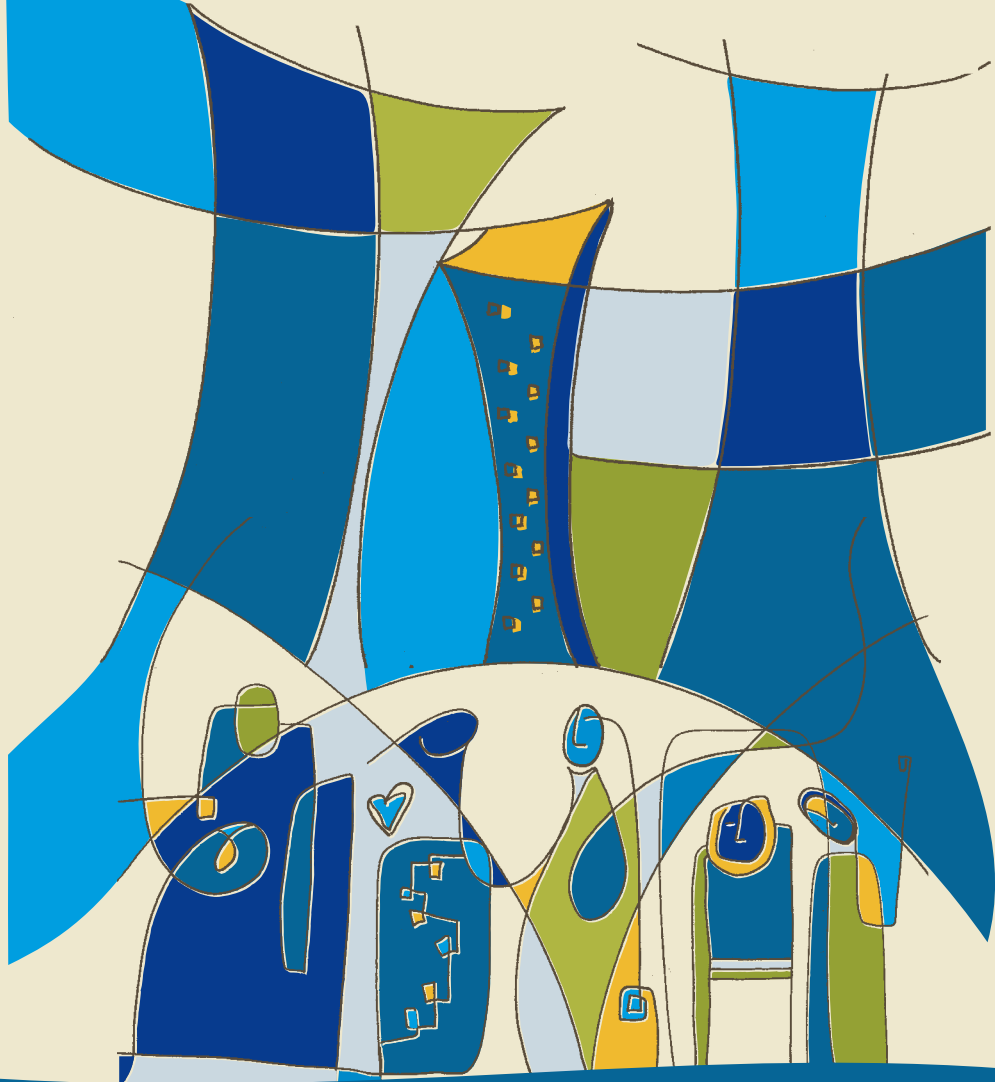


Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde



SÉRIE:

TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Brasília - 2010





ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

Neile d’Oran Pinheiro

Kátia Regina Madeira

Pedro Alves Fernandes

Rodriane de Oliveira Souza

Sâmbara Paula Francelino Ribeiro

Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS):

Helcia Noyma Ramalho de Lacerda

CRESS 23ª Região/RO - Região Norte

Heleni Duarte Dantas de Ávila

CRESS 5ª Região/BA - Região Nordeste

Gessimara Sousa

CRESS 17ª Região/ES - Região Sudeste

Sueli Preidum de Almeida Coutinho

CRESS 11ª Região/PR - Região Sul

Ivone Alves Rios

CRESS 21ª Região/MS - Região Centro-Oeste

Coordenação do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”

Rodriane de Oliveira Souza

Assessoria Técnica do CFESS e Sistematização do Documento

Maria Inês Souza Bravo

Assessoria e Representação do CFESS no Conselho Nacional de Saúde

Ruth Ribeiro Bittencourt



Sumário

LISTA DE SIGLAS	6
APRESENTAÇÃO	9
1. SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DESAFIOS ATUAIS	15
2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	23
3. ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	31
3.1. Atribuições e Competências dos Assistentes Sociais	31
3.2. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde	37
3.2.1. Atendimento Direto aos Usuários	
3.2.1.1. Ações Socioassistenciais	
3.2.1.2. Ações de Articulação com a Equipe de Saúde	
3.2.1.3. Ações Socioeducativas	
3.2.2. Mobilização, Participação e Controle Social	
3.2.3. Investigação, Planejamento e Gestão	
3.2.4. Assessoria, Qualificação e Formação Profissional	
ALGUMAS REFLEXÕES	65
REFERÊNCIAS	69
Publicações	69
Legislações e Resoluções	72
Sítios Eletrônicos	75
Textos e Documentos Mimeografados	76

