissional de fonoaudiologia estabelece uma relação entre a atuação dos profissionais do Serviço Social e a “família desajustada”, a partir do conceito mais popular e difundido. Este aspecto que é, inclusive, contrário a concepção que o Serviço Social de família, isso porque a concepção de “desajustes” implica em um modelo ideal e concreto de família que, como se sabe, não existe. Entretanto, acredito ser importante destacar que este conceito de uma suposta família ideal também não é o compreendido pelo entrevistado, visto que ele mesmo explicita “*processo de adoecimento ter impactos na vida social do sujeito*” e por esse motivo durante a entrevista fica claro sua compreensão dos determinantes sociais em saúde e que o uso da expressão “desajustes” se refere ao processo de internação e suas consequências, causando os “desajustes familiares”, ao passo que demanda o acompanhamento de usuários internados.

O entrevistado destaca apenas as possíveis consequências da internação, mencionando vislumbres desses reflexos após a alta. Sua fala alardeia inclusive para um fato que é concreto na realidade dos hospitais, e que levanta a uma questão importante e que precisa ser discutida na inserção profissional em saúde: a responsabilização da família no papel do cuidado. Alguns profissionais, a partir da fala infere-se que não o entrevistado em questão, compreendem que cabe à família aspectos do cuidado que, na verdade, são obrigações das

equipes de saúde, como, por exemplo, dar banho, trocar fraldas e estar 24 horas no acompanhamento da internação.

Outro ponto é que quando o profissional entrevistado se refere a “mais desajustes”, considera que o processo de internação modifica a realidade de familiares. Dessa forma, entende que o Serviço Social é o profissional que busca pensar com familiares como realizar o acompanhamento da internação sem maiores sobrecargas, pensando muitas vezes na relação de vínculo trabalhista também destes acompanhantes, o Fonoaudiólogo explicitou em vários momentos que compreende o assistente social como o profissional que faz a ponte com aspectos extra hospitalares e destaca a importância desse serviço nas unidades de saúde.

Entretanto, é importante destacar que esta não necessariamente é uma atribuição privativa do Serviço Social. Outros profissionais podem se dispor a pensar com as famílias o acompanhamento hospitalar e até convocar reuniões para discutir sobre a temática. Mas, a partir da rotina de estágio, foi possível visualizar que o Serviço Social muitas vezes assume esta demanda por reconhecer que outros profissionais buscam culpabilizar a família e obrigá-la a assumir demandas institucionais. Esse elemento já destacado por Mioto (2015) e que se contrapõe a Lei nº 8.080, pois ter um acompanhante é direito do paciente e não dever da família.

Entrevistas com famílias e profissionais de saúde deixaram claro que os processos de responsabilização das famílias relacionam-se também com as expectativas das equipes de saúde, quando projetam na família o protagonismo no acompanhamento e cuidado do usuário. O cuidado, nesse contexto, é entendido como algo natural e intrínseco às famílias e é representado nas instituições pela figura do acompanhante – geralmente mulher. Entre os profissionais há um consenso de que o conjunto de ações desenvolvidas pelos familiares tem grande impacto no cotidiano dos processos de trabalho nas instituições, pois o acompanhante executa inúmeras ações que aliviam a carga de trabalho em todo o ambiente hospitalar (MIOTO, 2015, p.708-709).

Em outro momento da fala dos profissionais, é possível compreender que o profissional de Psicologia confunde as atribuições do profissional de Serviço Social e da Psicologia quando afirma que estas são primas irmãs, pessoalmente não faço esta compreensão pois visualizo que o entrevistado relata tal concepção por visualizar a atendimento das profissões como complementares, relatando que no cotidiano é comum que ambas lidem com conflitos familiares, seja durante a internação ou na alta dos pacientes, entretanto reconheço que é passível outra interpretação da fala do profissional. Além disso é imprescindível lembrar que essa não é uma atribuição privativa do Serviço Social ou da Psicologia, apesar de envolver aspectos prioritários destas profissões. Em um atendimento ampliado de saúde, outros profissionais também podem e devem se dispor a orientar familiares, a organizar alta dos

pacientes, ou seja, outros profissionais também podem analisar a saúde para além do biológico e na perspectiva de direitos.

