

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO  
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO  
EM EQUIPE**

Porto Alegre  
2012

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO  
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO  
EM EQUIPE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Idília Fernandes

Porto Alegre  
2012



CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO  
HOSPITALAR: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO  
EM EQUIPE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Idilia Fernandes

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Esalva Maria Carvalho Silveira

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jussara Maria Rosa Mendes

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos meus pais Nilson e Cenira e ao meu esposo Altair que sempre acreditaram que este sonho era possível de concretizar, por isso me apoiaram em todos os momentos de minha formação.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Em primeiro lugar, a Deus, que tem abençoado, protegido e iluminado o meu caminho e o da minha família, dando-me forças nos momentos em que precisei.*

*Aos meus queridos pais, Nilson e Cenira, por ser exemplo de vida, servirem de incentivo em tudo aquilo que tenho procurado ser. Agradeço pelo apoio e o cuidado desde o início da minha formação, por partilharem cada conquista, momentos de tristeza e alegria com muito carinho e dedicação.*

*Ao meu amado esposo Altair que com muito amor esteve presente em todos os momentos, suportando minhas ausências para dedicação aos estudos e assumindo as tarefas de casa, mesmo estando envolvido com o trabalho e os seus estudos. Tenho certeza que sabes que em vários momentos, continuei por você, por ter acreditado e confiado em mim.*

*Aos meus irmãos Rafael e Luciano, às cunhadas e cunhados Rose, Taiane, Cris, Pati, Tamara, Cassiano e Mano, aos sobrinhos Diulian, Raphinha, Pedro, Ericson e Edson e aos meus sogros Alvenir e Altanira pelo apoio e carinho e que mesmo mais distantes me transmitiam confiança.*

*As queridas colegas do Hospital Cristo Redentor, especialmente as amigas do coração Débora, Berna e Pati e aos meus grandes amigos Márcio e Rodrigo que compartilharam comigo momentos de tristeza e alegria e que também são exemplos de pessoas e profissionais.*

*As colegas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que no último semestre de formação estiveram presentes e sempre deram muito apoio.*

*Ao Grupo Hospitalar Conceição que dispôs da liberação de carga horária para a realização desta pós-graduação.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, a todos os professores que compartilham comigo os valores dessa profissão, me desafiam e fortalecem a cada dia na construção de uma formação melhor, na luta pela profissão.*

*À querida orientadora deste trabalho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Idília Fernandes pela pessoa maravilhosa que és. Pelo carinho, pela paciência, pela compreensão, pelos puxões de orelha e pelo colo quando se fizeram necessários, pelo incentivo e pelas orientações, que tornaram possível concretizar este estudo.*

*À minha banca arguidora, professoras Esalva e Jussara, pelo carinho, respeito e reconhecimento da minha trajetória, por terem aceitado o convite e se disponibilizarem para ler o material com tão pouco tempo e, mesmo assim, feito contribuições tão significativas para qualificar minha dissertação.*

*À minha turma de mestrado, pelas horas de estudo, trocas e pela convivência.*

*Aos profissionais que se dispuseram a participar desta pesquisa, permitindo a minha aproximação empírica com o objeto deste estudo.*

*Muito obrigada!*

## RESUMO

Esta dissertação se constitui em um estudo de abordagem qualitativa sobre o trabalho em que participa o assistente social no contexto hospitalar, e se encontra ancorada em uma pesquisa que se baseia na teoria e no método materialista histórico-dialético. O problema de pesquisa parte da seguinte interrogação: “de que forma os assistentes sociais que atuam na rede hospitalar desenvolvem seu trabalho nas equipes em que estão inseridos?”; com o objetivo de analisar o trabalho do assistente social da rede hospitalar, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário. Os sujeitos da pesquisa são nove (09) profissionais que atuam em equipes de saúde, em instituições hospitalares, em Porto Alegre, entre eles: assistentes sociais, médicos, enfermeiro, psicólogo e fonoaudiólogo. No processo de coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada com aplicação de formulário composto de questões abertas. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (1977), identificando-se núcleos temáticos e frequência dos temas nas comunicações dos profissionais, de acordo com as sínteses das categorias temáticas ou explicativas da realidade: o assistente social nas equipes de saúde, trabalho em equipe, integralidade e humanização que dão suporte para a discussão e as proposições tecidas.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Saúde e Trabalho em Equipe.