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BA - Bahia

AC - Acre

AP - Amapá

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AL - Alagoas

AM - Amazonas

BA - Bahia

CE - Ceará

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CISPLGBT - Comissão Intersectorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DPVAT - Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ES - Espírito Santo

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GO - Goiás

GT - Grupo de Trabalho

LBL - Liga Brasileira de Lésbicas

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MA - Maranhão

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MG - Minas Gerais

MS - Mato Grosso do Sul

MT - Mato Grosso

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PA - Pará
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB - Paraíba
PCD - Pessoa com Deficiência
PE - Pernambuco
PI - Piauí
PR - Paraná
PSF - Programa Saúde da Família
RJ - Rio de Janeiro
RO - Rondônia
RR - Roraima
RN - Rio Grande do Norte
RS - Rio Grande do Sul
SC - Santa Catarina
SE - Sergipe
SP - São Paulo
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
TO - Tocantins

Esse documento, ora intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008¹, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS².

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano

1. Em 26 de março de 2008, é publicada a portaria CFESS n. 10, que institui o Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, composto por um representante do CRESS de cada região do país e cinco conselheiros do CFESS. Devido a alterações na composição do GT, é publicada a Portaria CFESS n. 2, de 26 de janeiro de 2009. Esse grupo de Trabalho conta com a assessoria técnica da professora Dra. Maria Inês Souza Bravo.

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

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

Foi construído entre junho de 2008 a março de 2009, a partir de discussões realizadas em quatro reuniões de trabalho³. Quando, inicialmente, foi definida a estrutura do documento e a metodologia para coleta de informações acerca das atribuições e competências profissionais até então sistematizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). As reuniões que se sucederam aprofundaram os conteúdos das atribuições e competências profissionais no campo da saúde, resultando na versão preliminar deste documento.

Tal versão foi apresentada aos CRESS⁴ e discutida com a categoria entre os meses de abril e maio de 2009, em atividades organizadas pelos CRESS, por serviços e universidades, sob a forma de oficinas, reuniões ampliadas e seminários.

Além de ter sido realizada em todas as capitais brasileiras, a discussão dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” foi feita também em cidades do interior do país, assim distribuídas: na Região

3. Essas reuniões foram realizadas na sede do CRESS, em Brasília. O primeiro encontro do GT se deu em 14 de junho de 2008, o segundo nos dias 22 e 23 de setembro de 2008, o terceiro entre os dias 6 e 7 de fevereiro de 2009, e o quarto encontro em 13 de março de 2009.

4. Essa apresentação foi realizada na reunião ampliada do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde com representantes de CRESS, no dia 3 de abril de 2009, no Rio de Janeiro, na ocasião da realização do Seminário Nacional “O Trabalho do Assistente Social no SUAS”.

Norte foram realizados 7 debates, que envolveram 1800 participantes⁵; na Região Nordeste foram realizados 16 debates, que envolveram 970 participantes⁶; na Região Centro-Oeste foram realizados 3 debates, que envolveram 200 participantes⁷; na Região Sul foram realizados 4 debates, que envolveram 200 participantes⁸; e na Região Sudeste foram realizados 22 debates, que envolveram 1630 participantes⁹.

Dessa forma, foram totalizados 52 debates pelo país, que envolveram aproximadamente 5000 participantes. Por fim, foi também objeto de debate no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, na mesa intitulada “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde em debate”, em junho de 2009, que contou com a participação de 700 assistentes sociais¹⁰.

Para a elaboração da versão preliminar deste documento, foram consultadas diferentes publicações e documentações do CFESS e dos diversos Conselhos Regionais que abordam as atribuições e competências profissionais, bem como documentos publicados por diversas secretarias municipais e estaduais de saúde e pelo Ministério da Saúde, que se sustentam a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

5. Os debates, nessa região, foram realizados em Manaus/AM, Boa Vista/RR, Belém/PA, Palmas/TO, Porto Velho e Ji-Paraná/RO, Rio Branco/AC, Macapá/AP.

6. Os debates, nessa região, foram em Salvador, no Extremo Sul da Bahia, na Região Metropolitana de Salvador, em Lauro de Freitas e em Feira de Santana/BA; João Pessoa/PB; Fortaleza/CE; Natal e Mossoró/RN; Teresina/PI; Maceió/AL; Recife, Juazeiro e Petrolina/PE; São Luiz/MA; Aracaju/SE.

7. Os debates, nessa região, foram em Goiânia/GO; Campo Grande/MS; Cuiabá/MT.

8. Os debates, nessa região, foram no Paraná, que realizou debates por núcleos regionais, como em Londrina; Porto Alegre/RS; Florianópolis/SC.