Na terceira pergunta, a qual vai prioritariamente tratar dos conhecimentos necessários para a formação de um assistente social, a questão de legislações e conhecimentos relacionados ao direito foi unânime em todas as respostas. Entretanto, alguns profissionais levantaram também a importância de saber trabalhar em equipe, da escuta qualificada. Também foi apontado que o assistente social deve ter conhecimento sobre cultura e economia, conhecer sobre patologias, pensando na atuação no âmbito das instituições de saúde, e quais benefícios são possíveis para cada processo de adoecimento. Os entrevistados também afirmaram que o assistente social deve ter conhecimentos relacionados às políticas públicas, como educação e previdência, assim como da conjuntura atual do país. Elementos esses que também são destacados por Nogueira (2011). Essas falas ressaltam que atuação do profissional do Serviço Social em saúde se baseia em três pilares, que são: o direito à saúde; as necessidades sociais em saúde e a produção da saúde.

O assistente social ele tem que ter uma excelente habilidade de trabalhar em equipe, tem que ter um conhecimento amplo do significado de saúde e doença, em especial, os aspectos sociais, do que é saúde, do que é doença, ter claro o entendimento técnico de como que as leis e os processos todos eles funcionam. [...] Habilidades de comunicação, acredito que são habilidades essenciais ao assistente social porque ele está constantemente lidando com pessoas em situação de fragilidade, não só social, mas também fragilidade emocional por que estão lidando com uma situação difícil de vida e essa delicadeza com o trato com as pessoas tanto com as que fazem parte da equipe quanto com os nossos clientes, são habilidades essenciais (MÉDICO, 2018).

Precisa ter um conhecimento das patologias, tem que saber qual é o nível daquela doença se é tão crítico ou não para que ele possa entender até essa questão. Eu acho que ele precisa conhecer o Fluxo, também um pouquinho das outras áreas profissionais para que ele possa entender como funciona o fluxo da demanda do Hospital. Eu acho que a questão de saber sobre a escuta, do ouvir, por que vocês têm muito também essa questão do acolhimento também junto ao paciente e a família, vocês trabalham muito também com a família (FISIOTERAPEUTA, 2018).

É possível perceber que são citadas habilidades que não necessariamente dependem de uma qualificação superior, apesar de acreditar que são habilidades que necessitam de alguma forma qualificação técnica, como trabalho em equipe, comunicação e conhecimento do fluxo institucional. Além disso, estas também são habilidades que deveriam ser comuns a todos os profissionais de saúde, pois, esses também lidam com a fragilidade de um processo saúde e doença, como explícito pelo médico. Também é discutido sobre o conhecimento específico de patologias, visto que a área de inserção demanda estes conhecimentos, pois compreender os aspectos biológicos, no caso do Serviço Social, pode potencializar a ação e fazer com que o profissional possa visualizar e discutir aspectos para além do imediato.

Mesmo que de forma implícita, os profissionais ressaltam em sua fala aspectos apresentados por Miotto e Nogueira (2006), ou seja, que a atuação do assistente social busca a universalidade e a equidade no atendimento em saúde. Aspecto que nem todas as profissões levam em consideração. Por isso, se torna cotidiano o atendimento voltado às famílias, pois pensar um processo de internação também envolve esses sujeitos e não apenas o usuário doente, que é aquele a quem se destina a atividade fim da instituição.

Viabilizando concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde. Uma integralidade entendida como princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (MIOTTO, NOGUEIRA, 2006, p.6).

O atendimento nas instituições de saúde é pensado atualmente a partir das premissões da Política Nacional de Humanização (PNH). Por esse motivo foi fortemente destacado a questão da escuta qualificada, mesmo que esta não demande uma qualificação superior, mas sim uma qualificação técnica, pois é a partir dela que se pensa outras formas de atuação na saúde. O acolhimento com escuta qualificada é o início para se pensar as intervenções profissionais futuras com os usuários, não apenas para o Serviço Social, como explicitado no Cadernos Humaniza SUS.

A quarta questão é relativa as demandas que poderiam ser atendidas juntos, concretamente sobre em que momento os profissionais da equipe multiprofissional discutem ou buscam o Serviço Social. Alguns profissionais relataram que costumam chamar o Serviço Social para discutir ou orientar sobre questões práticas e burocráticas, como no momento do falecimento do paciente. Também relataram que solicitam atuação profissional quando são perguntados sobre benefícios ou demandas que acreditam ser do Serviço Social.