## **ABSTRACT**

This thesis constitutes a qualitative study about the work involved in the social worker in the hospital, and is anchored in research that is based on the theory and historical-dialectical materialist method. The problem part of the following research question: "how the social workers to the hospital system develop its work in teams where they live?" In order to analyze the work of the social worker of the hospital network, from the perspective of teamwork in order to qualify the integral and humanized care to the user. The research subjects were nine (09) professionals who work in health teams in hospitals, in Porto Alegre, including: social workers, doctors, nurse, psychologist and speech therapist. In the process of data collection, we used a semi-structured interview technique with application form consisting of open questions. The data collected were subjected to content analysis of crop-based thematic Bardin (1977), identifying thematic topics and frequency of communications professionals, according to summaries of the themes or explanatory of reality: the social worker the health teams, team work, comprehensiveness and humanization that support for the discussion and propositions woven.

**Keywords:** Social Services, Health and Teamwork

## LISTA DOS QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Quadro metodológico da pesquisa .....	68
<b>Quadro 2</b> – Equipes e Profissionais pesquisados.....	82

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
2.1 A inserção do Serviço Social na saúde .....	17
2.2 Caracterização da instituição hospitalar: campo para atuação do Assistente Social .....	26
2.3 O Trabalho em Equipe e o Serviço Social na área da saúde .....	31
2.4 Humanização e integralidade: diretrizes que embasam a prática .....	39
<b>3 O TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS: APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .....</b>	<b>46</b>
3.1 Contextualizando o mundo do trabalho .....	46
3.2 Processos de trabalho do Assistente Social .....	50
3.3 O trabalho do Assistente Social na política de saúde .....	54
<b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>62</b>
4.1. Enfoque dialético-crítico .....	62
4.2. Metodologia da pesquisa .....	65
4.2.1. Tema e delimitação .....	65
4.2.2. Problema de pesquisa e questões norteadoras .....	66
4.2.3. Objetivo geral e objetivos específicos .....	66
4.2.4. Tipo de pesquisa .....	70
4.2.5. Sujeitos de pesquisa .....	71
4.2.6. Instrumentos e técnicas de pesquisa.....	72
4.2.7. Procedimentos para a coleta de dados .....	72
4.2.8. Análise e interpretação dos dados .....	73
4.3. Cuidados éticos .....	78
<b>5 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE NA PERSPETIVA DO TRABALHO EM EQUIPE .....</b>	<b>80</b>
5.1 Trabalho dos assistentes sociais nas equipes de saúde e concepções de trabalho em equipe .....	81
5.2 Organização das equipes de saúde: aspetos da prática cotidiana .....	87
5.3 Integralidade e Humanização no contexto do trabalho em equipe .....	98

5.4 Propostas para qualificar as práticas em saúde: percepção da equipe .....	105
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
REFERÊNCIAS .....	113
APÊNDICES .....	119
ANEXOS .....	124

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), configura-se como um marco para a saúde no Brasil, pois incorporou a visão do movimento sanitário, formando o tripé da seguridade social, em que enquadra: as políticas de saúde, assistência social e previdência social. A partir de então, a saúde passa a ser direito de todos os brasileiros, ou seja, o acesso se torna integral e não mais contributivo. A constituição prevê, ainda, o financiamento das esferas de governo, a participação comunitária e regulamenta a participação da iniciativa privada apenas de forma complementar.

Já o Sistema Único de Saúde – SUS – (BRASIL, 1990a), regulamentado pelas Leis Federais 8.080/90 (BRASIL, 1990a)<sup>1</sup> e 8.142/90 (BRASIL, 1990b)<sup>2</sup>, considerada como importante conquista popular, apresenta muitos dos interesses garantidos pelo movimento sanitário. A garantia da saúde como direito social confirma esses interesses, respaldada em debates internacionais de defesa de direitos humanos.

A partir deste novo modelo a saúde apresenta novas características, como o conceito ampliado de saúde, a garantia da saúde como direito social, a universalidade na atenção à saúde e a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde. A saúde passa a ser vista como um espaço de atenção multidimensional.

Desta forma o assistente social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho<sup>3</sup>, inclui-se neste meio, implementando sua ação, tornando-se indispensável nas equipes de saúde. A consolidação do trabalho do assistente social na saúde pressupõe um conhecimento vasto sobre políticas públicas, em particular a do SUS, e como estas são garantidas à população. Desta forma, é exigido do

---

<sup>1</sup>Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup>[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.

<sup>3</sup>De acordo com Iamamoto (2002), considerando a historicidade da profissão, seu caráter transitório e socialmente condicionado, esta se configura e se recria no âmbito das relações entre Estado e sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional, inscrito na divisão social e técnica do trabalho e nas relações de propriedade que a sustentam.

profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde sobre: prevenção a tratamento, rede de atenção, estruturação do atendimento e, teoricamente, à trajetória de conquistas sociais brasileiras, como o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O Serviço Social, na saúde, atua em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. 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 (BRASIL, 1990a); conhecer as condições de vida e de 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, buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.