9. Os debates, nessa região, foram em Vitória, Cachoeira e Colatina/ES; Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia/MG; São Paulo, Araçatuba, Presidente Prudente, São José dos Campos, Bauru, Campinas, São José do Rio Preto, Marília e Santos/SP; Resende, Macaé e Rio de Janeiro/RJ.

10. O Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo CFESS e CRESS 4a Região, foi realizado na cidade de Olinda/PE, entre os dias 8, 9 e 10 de junho de 2009, e transmitido em tempo real pelo sítio eletrônico do CFESS, possibilitando a participação de 3000 pessoas (contabilizadas a partir dos acessos a esse sítio eletrônico nesses dias), inclusive na mesa que discutiu esse documento.

A versão final, que ora se apresenta, foi acrescida dos elementos contidos em sínteses e comentários dos debates realizados acerca da versão preliminar deste documento e encaminhados pelos CRESS ao CFESS¹¹. Importa dizer que todos os relatórios recebidos pelo CFESS referendaram a versão preliminar deste documento, construído democraticamente junto à categoria profissional no Brasil.

Este documento está estruturado em quatro itens. O primeiro, intitulado “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, recupera a luta por saúde nos anos de 1980, a construção do Projeto de Reforma Sanitária e apresenta os impasses vividos dos anos de 1990 até os dias atuais. Já o segundo item aborda a discussão teórica e política presente no Serviço Social na Saúde, apresentando alguns desafios postos na atualidade para o fortalecimento do projeto ético-político e profissional. Intitulado “Atuação do Assistente Social na Saúde”, o terceiro item caracteriza, inicialmente, as atribuições e competências gerais do assistente social e, em um segundo momento, discute a intervenção do profissional na saúde, a partir de quatro eixos de ação, a saber: ações de atendimento direto aos usuários¹²; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Por fim, o texto aponta para “Algumas Reflexões”, fruto da elaboração realizada.

Este texto, contudo, não pretende abordar os indicadores acerca dos parâmetros quantitativos de atendimento dos assistentes sociais na saúde por compreender que esse debate não deve ser feito descolado dos parâmetros de intervenção profissional nas demais políticas públicas. Outrossim, reitera-se aqui a necessidade de se realizar essa discussão tendo como referência para análise e construção desses parâmetros¹³ os seguintes eixos:

11. A título de informação, registra-se aqui os CRESS que encaminharam os referidos relatórios ao CFESS: CRESS/AM, Seccional/AC, CRESS/TO, CRESS/AL, CRESS/MA, CRESS/PI, CRESS/SE, CRESS/BA, CRESS/RN Seccional Mossoró, CRESS/MS, CRESS/GO, CRESS/RJ, CRESS/SP, CRESS/MG, CRESS/ES, CRESS/RS.

12. O eixo das “ações de atendimento direto aos usuários” compreende três subeixos denominados: “ações socioassistenciais”; “ações de articulação com a equipe de saúde” e “ações socioeducativas”.

13. Ver Deliberação do Eixo Seguridade Social n. 15, do Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em 2008.

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

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

1. Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e Desafios Atuais¹⁴



A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências.

O conceito de seguridade social, defendido pela Carta de Maceió¹⁵ (2000), reforça esse avanço, mas vai além: sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal

14. Esse item tem por base as elaborações de Bravo (1999 e 2006).

15. A Carta de Maceió foi elaborada e aprovada pelos participantes do XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Alagoas, em 2000. Encontra-se publicada no Relatório do XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, organizado pelo CFESS.

(educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consoante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (BOSCHETTI, 2007).

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

A perspectiva de seguridade social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000). Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele.

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

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma

Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹⁶. Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

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

16. Em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, têm-se as Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 27 de dezembro de 1990.

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

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

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

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

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior

complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁷; além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

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

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

17. A denominação do programa e suas características modificam-se, nos anos 2000, para Estratégia de Saúde da Família inserida no modelo assistencial do SUS. A sua direção precisa, entretanto, ser modificada efetivamente na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda população, de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS, bem como ter como objetivo a (re)organização do sistema.

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

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

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

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

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

Nesse contexto, diversas entidades situadas até então no campo progressista têm substituído suas lutas coletivas por lutas corporativas, restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes que tem como perspectiva a “americanização perversa” da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva (VIANA, 1999). Esse projeto coletivo, cuja construção iniciou-se nos anos de 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

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

Nessa conjuntura, as entidades do Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Para a análise do Serviço Social e Saúde na atualidade é necessário recuperar os avanços e lacunas ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços (NETTO, 1996a; BRAVO, 1996)¹⁹.

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996).

18. Esse item tem por base as elaborações de Bravo (2007) e Bravo e Matos (2004).

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

Considerando que os anos de 1990 foram o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, identifica-se que, nesse contexto, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, passam a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social²⁰ (BRAVO, 1998).

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade²¹.

Atualmente, identifica-se que alguns importantes desafios devem ser enfrentados.

Os dois projetos políticos existentes na saúde continuam em disputa (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista). O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista.