Olha, as vezes vários pacientes perguntam para a gente e a gente não sabe responder e a gente diz: olha isso é com o Serviço Social, tipo questão, às vezes, eles perguntam “ah, vou ficar com acompanhante, será que ele tem direito a comida?”; aí a gente diz que tem que ver isso com o Serviço Social. “Ah, eu não tenho onde ficar, tem casa de repouso?”. Questão assim... várias vezes eles perguntam “aí eu preciso deixar alguém como procurador para tirar dinheiro ou pagar minhas contas?”, essas coisas de quando está internado ou, às vezes, a gente orienta: “olha isso o Senhor fala com a assistente social”. Então, volta e meia eles perguntam para a gente e eu não sei, né? A princípio eu entendo que tem a Psicologia, que trabalha outras questões, e o Serviço Social, essas questões mais burocráticas e práticas (FISIOTERAPEUTA, 2018).

A concepção apresentada na fala acima, quando afirma que “pacientes perguntam para a gente e a gente não sabe responder e a gente diz: olha isso é com o Serviço Social”, ressalta que o problema é não reconhecimento da profissão. Afinal, a afirmação fortalece a perspectiva de encaminhar demandas não reconhecidas por outros profissionais ao Serviço

Social. O que gera precarização do atendimento, visto que, às vezes, o Serviço Social também não possui o conhecimento necessário para ação, sobrecarregando assistentes sociais. Este contexto inclusive é problematizado pelo mesmo profissional em outro momento da entrevista, o que será aprofundado posteriormente. Nessa ocasião, ele discutirá a falta de espaços para conhecimento do que o outro profissional faz, o que acarreta em muitas demandas não próprias do Serviço Social a serem destinadas a esta equipe.

Os aspectos burocráticos e imediatistas, trazidos também na fala do profissional, são discutidos por Vasconcelos (2006). A autora afirma que é um desafio para o Serviço Social de colocar para além desta dimensão, destacando que a demanda dos assistentes sociais extrapola a lógica burocrática da instituição, sendo necessário reconhecer as demandas implícitas e que, para essa identificação, é imprescindível a fundamentação teórica, ressaltando inclusive aspectos discutidos anteriormente de que a demanda imediata pode ser um caminho para intervenções mediatas.

As demandas que extrapolem o controle burocrático dos serviços institucionais, ou seja, as demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social, etc. ficam negligenciadas. Demandas que, contidas nas solicitações dos usuários, precisam de teoria para serem identificadas. Demandas implícitas, que não reconhecidas, conseqüentemente, não são consideradas, pelos assistentes sociais, como demandas para o Serviço Social. Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na 'queixa' e/ou 'problema', expresso e/ou manifestado pelos usuários (VASCONCELOS, 2006, p. 10).

Entretanto, houve profissionais que fugiram da lógica do assistente social como um profissional da imediaticidade e destacaram a importância da atuação do Serviço Social com a família, de como assistentes sociais fazem com que a equipe multiprofissional possa também ver além do biológico e refletir sobre os determinantes sociais em saúde. Nesta pergunta, o Nutricionista, trouxe um exemplo prático de como ocorre a atuação multiprofissional e de qual é o papel do Serviço Social nessa relação.

Eu trabalho na Unidade de Tratamento Dialítico e um caso muito relevante dos últimos dias e últimas semanas é uma paciente indígena que precisa de alguns cuidados relacionados a orientações nutricionais que somente ela não conseguiria aplicar sozinha, precisa também de um auxílio da família e da comunidade que ela vive, ela vive em uma tribo. Eu acho que o Serviço Social auxiliando o trabalho do nutricionista nessa situação é muito importante para fazer uma ponte, uma ligação, da avaliação e da orientação nutricional para a comunidade que ela vive, até para trazer essas informações para nós da nutrição no sentido de que eu devo orientar de que forma, de que forma que aquela comunidade vive, ela planta, ela cria animais, como que é a questão social, eles recebem benefício, cesta básica, o que eu consigo orientar relacionado à realidade dela, não ao meu ideal (NUTRICIONISTA, 2018).