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. Segundo Trindade (2001), o Serviço Social tem seu espaço reservado na divisão social e técnica do trabalho, ao lado de outras profissões, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução social. É neste contexto que se constroem as ações e relações de trabalho e se concretizam as demandas postas para a intervenção do assistente social, buscando a defesa de um projeto profissional comprometido e a incessante defesa dos princípios estabelecidos no atual Código de Ética da profissão (CFESS, 1993): liberdade, democracia, igualdade e equidade social.

Desta forma, a partir das proposições acima, pensou-se em realizar uma pesquisa sobre o trabalho deste profissional, o assistente social, no contexto hospitalar. Este estudo, de abordagem qualitativa, versa sobre a temática do Serviço Social no contexto hospitalar e o trabalho em equipe. A aproximação e o interesse pela temática surgiram enquanto a autora da dissertação trabalhou por um (01) ano nos setores de Emergência e Internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em uma Unidade do Serviço de Saúde Comunitária, e no Hospital Cristo Redentor,

onde continua atuando no setor de Emergência há, aproximadamente, quatro (04) anos, ambos pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição, e, também, há 5 meses, atua na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nestes espaços se teve a oportunidade de identificar a dificuldade da implantação de um trabalho em equipe, mesmo sendo clara a necessidade de que este ocorra, pois a demanda exige um trabalho interdisciplinar para que o serviço seja aprimorado e se torne eficaz. O que se percebe são ações fragmentadas por parte dos diversos profissionais de saúde. Além disso, esse trabalho possibilitará que seja prestado um atendimento integral e humanizado.

As contradições e indagações emergidas no âmbito do trabalho desenvolvido naquele contexto contribuíram para a elaboração do seguinte problema de pesquisa: de que forma os Assistentes Sociais que atuam na rede hospitalar desenvolvem seu trabalho nas equipes em que estão inseridos? Na busca de formulação de respostas para esta problemática, estabeleceram-se relações entre os elementos julgados, passíveis de interferência nas configurações do trabalho do assistente social no contexto hospitalar, na perspectiva do trabalho em equipe, desdobradas em questões norteadoras, acompanhadas dos respectivos objetivos específicos. O objetivo geral foi o de analisar o trabalho do assistente social da rede hospitalar, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário.

O referencial teórico-epistemológico fundamentador deste processo são a teoria e o método materialista histórico-dialético, sendo que as categorias do método são: historicidade, contradição, totalidade, mediação e trabalho. Já as categorias temáticas ou explicativas da realidade são: o assistente social nas equipes de saúde, o trabalho em equipe, a integralidade e a humanização, estas inspiraram a organização da presente dissertação de Mestrado em Serviço Social em cinco capítulos. O primeiro capítulo dedica-se a presente introdução que apresenta a temática e de que forma ela será discutida.

O segundo capítulo apresenta um breve histórico sobre a inserção do Serviço Social na saúde, além da caracterização da instituição hospitalar. Posteriormente, discute-se o trabalho em equipe e o Serviço Social neste contexto e, por fim, a integralidade e a humanização como diretrizes para a prática em saúde.

No terceiro capítulo discute-se a centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, o Serviço Social como trabalho especializado e partícipe do trabalho na saúde. Contextualizando o mundo do trabalho e os processos de trabalho do assistente social e a atuação deste profissional na política de saúde.

No quarto capítulo resgata-se o percurso metodológico que compreende o ciclo da pesquisa em três grandes etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo e o tratamento do material. A fase exploratória contém a definição do problema de pesquisa, questões norteadoras e objetivos, caracterização da abordagem e tipo de estudo, apresentação do método e suas categorias e o processo de escolha do universo e sujeitos da pesquisa. O trabalho de campo abrange a apresentação das técnicas, dos instrumentos e dos procedimentos de coleta dos dados empíricos no locus de pesquisa. O tratamento do material elucida as formas de análise dos dados empíricos, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

No quinto capítulo, apresentam-se as formulações e sínteses, como totalizações provisórias, mediando-se os aportes teóricos com os dados empíricos da pesquisa e dando visibilidade às configurações ao trabalho do assistente social no contexto hospitalar, na perspectiva do trabalho em equipe. Por fim, tecem-se as considerações finais através da construção de formulações e sínteses como totalizações provisórias, em resposta às questões norteadoras do estudo e algumas proposições.

A realização deste estudo tem relevância acadêmica, profissional e social, posto que, para além da produção do conhecimento sobre a temática, propõe-se a fornecer subsídios para a apreensão do tema na qualificação do trabalho do assistente social na saúde, na perspectiva do trabalho em equipe, além de caracterizar a identidade profissional, dando maior visibilidade à profissão e a contribuição para o campo da saúde.