20. Essa disputa e, em consequência, as requisições para a profissão continuam presentes na atualidade.

21. A diferença entre projetos societários e projetos profissionais é elaborada por Netto (1996a).

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência à intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996a), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do Serviço Social.

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

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas²². A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico²³.

22. O que denota a falta de identidade desses assistentes sociais com a profissão.

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

E, por fim, percebe-se, gradativamente, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada²⁴.

Sobre esses pontos, cabem algumas reflexões. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem aprofundamentos na área da saúde, o que é importante. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros) e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consistiria apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social. As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais.

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve

24. Os adeptos dessa tendência têm impulsionado a criação de associações de assistente sociais em diversas especialidades médicas.

desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário²⁵ e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada.

Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismos teórico-políticos” (BRAZ, 2004). Essa é uma realidade que está posta na saúde, nos movimentos sociais e tem repercutido no Serviço Social, devendo ser problematizada à luz dos princípios e diretrizes do projeto ético político do Serviço Social brasileiro.

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, como já foi explicitado anteriormente. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-

25. As dimensões subjetivas devem ser analisadas à luz das condições de vida e trabalho, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

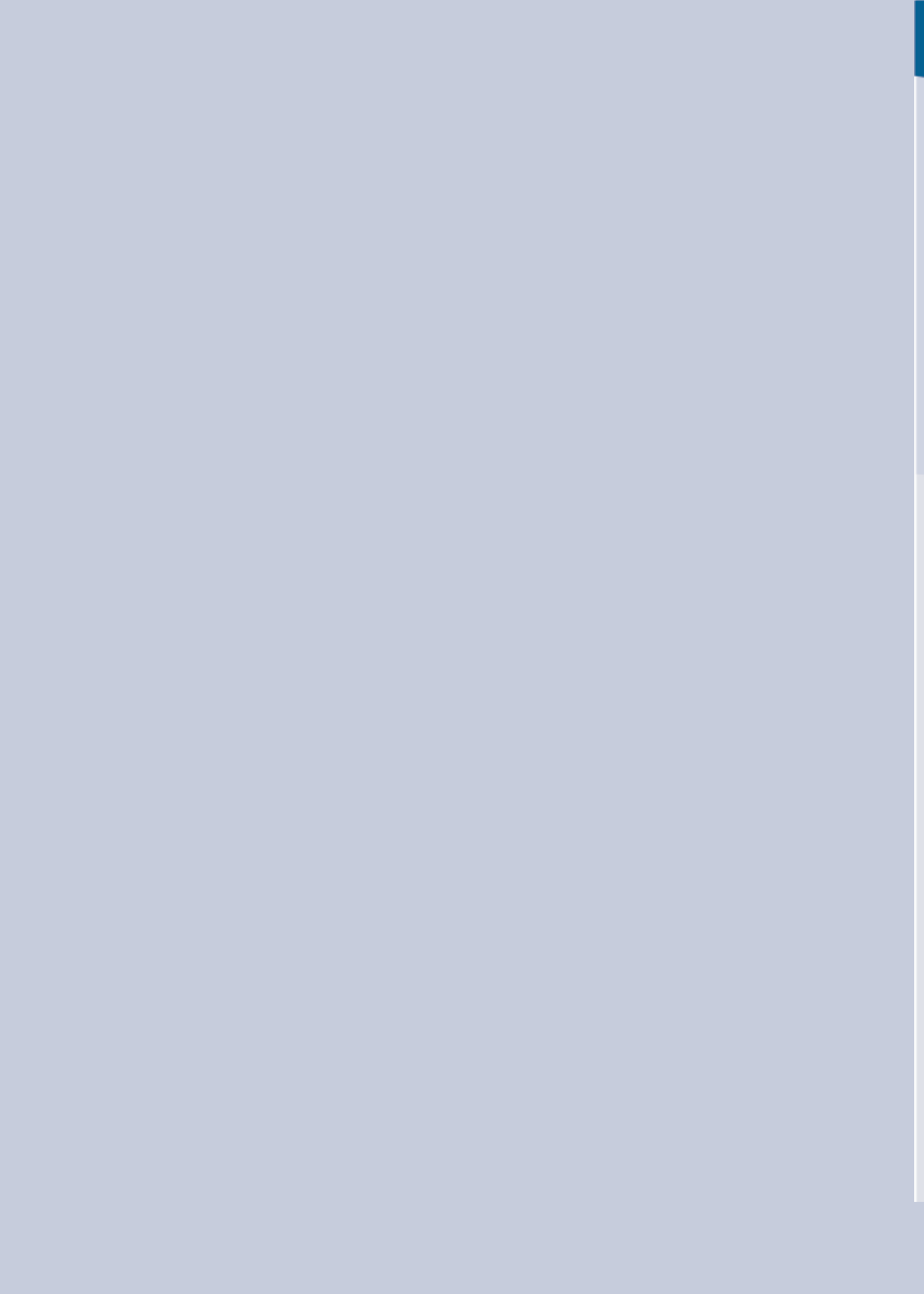
ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004). Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

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

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos

sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.