Aspectos relacionados à importância do Serviço Social nas equipes, dada a leitura da realidade feita por ele e discutida com a equipe multiprofissional, também foi apresentado em outras respostas. O Psicólogo destacou que é importante a atuação multiprofissional em todos os casos e que cada profissão sempre tem um conhecimento e um olhar diferente que pode acrescentar no trabalho junto aos usuários. Já, o Fonoaudiólogo destacou que a compreensão da realidade trazida pelo profissional de Serviço Social é importante, principalmente, pensando em como diminuir os impactos do processo de adoecimento dos usuários para a família, pois esta terá sua realidade totalmente modificada, a partir da internação com o acompanhamento do doente. Sendo assim, o Fonoaudiólogo também ressalta a importância do profissional pensando o retorno dos usuários para casa e as determinantes sociais que influenciam neste retorno. Ele destacou a importância multiprofissional pensando a alta como um processo que não é apenas da Medicina, o que corrobora com o que foi apontado por Leal e Xavier (2015) que discutem a alta hospitalar e a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde.

A questão número cinco, relacionada ao processo de inserção do Serviço Social no HU/UFSC, buscou compreender porque os profissionais acreditam que, mesmo não sendo lembrada facilmente como uma profissão de saúde, assistentes sociais estão inseridos no HU/UFSC, desde praticamente sua inauguração. Nesta questão, tanto Médico, Enfermeiro, Nutricionista quanto Fisioterapeuta afirmaram que esta inserção é dada por não se poder pensar saúde sem este profissional, visando a atenção integral em saúde. O Psicólogo ressaltou a perspectiva apresentada por outros profissionais e ressaltou que o Serviço Social existe nos hospitais e na saúde porque

Os pacientes e as famílias trazem para dentro do Hospital, assim como trazem a realidade psicológica e emocional, o seu contexto social e por isso um profissional que trabalhe especificamente a questão de vulnerabilidade de direitos sociais, precisa fazer parte da equipe e precisa ser visualizado como um profissional que precisa estar dentro do Hospital sim e inclusive para provocar esse estranhamento nas equipes e nos profissionais que não têm essa dimensão integral do paciente (PSICÓLOGO, 2018).

A perspectiva apresentada vai ao encontro do que afirma Mito e Nogueira (2006): o processo de saúde e doença é uma representação da inserção humana na sociedade. E quando o profissional destaca que o Serviço Social existe para causar um estranhamento nos outros profissionais reforça a ideia de que a perspectiva de saúde como apenas biológico tem voltado a ser presente nas unidades de saúde. O profissional destaca que o Serviço Social, bem como

outras profissões, se torna resistência nesses espaços e faz refletir sobre os determinantes sociais em saúde.

A resposta do Fonoaudiólogo complementa o conceito apresentado pelo profissional de Psicologia, entretanto aborda também o conceito, apresentado por Nogueira (2011), de produção de saúde. Em sua fala, vai destacar o pensar para depois do processo de adoecimento, como pensar possíveis limitações e como promover autonomia aos usuários e familiares, destacando que o Serviço Social é a profissão que se propõe a pensar neste contexto.

Então, eu vejo que como o doente chega e obviamente o problema primário dele é de saúde, mas a vida não dá um stand-by lá fora, não pausa. As pessoas precisam continuar pagando conta, as pessoas continuam tendo que comer, as pessoas tendo que trabalhar e muitas vezes essas pessoas não têm recurso, as famílias não têm recurso para que essa internação seja nem tranquila. Então, eu acho que esses ajustes têm que ser feitos, têm pessoas que internam passam um período e voltam para casa exatamente da forma que entraram... tem gente que cria limitações, doenças crônicas e que impactam em como essa pessoa vai conseguir exercer as suas funções e exercer a sua vida na sociedade, quando sai daqui do processo de adoecimento. Então, eu acho que ter alguém com esse olhar que não está só pensando em curar o doente e fazer que ele saia, mas que pense ele vai sair para onde, acho que assistentes sociais têm esse olho de onde ele vai estar quando sair daqui e como a gente pode organizar para que isso seja o mais funcional e que tenha qualidade, não adianta estar vivo, tem que ter alguma qualidade depois que sobreviveu (FONOAUDIÓLOGO, 2018).

Quando a pergunta foi relacionada ao número de profissionais de Serviço Social que existem atualmente no HU/UFSC, a resposta de todos os profissionais da equipe multiprofissional foi unânime afirmando que não era suficiente. Eles destacaram que, ao fazer a conta entre número de unidades, usuários e familiares que perpassam diariamente o Hospital, incluindo espaços da Saúde da Mulher e da Criança, não haveria como os profissionais de Serviço Social estarem presentes para o atendimento de toda demanda, apesar de salientarem a presença constante de assistentes sociais nas unidades.