A relevância desta pesquisa dar-se-á levando-se em conta a necessidade de buscar alternativas para uma prática em equipe que permita ações de planejamento, avaliação de práticas na saúde que contribuam para ampliar, facilitar e realizar o acesso aos direitos. Considera-se, assim, que a pesquisa se caracteriza pela capacidade de através do questionamento, estabelecer novas explicações para o real. Como princípio social, pode integrar o processo de enfrentamento das



desigualdades sociais daqueles sujeitos nela envolvidos ou que dela se utilizarão, traçando uma crítica aos processos que as desencadeiam e produzindo elementos que possam subsidiar a resistência social. Demo (1997, p. 36) define pesquisa como um “[...] diálogo inteligente com a realidade, tomando-o como processo e atitude, e como integrante do cotidiano”. O pesquisador nesse diálogo adquire uma qualidade política que se propõe a transformar o real.

## **2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE**

Neste capítulo resgatam-se alguns dos principais elementos que marcaram a trajetória do serviço social na área da saúde e suas intervenções nas equipes em que atuam, imbricados nos conceitos de integralidade e humanização. No primeiro item consta o histórico do assistente social nas equipes de saúde e suas atribuições específicas considerando as conquistas existentes e buscando subsidiar novas discussões, com destaque para os desafios ainda prementes. No segundo item são apresentadas algumas características das instituições hospitalares, bem como a atuação do assistente social neste espaço.

O segundo item aborda as relações do serviço social e o trabalho em equipe na área da saúde, destacando os principais conceitos atribuídos ao trabalho em equipe e a inserção destes profissionais nas equipes. Por fim discute-se a integralidade e a humanização como diretrizes para a prática em saúde.

### **2.1 A inserção do Serviço Social na saúde**

O Serviço Social é uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei 8.662 de 7 de junho de 1993. O profissional torna-se habilitado ao exercício da profissão registrando-se no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, que o torna credenciado a assumir as competências e atuações. É uma profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente e, sua práxis profissional é orientada pelo Código de Ética Profissional.

De acordo com Oliveira (2008), os assistentes sociais são profissionais dotados de formação intelectual e cultural generalista crítica, de caráter interventivo, que se utilizam do instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais (psicologia, antropologia, economia, sociologia, direito, filosofia), para análise e intervenção em situações da realidade social.

O Serviço Social tem como objeto de trabalho profissional as expressões da questão social e suas múltiplas manifestações, que se apresentam com relação à

fome, à saúde, à educação, ao desemprego, à luta pela terra, pela cidadania, pelos direitos sociais, entre outras. Dessa forma, a questão social não pode ser entendida de forma isolada, pois a sociedade está repleta de expressões da questão social, independentes ou até mesmo, interligadas entre si. Neste sentido, destaca-se a definição construída por Yamamoto (2002, p.27) de questão social que pode ser definida como:

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

Conforme apresenta Oliveira (2008), o Serviço Social teve seu início na área da saúde nos Estados Unidos antes do final da década de 80 do Século XIX. Em Nova York, desde o início do século XX, os assistentes sociais vinham trabalhando nas equipes de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. Já o Serviço Social Hospitalar, criado em 1905 pelo Dr. Richard Cabot, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital de Massachussets. Considerando-o indispensável nas equipes de saúde. O fato de a profissão ter sido criada por um profissional médico pode ser relacionado a questão da subalternidade vivenciada pelos profissionais. Assim como define Martinelli (2009), o fetiche da prática, fortemente impregnado na estrutura social, se apossou dos assistentes sociais, atribuindo-lhes um sentido de urgência e uma prontidão para ação que roubavam qualquer possibilidade de reflexão e de crítica. Imprimindo à profissão a marca de agir imediato, de ação espontânea, alienada e alienante. Produzindo assim, práticas que expressavam e reproduziam os interesses da classe dominante.

No Brasil, o Serviço Social Hospitalar teve início em 1945, com a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo. O lugar do Serviço Social na área da saúde é de conhecimentos multidisciplinares, plurais, de práticas cooperativas, complementares e interdisciplinares. O campo de abordagem dos aspectos sociais tem um rico potencial na saúde. Permite compor uma visão integral do sujeito que adocece juntamente às demais áreas profissionais, favorecendo a compreensão das implicações sócio-econômicas e culturais da saúde, fator relevante para a humanização e qualificação da assistência. (OLIVEIRA, 2008).

Oliveira (2008) refere que o profissional de Serviço Social tem como objetivo identificar os aspectos sócio-econômico-culturais e a partir desta visão de totalidade, não só analisar, mas interpretar e elaborar uma crítica sobre a realidade na qual o indivíduo está inserido, para junto com a equipe interdisciplinar decidir pela melhor forma de intervenção. A meta prioritária do assistente social é prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos incluindo o direito à saúde pública.

O plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconheceu por meio da Resolução nº218 de 06/03/97, como profissionais de saúde de nível superior, os assistentes sociais, dentre outros profissionais, legitimando a intervenção deste profissional no âmbito da saúde. Neste contexto, o assistente social deve assumir um papel importante na elaboração e implementação das políticas públicas, buscando estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social. A conscientização da importância da intervenção deste profissional em todas as esferas de organização social pode se dar por meio de uma articulação que viabilize ações concretas de enfrentamento às vulnerabilidades sociais.

A atuação do assistente social no âmbito da saúde pode acontecer nas dimensões educativa, política, assistencial, essas políticas são um direito do usuário, de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – (BRASIL, 1993).

Conforme a Constituição Federal (BRASIL, 1988)

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

Em consonância com a LOAS (BRASIL, 1993)

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

O assistente social por ser de uma profissão de caráter interventivo sofre reflexos das mudanças na esfera política, social e econômica, destacando-se o desmonte das políticas públicas e a falta de recursos suficientes para o SUS. De acordo com Costa (2000 p.39), as particularidades do trabalho dos assistentes sociais no processo coletivo e trabalhos nos Serviços de Saúde

define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sócio-técnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão do subsistema de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais.

O assistente social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, enfrentando as diferentes expressões da questão social, que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, promovendo a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Neste sentido, sendo o assistente social um profissional da saúde, deve estar inserido em contextos que determinem o agir profissional e que demandem uma qualificação constante para atuação coerente com as necessidades concretas da realidade social.

De acordo com Vasconcelos (2006), na política de saúde, trabalhar na direção dos interesses e necessidades dos usuários é problematizar no cotidiano profissional a vivência e a história de vida do sujeito, discutindo de que forma a saúde se materializa na vida dos usuários quanto à qualidade do acesso, às ações de saúde desenvolvidas, às rotinas e critérios estabelecidos. Portanto, é necessário politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário.

Requer, ainda, trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde, pela socialização de informações, desburocratização dos serviços e rotinas, ampliando espaços para discussão com a comunidade, gestão e controle social. “Para tal, é necessário captar o que há de social na saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual, de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência”. (VASCONCELOS, 2006, p. 450). Nesse sentido, é importante a articulação da política social da saúde com as demais políticas setoriais, assumindo o conceito ampliado de saúde, no qual a ausência de trabalho, moradia, saneamento, educação, lazer, vínculos familiares e comunitários também está relacionada com a ausência de saúde. Portanto, há uma dimensão social na saúde.

Cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do

serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado.

Assim com refere Costa (2000), é importante destacar que, na área da saúde pública, os processos de trabalhos apresentam algumas particularidades, pois os usuários, além de consumidores dos efeitos úteis do trabalho e/ou insumos, também são co-participantes dos processos de trabalho, visto que deles dependem as informações a respeito de sua saúde e o cumprimento das recomendações. Nesse sentido, a força de trabalho é consumida para uso dos usuários dos serviços, o que requer uma relação direta entre quem produz e consome e exigindo uma co-participação pelo contato direto.

Nos dias de hoje, a área da saúde tem sido o alvo de inúmeros estudos e debates. Na perspectiva de se compreender saúde, encontram-se várias pesquisas e um grande acúmulo teórico de uma variedade de autores (VASCONCELOS, 2006; NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Todas essas contribuições tendem a motivar um número ainda maior de investigações, como também contribuem com melhorias cotidianas, seja na qualidade dos serviços prestados seja na formulação de novas iniciativas para o setor. A saúde sempre esteve em destaque na sociedade, pela importância atribuída pela população à ausência de doenças.

Entretanto, nem sempre a ausência de patologias está diretamente relacionada à qualidade de vida. Essa constatação permite compreender que a saúde, como mencionado anteriormente, engloba um conjunto de fatores e está relacionada à história de vida das pessoas. Essa visão ampliada da saúde deve fazer parte do imaginário principalmente dos profissionais que trabalham na área, cada um destes com uma identidade profissional construída pelos movimentos das categorias profissionais. Cabe ressaltar a importância de uma abordagem multidisciplinar ou interdisciplinar, pois as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais possuem finalidades bem comuns que visam à consolidação do bem-estar e da recuperação do público-alvo.

Apesar dos propósitos bastante similares e da importância do compartilhamento de saberes para a compreensão globalizada do significado da palavra saúde, cada um dos profissionais que compõem os serviços de saúde

desenvolvem ações bastante particulares e diferenciadas uma das outras. Essa divisão de tarefas é fundamental para o desenvolvimento das atividades e para a recuperação da população atendida. Através dessa constatação, enfatiza-se que os assistentes sociais também apresentam particularidades que acabam por identificar os diferentes processos de trabalho, e que resultam no reconhecimento da profissão.

Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, a recuperação e a promoção da saúde, aos assistentes sociais que tem como objeto à questão social – cabe, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar, os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social (VASCONCELOS, 2006, p. 435).

Portanto, destaca-se essa relação constante entre teoria e prática como um dos alicerces do exercício profissional. As contribuições da ciência e as discussões existentes sobre a saúde e todas as suas perspectivas devem fazer parte das ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem os diferentes espaços de prestação de serviços na área. Os saberes acumulados são subsídios para o planejamento e execução das ações e propostas, por isso a necessidade de uma educação permanente, tendo em vista que a realidade é um processo sujeito a transformações. Torna-se fundamental nesse processo o reconhecimento do perfil do público-alvo, das ações empreendidas como um dos principais pressupostos para o desenvolvimento das ações. Afinal que características identificam a população que demanda os serviços do espaço em que o assistente social encontra-se inserido? De que forma o trabalho desenvolvido pode contribuir com respostas a estas demandas?

É através de questionamentos que aos poucos o exercício profissional vai sendo consolidado, mediante o estabelecimento de finalidades claras e definidas. Ressalta-se que, em razão da realidade ser um processo bastante flexível, mudanças podem surgir exigindo do profissional estratégias e alternativas, para que os propósitos sejam consolidados. Os assistentes sociais convivem proximamente com a necessidade da formulação de alternativas frente a obstáculos que venham a surgir e que necessitam muitas vezes serem superados, como a obtenção de condições de trabalho.

Cabe ressaltar que a escassez de recursos ou as próprias demandas institucionais cerceiam em alguns momentos o trabalho desenvolvido pelos profissionais, apesar do comprometimento dos assistentes sociais com aquilo que os identifica, o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e o Projeto Ético- Político.

[...] os assistentes sociais que estão na implementação e operacionalização dos serviços sociais não tiveram e continuam não tendo acesso a um mínimo de formulações para implementação dos princípios básicos de um Serviço Social que realmente possa contribuir no desenvolvimento de sujeitos de direito – princípios expressos, principalmente no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (VASCONCELOS, 2006, p.426).

A realidade cotidiana exige do profissional, comprometido com os princípios do Projeto Ético-Político Profissional, liberdade, defesa dos direitos e igualdade, empenho e dedicação na materialização de finalidades voltadas ao bem-estar dos usuários. Ao mesmo tempo em que almeja assegurar que os propósitos e os objetivos das ações empreendidas materializem-se, os profissionais buscam o reconhecimento da profissão em razão de uma compreensão ainda bastante equivocada sobre as particularidades do Serviço Social. Essas compreensões equivocadas, difundidas nas instituições, são reproduzidas muitas vezes pelos próprios usuários e por outros profissionais. Essa é uma realidade vivenciada pelos profissionais em diferentes instituições, sendo que a superação desses equívocos é um desafio comum a todos os profissionais da categoria. Representa o exercício cotidiano de sucessivas tentativas em provar aos demais qual o significado da profissão e de ressaltar a sua relevância nos diferentes espaços de atuação profissional. Todo esse movimento decorre da compreensão e da defesa dos princípios do Projeto Ético-Político Profissional que tem em seu núcleo,

[...] o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração (dominação de classe, etnia e gênero). A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio ao arbítrio e aos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2006, p.155).

Desenvolver o exercício profissional nos rumos em questão requer senso crítico, propositivo e compromisso com o usuário. Nem sempre tamanho empenho e dedicação são suficientes para que os princípios aludidos sejam colocados em



prática, pois forças externas convergem para que outros objetivos façam parte dos processos de trabalho do assistente social. Essa é uma realidade vivenciada por inúmeros profissionais que estão inseridos em serviços de saúde. Entretanto, para que os rumos expostos façam parte do cotidiano profissional é fundamental uma visão aberta sobre a importância de uma educação permanente que concilie teoria e prática.

Apesar dos desafios atuais, destacam-se as conquistas já alcançadas no campo da saúde, no que se refere a um atendimento universal e igualitário a toda população, que representam os frutos de um movimento intenso de mobilização por uma nova perspectiva para a área. Contrariamente a essa perspectiva abrangente, surge um movimento inverso, em destaque na década de 90, voltado à compra de serviços e a uma lógica privatista. Articula-se, concomitantemente à consolidação do Sistema Único de Saúde, outras formas de acesso voltadas a compra de serviços, apesar da existência de uma possibilidade universalizante.

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da Reforma Sanitária é questionado e consolida-se na metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central (BRAVO; MATOS, 2006, p.206).

Verifica-se, portanto, a ocorrência de questionamentos referentes à Reforma Sanitária e ao Sistema Único de Saúde, em razão de outra lógica voltada ao consumo de serviços, como as formas de tratamento e a própria internação. Esses dois projetos, privatista e universal, permanecem em disputa na sociedade. A manutenção da lógica universal requer empenho e mobilização social, em busca de melhorias no acesso, no atendimento, na hospitalização, na realização de consultas e tratamentos e na obtenção das medicações.