3. Atuação do Assistente Social na Saúde

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

3.1 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE ASSISTENTES SOCIAIS²⁶

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

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;

26. O item a seguir está baseado no documento do Conselho Federal de Serviço Social, intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social” (2009).

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

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

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

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

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais,

econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

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

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

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

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências²⁷ do assistente social:

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

No artigo 5º, apresenta como atribuições privativas²⁸ do Assistente Social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

27. Segundo Terra (1998), competências são qualificações profissionais para prestar serviços que a Lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas a profissionais de outras categorias.

28. Atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional (ibid).

- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
 - assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
 - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
 - assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
 - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
 - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
 - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
 - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
 - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
 - fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;
 - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
 - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.
- O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:
- reconhecimento da liberdade como valor ético central;
 - defesa intransigente dos direitos humanos;
 - ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação.

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

3.2 PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

Para explicitar os parâmetros de atuação profissional na saúde é importante caracterizar o entendimento de ação profissional que, segundo Mioto (2006 apud MIOTO; NOGUEIRA, 2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento.

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar 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” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença.

Aliás, é também por isso que a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores.

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos. Apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. É um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios (ROBAINA, 2009).

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional²⁹. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

3.2.1 ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

29. Miotto e Nogueira (2006), ao caracterizarem as ações profissionais na saúde, consideram que há três processos básicos, dialeticamente articulados: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais.

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

3. 2. 1. 1 AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS

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

Entretanto, novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários³⁰. Essas questões vão aparecer no cotidiano dos serviços por meio das seguintes demandas explícitas:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);

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

- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

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

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

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental.

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou

seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais.

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas.

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar essa questão, pois alguns 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, conforme já referido. Essa abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que essas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (IAMAMOTO, 2002)³¹.

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;

31. A esse respeito, visando orientar a categoria profissional, o Conjunto CFESS/CRESS aprovou a elaboração de Resolução “definindo que o exercício de terapias não são atribuições do assistente social” (Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, 2008).

- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
 - enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
 - facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
 - conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
 - conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
 - fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
 - organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
 - formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
 - elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
 - buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
 - emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

3.2.1.2 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

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

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

A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. Concorde-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;

- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)³², medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais³³.

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 existente³⁴. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

32. O TFD foi regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Trata-se de um dispositivo que garante o acesso de usuários de um município e/ou estado da Federação a serviços de saúde de outro município e/ou estado, cuja responsabilidade é do gestor do SUS.

33. Para isso, importa conferir as Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social (1996).

34. Essas dificuldades têm relação com a contrarreforma na saúde e as precárias condições de trabalho a que estão submetidos todos os profissionais de saúde, conforme já sinalizado.

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe.

A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de Serviço Social. Algumas reflexões são importantes sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e que procedimentos a equipe deve adotar coletivamente. O usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido. No caso de solicitação de alta, o usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. Segundo o artigo 46 do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário.

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

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

Assim, a atuação do assistente social frente a esse procedimento é o de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando

os usuários a tomarem essa decisão. O profissional responsável pela alta e pelos seus procedimentos deve ser o médico e não o assistente social. O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional.

No âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, o modo de constituir a individualidade em sua relação dinâmica e contraditória com a sociabilidade. No entanto, “na sociabilidade do capital, a tendência prevalecente é que os indivíduos se reconheçam diversos na vivência da opressão que é determinada pelo não reconhecimento ético-político e jurídico da sua diferença. Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos direitos, pela negação da liberdade e extravio da igualdade” (SANTOS, 2008, p. 78).

Assim, a diversidade humana não é garantida nessa sociabilidade. Prevalece um conjunto de violações de direitos, sobressaindo a reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana. Essas formas de opressão são resultantes da negação da diversidade humana e se materializam em ações de violência, sobretudo, contra as mulheres, jovens, crianças/adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros).

A diversidade sexual é cotidianamente negada nos espaços institucionais, de lazer e em praticamente todos os espaços da vida social. Quais as implicações disso na saúde dos indivíduos? Nas últimas décadas com o fortalecimento do movimento feminista e do movimento LGBT, inclusive com maior visibilidade de suas agendas políticas, tem sido possível verificar que as situações de preconceito e de discriminação vivenciadas pelos indivíduos LGBT, assim como as situações decorrentes do machismo e do sexismo em relação às mulheres têm levado esses indivíduos a processos de adoecimento.

A partir dessa realidade, o CNS criou a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT)³⁵, considerando também a necessidade de garantia da equidade, um dos princípios estruturantes do SUS, o que implica a adoção de medidas de ação afirmativa para a população de LGBT no cumprimento de seu direito à saúde, e que a discriminação e a violência contra as pessoas LGBT determinam forma específica de adoecimento e morte (CNS nº 410/2009).

Ainda sobre a questão da diversidade, vale considerar também: em que medida a homofobia institucional é reproduzida como negação de direitos?