O Enfermeiro destacou que é necessário mais profissionais, principalmente, na área ambulatorial, visto que não há atualmente um assistente social por ambulatório, como ocorre em unidades de internação. O Médico afirma que o Serviço Social tem um trabalho oneroso no sentido de tempo por atendimento, em suas palavras “*toda vez que vocês sentam para conversar com alguém e vocês vão precisar entender toda a história daquele indivíduo e as necessidades e, muitas vezes, têm pessoas que não sabem se expressar direito ou que então não entendem direito como que as coisas funcionam e isso deve levar tempo*”, o que também reafirma, em sua opinião, a necessidade de mais profissionais para que toda a demanda seja suprida.

O Nutricionista reafirma e completa a ideia apresentada pelo Médico quando relata que, em sua opinião, quanto mais profissionais um serviço possui mais completo ele é. Além disso, ressalta os desdobramentos feitos pelas equipes para atender a maioria dos usuários relacionando estrutura da equipe de Nutrição, a qual segundo ele, também passa pelo mesmo processo e destaca a sobrecarga que isto causa aos profissionais. Perspectiva também apresentada pelo Psicólogo, quando diz:

Acho que essa ainda é uma luta, uma briga que é tanto do Serviço Social, quanto da Psicologia quanto de outras profissões de equiparar o número de profissionais pelo menos em cada unidade, porque hoje a gente é responsável por mais de uma unidade por profissional e isso, às vezes, inviabiliza o atendimento a todos os pacientes com qualidade (PSICÓLOGO, 2018).

A última pergunta era diretamente relacionada com a avaliação dos profissionais da equipe multiprofissional de alta complexidade sobre a atuação do Serviço Social. Novamente, a resposta foi unânime e as avaliações positivas, destacando a constante presença de assistentes sociais nas unidades. Além disso, os profissionais destacaram a necessidade e disposição para discutir sobre atendimentos e demandas. Como explicitado pelo Psicólogo “a atuação é bastante positiva e necessária, acredito que os profissionais que eu tenho contato, que são quase todos, têm buscado marcar a presença do Serviço Social respondendo as necessidades dos pacientes e dos familiares trocando muito com as equipes” (PSICÓLOGO, 2018).

Entretanto, o Enfermeiro destacou que seria importante profissionais fixos na unidade, como ocorre com a própria enfermagem, mas que não é possível para o Serviço Social dado o número menor de profissionais, em suas palavras: “acho que se tivesse mais assistentes sociais, poderia ser melhor, teria mais cobertura, acho que algumas necessidades a gente têm que perceber e chamar, coisa que não aconteceria se já tivesse um profissional fixo na unidade” (ENFERMEIRO, 2018). O profissional de Fisioterapia ressaltou também a necessidade de mais profissionais, afirmando que é difícil conhecer o que outra profissão faz, sem interagir com ela diretamente e que em função de horários de trabalho isto muitas vezes não é possível.

Estes elementos oferecem oportunidade para se discutir os espaços de trabalho que existem para as equipes multiprofissionais do HU/UFSC, pois poucas são as equipes que têm reuniões programadas para discussão coletiva. A partir da vivência de estágio em Serviço Social foi possível constatar que em sua maioria as unidades apenas têm como espaço de coletivização das demandas a troca de plantões. E essa situação é basicamente uma prática da enfermagem que outros profissionais utilizam para conhecer aspectos biológicos dos usuários,

ou seja, não é propriamente um espaço para se discutir diversas formas de atuação ou os determinantes sociais do usuário internado.

Entretanto, esta não é uma problemática vivenciada apenas no HU/UFSC. O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS aponta como desafio para as instituições de saúde “Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/ comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação” (BRASIL, 2010, p. 14), assim como:

Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; [e] Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, p. 16, 2010).

A perspectiva multiprofissional também apareceu na fala de outros profissionais, em contraposição ao elemento apresentado anteriormente, o Fonoaudiólogo ressalta em sua resposta que as relações entre as profissões acontecem, mesmo sem espaços e momentos próprios para a discussão multiprofissional, afirma que poucos são os profissionais que são resistentes a pensar o atendimento em saúde como coletivo.