No campo das conquistas se configuram desafios para os assistentes sociais, dentre eles o reconhecimento da saúde como um direito social e a sua garantia enquanto um dever do Estado. Esse entendimento pressupõe o reconhecimento sobre a necessária formulação de novas políticas sociais que demandem ao Estado maiores atribuições quanto à proteção social da população. Cada vez mais essas atribuições passam a ser delegadas para outros setores dentre eles o setor privado. A existência dos convênios privados em saúde está relacionada aos lucros gerados,

tendo em vista a importância atribuída aos tratamentos, à recuperação, à cura de patologias, ao bem-estar e à ausência de doenças.

O princípio da integralidade contribui com um novo enfoque sobre o direito à saúde. A integralidade possibilita uma atenção diferenciada do assistente social na área, distante da relação entre saúde e doença e mais próxima de uma percepção que engloba não apenas o tratamento, a recuperação, a internação e o uso de medicamentos como também ressalta a compreensão sobre a importância da história de vida dos sujeitos. A saúde engloba o cotidiano, as relações sociais estabelecidas, a realização de ações, as atividades de lazer, o convívio, a participação, dessa forma, “[...] pauta-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.225).

Dentre os fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos como idade, sexo, características herdadas pela herança genética, o meio físico, os meios socioeconômicos e culturais. Todos esses meios influenciam no aumento da expectativa de vida (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). A partir deste entendimento pressupõe-se que a diminuição dos níveis de pobreza pode contribuir com o prolongamento existencial. Para que isso ocorra é necessária uma alocação maior de recursos destinados à área social, associada a uma maior atenção por parte dos governantes, através da garantia de mais investimentos. Além de todos os elementos já mencionados, a saúde também inclui a promoção e a prevenção, etapas anteriores ao desenvolvimento de patologias. O trabalho dos assistentes sociais na promoção e prevenção em saúde inclui a socialização de informações, a realização de campanhas e a luta pelo acesso aos serviços.

Entretanto, destaca-se que essas ações são muitas vezes colocadas em segundo plano pelos próprios profissionais, pois acabam sendo submetidos a rotinas pré-definidas e à execução das demandas institucionais, em alguns casos bastante burocráticas. Para que essas particularidades, que caracterizam processos de trabalho, sejam rompidas, Vasconcelos (2006), faz referência a um dos maiores desafios da categoria, que representa a superação das práticas conservadoras através do rompimento da reprodução dos processos de trabalho capitalista. Desta forma, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras,

não cabe reproduzir os processos de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper através do trabalho e das relações sociais com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo, resulte num bem e não num produto a ser consumido.

## **2.2 Caracterização da instituição hospitalar: campo para atuação do Assistente Social**

A fim de analisar o processo de trabalho de equipe de saúde de unidades hospitalares, apresentam-se algumas considerações a respeito da organização desse trabalho, seus espaços, agentes e práticas. O hospital consiste em um dos instrumentos que contêm condições materiais para a realização do trabalho em saúde, pois nele estão expressas as funções sociais dessa prática e a posição que seus agentes ocupam na estrutura social.

O hospital sofre transformações que respondem a diferentes finalidades sociais, conformadas em cada momento histórico. Existem pressões externas, tais como necessidades sociais e econômicas que atendem a projetos sociais e políticos que determinam a incorporação de novos meios de trabalho, tanto saberes como tecnologias, contribuindo para as transformações que nele se processam. Assim sendo, o trabalho em saúde se organiza para suprir necessidades econômicas, sociais ou políticas da sociedade.

Ao longo do século passado, a assistência médico-hospitalar tornou-se muito mais complexa e especializada. Os estabelecimentos hospitalares diversificaram-se, atualmente são vários os tipos de hospitais existentes: hospitais gerais; hospitais especializados; hospitais de emergência; hospitais de ensino e pesquisa; hospitais locais; hospitais de referência; hospitais de agudos; hospitais de apoio etc. O termo 'hospital', se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Por mais diversificados que sejam esses estabelecimentos preservam uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia. É justamente essa atividade peculiar, a hospitalização, que só pode ocorrer no interior deste ambiente organizacional, que confere a eles uma identidade própria. Ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de serviços de assistência à saúde em regime de internação.