A homofobia institucional é definida como a incapacidade técnica de determinado espaço sócio-ocupacional para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero. A homofobia institucional pode ser identificada em processos, atitudes, comportamentos que manifestam discriminação a usuários LGBTs, resultado de preconceito, ignorância, negligência e estereotipação homofóbica que causa negação de acesso aos direitos dessa população. Nesse sentido, a Resolução CFESS nº 489/2006 constitui um instrumento estratégico para resguardar direitos da população LGBT, uma vez que “estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do/a assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional”. Os artigos 3º, 4º e 5º dessa mesma resolução orientam a intervenção ética e política dos assistentes sociais nas unidades de saúde com vistas à reflexão crítica e à superação da homofobia institucional³⁶.

35. Essa comissão foi instituída pela Resolução CNS nº 410, de 12 de fevereiro de 2009. Na Gestão 2006-2009 do CNS, é coordenada pelo movimento LGBT, por meio da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL). Cabe informar que nesse mesmo período, o CFESS também atuou nessa comissão na condição de suplente.

36. Para uma melhor compreensão dessa orientação, reproduzimos os artigos 3º, 4º e 5º da Resolução CFESS nº 489/2006.

“Art. 3º. O assistente social deverá contribuir para eliminar, no seu espaço de trabalho, práticas discriminatórias e preconceituosas, toda vez que presenciar um ato de tal natureza ou tiver conhecimento comprovado de violação do princípio inscrito na Constituição Federal, no seu Código de Ética, quanto a atos de discriminação por orientação sexual entre pessoas do mesmo sexo.

Art. 4º. É vedado ao assistente social a utilização de instrumentos e técnicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas ou estereótipos de discriminação em relação à livre orientação sexual.

Art. 5º. É dever do assistente social denunciar ao Conselho Regional de Serviço Social, de sua área de ação, as pessoas jurídicas privadas ou públicas ou pessoas físicas, sejam assistentes sociais ou não, que sejam coniventes ou praticarem atos, ou que manifestarem qualquer conduta relativa a preconceito e discriminação por orientação sexual entre pessoas do mesmo sexo”.

Nessa mesma direção, outra demanda que aparece para a equipe de saúde refere-se à violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências, entre outros. Nessas situações, a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. O assistente social deve colaborar nessa ação, mas não é atribuição privativa do mesmo. Cabe ao profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar os encaminhamentos necessários³⁷.

A humanização é uma outra temática que surge com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000³⁸. Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, essa política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATE; CORRÊA, 2005)³⁹.

37. Trata-se de encaminhamentos aos recursos e mecanismos legais instituídos e/ou garantidos pela legislação social vigente no Brasil, a saber: Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), ECA (Lei nº 8.069/1990), LOAS (Lei nº 8.742/1993), Lei da Acessibilidade (Lei nº 10.098/2000), Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Lei nº 7.853/1989), LOS (Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), Resolução CFESS nº 489/2006, entre outros.

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

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

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

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional. Para tanto, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção a saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo.

A Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária⁴⁰.

Diante das considerações apresentadas, destacam-se como ações de articulação dos assistentes sociais na equipe de saúde:

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

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;
- identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como

informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos⁴¹;

- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.

3.2.1.3 AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

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

41. Essas orientações sociais devem ser feitas no momento da situação do óbito, caso não tenham sido realizadas anteriormente.

Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. Para Berlinguer (1978, p. 5), consciência sanitária é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. Como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. As forças sindicais e políticas podem ter, dependendo da orientação e dos instrumentos, um papel relevante na formação da consciência sanitária⁴².

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

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos⁴³.

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

43. Para maior aprofundamento vide Vasconcelos (2002).

3. 2. 2 MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

Uma outra preocupação consiste na democratização da instituição por meio da criação de conselhos gestores de unidades⁴⁴ e outros órgãos colegiados, que visem à participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais.

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

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

Os assistentes sociais, atualmente, têm sido convocados a implantar os serviços de ouvidoria nas unidades de saúde. Assim, cabe indagar porque os profissionais de Serviço Social têm sido chamados a assumir essa tarefa, bem como buscar identificar o diferencial estabelecido na sua formação e atuação profissional que os impulsionam a assumirem mais essa demanda.

Considera-se que o assistente social, ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias.

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

Outro aspecto importante na mobilização e participação social refere-se à articulação com movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns e/ou conselhos como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais. Entretanto, é importante atentar que a participação e o controle social, bem como o acionamento de seus dispositivos, não se dão apenas pelo querer do assistente social, mas no contexto de correlações de forças.

Essas ações são também muito importantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) e constituem uma contribuição fundamental do profissional de Serviço Social⁴⁵.

45. Apesar dos assistentes sociais não terem sua inserção prevista na equipe mínima da ESF, vem sendo demandados e incorporados às equipes de vários municípios brasileiros para atuarem na mobilização e sensibilização da população usuária da saúde, bem como para a realização de ações socioeducativas e intersetoriais, contribuindo dessa forma para a promoção da saúde.