[...] acho que na medida do possível essa coisa do multiprofissional acontece, a gente não tem rigidez, acho que a rigidez é bem isolada, não tem aquela coisa assim de ‘ah! naquela clínica as coisas não funcionam’. Eu acho que é ao contrário que é pontual, um ou outro médico que não dá valor, um ou outro enfermeiro que não consegue entender muito bem. Mas, em geral, eu vejo que esse multiprofissional acontece. Eu acho que apesar de todas as limitações e de todas as dificuldades o Serviço Social é bem presente (FONOAUDIÓLOGO, 2018).

Ao fim da entrevista e da análise dos dados, compreende-se que a maioria dos profissionais vê o Serviço Social do HU/UFSC como uma profissão atuante, presente, que garante direitos, mas que principalmente é a profissão que mais está relacionada ao atendimento da família de usuários internados e que é aquela que faz a mediação e a articulação entre o processo de adoecimento e a vida externa dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a discutir a imagem do Serviço Social nas equipes multiprofissionais do atendimento em alta complexidade no HU/UFSC. A escolha por este tema se deu através do pensamento que é explicitado por Nogueira (2011, p. 50), a qual afirma que “As ações profissionais expressam a capacidade e a competência a partir das quais são formulados, no plano societário, os juízos sobre determinada profissão, legitimando-a ou desqualificando-a”. Ou seja, a ação profissional, cria uma imagem da profissão e está a legitima nas instituições.

O objetivo principal desta pesquisa, foi compreender qual a imagem profissional nas equipes multiprofissionais do atendimento em alta complexidade no HU/UFSC. Sendo assim se construíram como objetivos secundários analisar como se construiu a imagem do profissional de Serviço Social e compreender o significado social da profissão historicamente, a partir da literatura especializada. Além disso, também objetivou-se identificar o processo de mudanças da perspectiva profissional, do assistencialismo para a vertente de garantia de direitos, com o movimento de reconceituação e resgatar de que forma o Assistente Social se inseriu na política de Saúde. Outro ponto importante desta pesquisa foi coletar dados e analisar aspectos relativos à imagem atribuída ao Serviço Social pelas equipes multiprofissionais de alta complexidade do HU/UFSC.

Portanto, o trabalho se organizou em tópicos para atingir estes resultados, fazendo uma revisão bibliográfica para atingir objetivos teóricos, como, por exemplo, analisar como se construiu a imagem do Serviço Social e identificar o processo de mudanças da perspectiva profissional. Para os objetivos advindos da realidade do HU/UFSC foi realizado uma entrevista semiestruturada com profissionais da equipe multiprofissional do HU/UFSC, seguida de uma análise qualitativa.

Os resultados encontrados na revisão de literatura foram de que o Serviço Social realmente surgiu de uma vertente assistencialista, moralizadora e higienista. Mas, a profissão sofreu várias mudanças com relação ao embasamento teórico e passou por um processo de reconhecimento de classe trabalhadora, unindo-se a lutas destes e compreendendo que seu trabalho não deve manter o status quo, por mais contradições que isso traga para o cotidiano profissional, ainda que esta seja uma concepção contrária à de instituições empregadoras.

A revisão de literatura apontou que mesmo com estas mudanças internas da profissão, ainda existe uma imagem do Serviço Social fortemente ligado à ajuda e ao assistencialismo. Isto ocorre porque o projeto ético-político do Serviço Social, o qual defende uma profissão

voltada a defesa de direitos, é hegemônico, ou seja, conhecido por todos os profissionais, mas não é homogêneo, há profissionais que, engolidos pela rotina institucional, apenas reproduzem demandas institucionais e não refletem sobre a prática, reforçando a ideia do assistencial na profissão. Ainda há aqueles profissionais que escolhem negar este projeto profissional, afirmando que a teoria esta dissociada da prática.

A revisão de literatura apontou que a imagem do Serviço Social nas equipes multiprofissionais e instituições, seja de atenção à saúde, ou não, depende além da compreensão da categoria sobre o que é a atuação profissional, das demandas institucionais, da compreensão que cada assistente social faz do seu fazer profissional, da escola de formação de cada profissional e suas crenças e ideologias particulares, como aponta Silva (2016).

A pesquisa de campo reafirmou o que literatura analisada havia apresentado uma mescla de concepções em relação à imagem do assistente social que diverge entre o assistencialismo e a garantia de direitos. Mas, ressaltou aspectos não destacados anteriormente, como o da imagem do profissional de Serviço Social relacionada à concepção de saúde que o profissional da equipe multiprofissional possui.

Como exposto anteriormente, ficou explícito, no processo de análise de dados, que a imagem do Serviço Social é também fruto do conceito que este profissional entrevistado tem de saúde. Afinal, quando o profissional da equipe multiprofissional compreende saúde para além da perspectiva biológica, entende que assistentes sociais existem e atuam na política de saúde porque os determinantes sociais em saúde influenciam no processo saúde e doença (NOGUEIRA, 2011). Entretanto, quando a compreensão de saúde é de que a política e o atendimento se estruturam apenas na dimensão biológica, os profissionais da equipe multiprofissional apresentam uma imagem do Serviço Social como aquele que auxilia usuários e equipes multiprofissional, destacando fortemente a perspectiva da ajuda e de atuações imediatas de âmbito prático e burocrático.

Para que esta imagem se modifique nas instituições hospitalares apareceu, durante as falas dos profissionais das equipes multiprofissionais, a falta de espaços para discussão multiprofissional, para conhecer o que faz o outro profissional de saúde. Esta situação é um desafio apontado inclusive pelo Ministério da Saúde no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010). Entretanto, é possível perceber que as residências multiprofissionais buscam criar estes espaços de diálogo. Este é um aspecto que pode ser observado, por exemplo, no Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, que, mesmo com disciplinas ainda voltadas a conhecimentos exclusivos

da área biológica ou professores ainda muito presos a esta concepção, o que dificulta a compreensão multiprofissional, se propõe a ter aulas com residentes de todas as profissões e a criar espaços para a discussão multiprofissional.

Finalmente, acerca da temática é importante ressaltar que este trabalho não se propôs a esgotar todas as possibilidades de estudo do tema e ao longo da construção dele foi possível perceber possíveis espaços para pesquisas que respondam questões como, por exemplo, qual é a imagem do Serviço Social para equipes multiprofissionais através do olhar dos profissionais residentes? Pois, se há o espaço para diálogo multiprofissional no processo de residência, será que a mescla de concepções ajuda e garantia de direitos ainda se mantém? Outra pesquisa possível é com os usuários do sistema de saúde ou das políticas públicas no geral, pois será que eles que vivenciam a intervenção profissional tem claro o que o Serviço Social realiza nas instituições?

Outra pesquisa possível é sobre o olhar de gestores para a atuação profissional, pois está intimamente relacionada com a autonomia profissional na instituição, com a possibilidade de atuação, relacionando imagem e autonomia profissional, buscando responder ao questionamento de pesquisa: a imagem que o gestor tem sobre a profissão de fato interfere na autonomia e possibilidade de atuação do Assistente Social na instituição?

Além destas, é possível construir uma pesquisa sobre a imagem profissional do Serviço Social através do olhar de assistentes sociais e graduandos. Ficou explícito ao longo do trabalho que a imagem do assistente social também é fortemente relacionada com a forma que profissionais tencionam a sua prática, sendo relevante também pesquisas sobre como a profissão olha para si e qual a imagem que ela mesma possui. Isso porque o posicionamento de órgãos representativos é hegemônico, mas não homogêneo. Muitos profissionais atuam de forma divergente ao projeto ético político da categoria, portanto uma pesquisa que destaca a imagem construída pelos próprios assistentes sociais ou estudantes de graduação sobre a perspectiva futura de atuação é algo não aprofundado neste trabalho, mas que causa inquietude para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trabalho. Educação. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2014, p. 499-518
- BRAZ, Marcelo; Teixeira, Joaquin Barata. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In: CFESS, Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.
- BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de julho de 1990. **Política Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 agosto 2018.
- BRASIL. Constituição (1993). Lei 8.662. **Dispõe Sobre A Profissão de Assistente Social e Dá Outras Providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 10 agosto 2018.
- BRASIL. Constituição (2010). Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. **Recursos Financeiros Destinados Aos Hospitais Universitários Federais**. Brasil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**. Brasil, Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 agosto 2018.
- BRASIL. Constituição (2016). Emenda Constitucional nº 95. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 30 agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação, **Atenção à saúde tem recursos de R\$ 82,4 milhões liberados**; 22 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/19267-atencao-a-saude-tem-recursos-de-r-824-milhoes-liberados>> Acesso em: 30 agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério

da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> acesso em: 11 de Outubro de 2018.