Ressaltam-se como ações desenvolvidas nesse âmbito:

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde⁴⁶;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;

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

- incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

3. 2. 3 INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

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

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

formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional⁴⁷.

A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde.

A reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão tem impactado as instituições de saúde com uma ampla movimentação dos espaços ocupacionais, fruto das mudanças macroscópicas. Nessa direção, diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão contidos na contrarreforma do Estado estão sendo propostas e que são contrários ao SUS constitucional. Eles ampliam a ação do mercado no setor, como por exemplo as Fundações de Direito Privado e Organizações Sociais (OS). As entidades de Serviço Social, coerentes com o seu posicionamento ético-político são contrárias a essas proposições⁴⁸.

Considera-se importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional⁴⁹, com vistas às seguintes ações:

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

48. Granemann (2008) afirma que a contrarreforma iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, permitindo a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações. O projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, apresentado no governo Lula, é uma atualização das parcerias público-privado, das Organizações Sociais, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e das Fundações de Apoio que tentam privatizar o serviço público. As reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e eficiência do serviço ao público significam o aumento do Estado para o capital, ou seja, a privatização.

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

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;

- fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

3. 2. 4 ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente.

Estão englobadas neste eixo as ações relacionadas especificamente com a equipe de Serviço Social, como também com os demais profissionais de saúde. Dessa forma, podem ser realizadas atividades para cada área profissional, como programações que visem à qualificação da equipe de saúde, na perspectiva de um trabalho interdisciplinar.

As atividades de formação profissional envolvem a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional

e/ou uniprofissional e a preceptoria de residentes. A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento dessas atividades.

Uma preocupação central que deve nortear a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social. Nessa direção, o debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal. Essa diretriz deve nortear também a educação permanente.

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

As principais ações a serem realizadas neste âmbito são:

- fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;
- formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou

tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;

- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Para finalizar este item, é importante ressaltar que os quatro eixos de atuação profissional explicitados: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional envolvem um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais, com ênfase na investigação da realidade, nas ações socioeducativas, nas demandas reais e potenciais, na participação social, na ampliação da atuação profissional, mediando a ação direta com os usuários com as atividades de planejamento, gestão, mobilização e participação social, bem como com as ações voltadas para a assessoria, formação e educação permanente.

As ações profissionais são orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, tendo por referência o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos trinta anos, conforme já referido.



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

Os assistentes sociais, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que são colocadas pela organização social capitalista e pelas teorias não críticas e pós-modernas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional. Iamamoto (2002) chama atenção para as seguintes questões que devem ser objeto de atenção: a primeira armadilha é a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos

indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais. Essa situação tem muita expressão na saúde, por exemplo, quando os profissionais responsabilizam o usuário pela sua situação de saúde, não analisando os determinantes sociais, econômicos e culturais. Outras repercussões desta concepção são as justificativas às contrarreformas na saúde, a ênfase aos programas focais, a responsabilização dos profissionais de saúde pela falta de atendimento, entre outras.

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

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

A questão social na atualidade assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições. As mudanças radicais nas relações entre Estado e sociedade civil, orientadas pela política de ajuste fiscal, recomendada pelos organismos internacionais, vão atingir a economia, a política e as formas de sociabilidade. O Serviço Social também sofre com os impactos dessas mudanças⁵⁰.

50. Nos itens 1 e 2 deste texto procurou-se evidenciar como essas transformações vão impactar a saúde e o Serviço Social, de uma forma geral.

Nesse quadro, torna-se fundamental o fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do assistente social, contrapondo-se à difusão dos valores liberais que geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário (IAMAMOTO, 2002).

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

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Para finalizar, ressalta-se que foi apresentado um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de Serviço Social na saúde que podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas datadas de 1990, assim como para o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.



Publicações

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

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social pública ainda é possível! Revista Inscrita, Brasília, nº 10, CFESS, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. Superando Desafios – O Serviço Social na Saúde na década de 90. Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE, Rio de Janeiro, nº 3, UERJ, 1998.

_____. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. Revista Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, nº 4, UERJ /HUPE, 1999.

_____. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

_____. Serviço Social e saúde: desafios atuais. Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, nº 13, ABEPSS, jan./jun. 2007.

_____. MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinas (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 78, Cortez, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 1, Brasília: CFESS, 2009.

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

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

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

FLEURY, Sônia (Org.). Democracia e Saúde: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento (Org.). Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ, 2008. p. 36-39.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

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

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

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

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

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

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

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 50, Cortez, 1996(a).

_____. Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1996(b).

SANTOS, Silvana Mara de Moraes. Direitos, desigualdade e Diversidade. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 64-86.

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

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Em Pauta – Revista de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.

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

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

Legislações e Resoluções

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

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

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

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

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

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

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

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

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

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Publicação no Diário Oficial da União em 26 de janeiro de 1988.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

_____. Resolução CFESS nº 489, de 3 de junho de 2006. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional.

_____. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

_____. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997.

_____. Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998.

_____. Resolução nº 410, de 12 de fevereiro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 55, 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde (SUS), com inclusão de procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, 1999.