BURLIN, Andreia. **A produção de conhecimentos no Serviço Social: uma análise no HU/UFSC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CHAGAS, Carolina Lima; ORTIZ, Fátima da Silva Grave; BELTRÃO, Mariana Fernandes Alcoforado. **O SERVIÇO SOCIAL E SUA IMAGEM SOCIAL: ajuda ou defesa de direitos?**. In III Simpósio Mineiro de Assistência Social. CRESS 6º região, Belo Horizonte, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Assistente Social**. Brasil, 1993 ed. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros de Atuação do Serviço Social na política de Saúde**; serie: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p. 1-25. 2006.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); **Programa REHUF: objetivos**. **Disponível em:** <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/objetivos>> Acesso em: Acesso em: 30 ago. 2018.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: Lima, N.S (org.) Saúde e democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário Aurélio**, 5º impressão, ed. Positivo, Curitiba, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: CFESS, Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Ed. Cortez, 1998.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; Carvalho, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez; 2006.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: CFESS, Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto Profissional, **Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. In: CFESS, Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília, 2002.
- LEAL, Roberta A. Santin; XAVIER, Arnaldo. **Alta Hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis. 2015. Disponível em: <
<http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf> > Acesso em: 10 de outubro de 2018.
- MACEDO, Alano Carmo; MOREIRA, Joana Idayanne Silveira. Serviço Social na previdência social: gênese, desenvolvimento e perspectivas. SER Social, Brasília, v. 19, n. 40, p. 31-48, jan.-jun./2017
- MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e Alienação**, 6 ed. São Paulo, Cortez, 2000.
- MATOS, Maurílio Castro de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**¹. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006, p.167-217.
- MELO, Imaria Maria de. **A imagem Social do Assistente Social pelos usuários: Um estudo Aproximativo**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

- MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Política Social e Trabalho Familiar: questões emergentes no debate contemporâneo.** Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 124, 2015, p. 699-720.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p. 1-25. 2006.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.
- NETTO, José Paulo. **Para uma história nova do Serviço Social no Brasil.** In: Silva, Maria Liduína de Oliveira e; **Serviço Social no Brasil: História de resistências e de ruptura com o conservadorismo.** Cortez, 2016.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário.** **Serviço Social e Saúde**, UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.
- OLIVEIRA, Paola Pereira de; **O Serviço Social na Saúde: Trajetória, Demandas e Enfrentamentos no Âmbito Hospitalar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- ORTIZ, Fátima da Silva Grave. **O Serviço Social e Sua Imagem: Avanços e Continuidades de um Processo em Construção.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- SAMPAIO, Simone Sobral; OLIVEIRA, Robson de. **Análise Institucional Ontem e Hoje: Indicações Pertinentes ao Fazer Profissional.** **Sociedade em Debate**, Rio Grande do Sul, p.119-144, 2014.
- SANTOS, Ana Paula. **Análise institucional: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.** Florianópolis, 2017, p. 01-25. Mimio.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** Editora Cortez, São Paulo, 2014.
- SILVA, André Luis da. **A imagem e identidade profissional do Assistente Social expressas no cotidiano: Um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SILVA, André Luis da. **Imagem e Identidade profissional do Assistente Social na área hospitalar: a conjugação entre projeto profissional e as necessidades em saúde dos usuários do sistema único de saúde.** Anais do III Seminário Internacional de Políticas Públicas, PUC-RS, 19 e 20 de outubro de 2017.

SILVA, Maria Ozanira. **O Serviço Social e o Popular, resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** Ed. Cortez, São Paulo, 2011.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Plano Diretor estratégico.** Disponível em: < <http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/PDE-HUUFSC-OFICIAL.pdf> >. Acesso em 10 de agosto de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Regimento Interno,** 2010. 49 p. Disponível em: < http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p. 1-25. 2006.

YAZBECK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: CFESS, Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.

ENFERMEIRO. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.

FISIOTERAPEUTA. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.

FONOAUDIÓLOGO. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.

MÉDICO. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.

NUTRICIONISTA. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.

PSICÓLOGO. Entrevista concedida a Ana Paula dos Santos. Florianópolis, 2018.