Sítios Eletrônicos

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, Fundação UNI/UNESP, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005. p. 389-394. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, USP, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005. p. 105-111. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Brasília, CFESS: 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2009.

_____. Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Brasília: CFESS, 2007. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2009.

_____. Carta de Maceió In: Relatório do 29º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Brasília, CFESS: 2000. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2009.

DESLANDES, Suely Fernandes. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Revista Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 1, 2004, p. 7-14. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>>.

Textos e documentos mimeografados

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 2a REGIÃO. Contribuição dos Assistentes Sociais do Maranhão ao documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. São Luís: CRESS 2ª Região, maio 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 5a REGIÃO. Sugestões do Encontro da Bahia ao documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Salvador: CRESS 5ª Região, jun. 2009. (mimeo).

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

_____. Relatório sobre a discussão da versão preliminar “Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região, maio 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. Termo de Orientação ao Exercício Profissional. Assunto: Comunicação de Óbito pelo Assistente Social. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, aprovado pelo Conselho Pleno, de 6 de maio de 2008. (mimeo).

_____. Sugestões do CRESS-RJ ao documento dos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde” a partir de debates realizados com sua Comissão de Saúde e da contribuição de conselheiros e assessorias”. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, maio 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 9ª REGIÃO. Síntese das discussões sobre o documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. São Paulo: CRESS 9ª Região, jun. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 14ª REGIÃO SECCIONAL MOSSORÓ. Sugestões do Encontro de Mossoró ao documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Mossoró: CRESS 14ª Região Seccional Mossoró, jun. 2009. (mimeo).

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

_____. Relatório do Seminário Regional de Serviço Social realizado em Porto Velho e das discussões dos parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde realizados na Semana do Assistente Social 2009 na cidade de Manaus. Manaus: CRESS 15ª Região, jun. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 16ª REGIÃO. Documento para contribuir no debate sobre os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Maceió: CRESS 16ª Região, jul. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 17ª REGIÃO. Contribuições dos profissionais das prefeituras dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra aos “Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Vitória: CRESS 17ª Região, jul. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 18ª REGIÃO. Contribuições do CRESS-SE ao documento dos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Aracaju: CRESS 18ª Região, jun. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 19ª REGIÃO. Contribuições aos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Goiânia: CRESS 19ª Região, maio 2009. (mimeo).

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

_____. Relatório Consolidado do I Seminário Regional de Serviço Social na Saúde. Campo Grande: CRESS 21ª Região, maio 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 22ª REGIÃO. Relatório da Oficina Estadual de Construção dos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Teresina: CRESS 22ª Região, jun. 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 23ª REGIÃO SECCIONAL ACRE. Relatório da Discussão sobre os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Rio Branco: CRESS 23ª Região Seccional Acre, maio 2009. (mimeo).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 25ª REGIÃO. Relatório da Oficina de Discussão sobre os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Palmas: CRESS 25ª Região, maio 2009. (mimeo).

GUERRA, Yolanda. O Brasil (do) real: Alguns Elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações. 1998. XXX f. (Tese) Doutorado em.... Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998. (mimeo).

ROBAINA, Conceição Maria Vaz O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. Palestra proferida no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo

CFESS na Plenária simultânea “Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais”. Olinda: CFESS /CRESS 4a Região, jun. 2009. (mimeo).

TERRA, Sylvia Helena. Parecer Jurídico nº 27/1998. Assunto: Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei nº 8.662/1993, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. CFESS, Brasília, 13 set. 1998. (mimeo).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

Gestão 2008 – 2011

Atitude crítica para avançar na luta

Presidente: Ivanete Salete Boschetti (DF)

Vice-presidente: Sâmbara Paula Francelino Ribeiro (CE)

1ª. Secretária: Tânia Maria Ramos de Godoi Diniz (SP)

2ª. Secretária: Neile d'Oran Pinheiro (AM)

1ª. Tesoureira: Rosa Helena Stein (DF)

2ª. Tesoureira: Telma Ferraz da Silva (BA)

Conselho Fiscal

Silvana Mara de Moraes dos Santos (RN)

Pedro Alves Fernandes (MG)

Kátia Regina Madeira (SC)

Suplentes

Edval Bernardino Campos (PA)

Rodriane de Oliveira Souza (RJ)

Marinete Cordeiro Moreira (RJ)

Kênia Augusta Figueiredo (MG)

Erivã Garcia Velasco (MT)

Marcelo Sitcovsky Santos Pereira (PB)

Maria Elisa dos Santos Braga (SP)

Maria Bernadette de Moraes Medeiros (RS)

Marylúcia Palmeira Mesquita (CE)

Revisão

Assessoria de Comunicação do CFESS: Rafael Werkema

Assessoria Especial do CFESS: Ana Cristina Abreu

Projeto Gráfico

Iara Sales e Viviane Freitas

Diagramação

Inajara Diz e Viviane Freitas