O hospital é uma instituição muito antiga na história da humanidade. Ao longo de sua trajetória, os estabelecimentos hospitalares passaram por transformações associadas, de um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, às grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica. (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Mesmo assim, é inevitável que o hospital dos dias atuais, moderno, complexo, especializado e tecnicista, em alguma medida conserva ainda parte desse seu passado, inscrito em seus símbolos, seus rituais e na sua cultura (ENRIQUEZ, 1997, apud, NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Nesse sentido, o conhecimento acerca da evolução histórica da instituição hospitalar ajuda-nos a entender o hospital hoje, com as suas características singulares e perante os desafios de operar como uma unidade integrada à rede de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de oferecer assistência de boa qualidade e de modo eficiente.

De acordo com Neto; Barbosa; Santos (2008), o período que se estende do pós-guerra até meados dos anos 70 constitui a chamada 'era de ouro' da assistência médico-hospitalar, e um conjunto de circunstâncias concorre para isso. A partir de 1945, os países ocidentais experimentam um novo padrão de desenvolvimento econômico e social. Ancorados em condições políticas, econômicas e sociais favoráveis e em altas taxas de crescimento, essa é a época em que os chamados Estados do Bem-Estar Social (*Welfare States*) se configuram e em que há uma marcada expansão das políticas sociais nesses países como.

A assistência à saúde, como um importante componente de tais políticas, não fica distanciado da dinâmica social. Grande parte dos países europeus reconhece o direito à saúde como um direito do cidadão e desenvolve sistemas nacionais de saúde como estratégia para a garantia do acesso gratuito e universal à saúde.

A implantação desses sistemas envolveu a ampliação da oferta de serviços à população e o aumento dos recursos públicos investidos na área da saúde. E a expansão da oferta em geral se faz com a reprodução e o aprofundamento de um modelo de atenção à saúde, de base hospitalar, a esta altura já internacionalmente consagrado, ainda que a atenção primária se tenha também expandido com atribuição diferenciada na porta de entrada, principalmente em países com serviços nacionais de saúde (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

O período que seqüente à Segunda Guerra Mundial é de disseminação de um determinado padrão de assistência à saúde, fundado no hospital moderno, organização idealmente, projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos. Organização que opera presa à lógica de tentar prestar todo e qualquer tipo de serviço e procedimento de saúde.

O hospital, desta forma exerce um papel destacado no processo de atenção. Considerado símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente, ele se torna o centro dos sistemas de saúde e os sistemas de saúde, cada vez mais configurados à sua feição, são chamados de hospitalocêntricos<sup>4</sup>.

No Brasil nos últimos anos, especificamente após construção do SUS, surgem inovações e desafios para a atenção e a gestão hospitalar. O acelerado desenvolvimento tecnológico em saúde, associado a perspectivas de políticas públicas mais efetivas e equânimes, se faz acompanhar de exigências mais racionais no campo organizacional, além de economicamente sustentáveis. Trata-se de equação de enorme complexidade, ainda mais ao se somarem a necessária transparência e controle social sobre as políticas mais gerais, aplicação de recursos, ações e resultados efetivamente alcançados por cada serviço.

Para Neto; Barbosa; Santos (2008), a resolução desta equação, por mais que esteja em processo, já apresenta ganhos consideráveis para o sistema e para a

---

<sup>4</sup> Modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica, tanto preventivas quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial toda a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar- curativa. Este modelo passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos 70.

população, segue com limites, contradições e paradoxos. Ainda registra-se uma limitada clareza sobre como estabelecer um padrão estratégico de desenvolvimento para a atenção hospitalar no país, alinhado às políticas e programas em atenção básica e não hospitalar e à altura dos novos padrões de complexidade das doenças, que exigem simultaneamente mais tecnologia incorporada aos hospitais e menor número de leitos no sistema. Uma nova atenção hospitalar que só é possível em um novo hospital, com novas tecnologias e práticas hospitalares. Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que sejam acompanhados igualmente por novos tipos organizativos e novos modelos de gestão. A atenção e a gestão são elementos interdependentes.

Desta forma, dispõe-se de conhecimentos e experiências acumulados tanto na atenção quanto na gestão hospitalar e observa-se certa efervescência, como se estivéssemos próximos de novos horizontes, quando já são perceptíveis alguns novos padrões, com potencial para deslocamento de antigos e desgastados modelos hospitalares.

No que diz respeito aos desafios impostos à prática profissional do Assistente Social em ambientes hospitalares, deve-se destacar a importância das equipes profissionais e as dificuldades em ser estabelecido um trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar. O usuário precisa ser reconhecido em sua integralidade, em elementos como a sua história de vida, processo de adoecimento, perspectivas do tratamento, etc. Para tanto, faz-se necessário a união e a socialização do conhecimento de diferentes profissionais que interagem por meio do diálogo e da exposição de opiniões, pautadas nas particularidades de cada profissão. O desenvolvimento de ações totalmente isoladas e, portanto, desprendidas das intervenções de outros profissionais, atribuem à saúde uma concepção restrita à cura de patologias. Entretanto, a saúde deve ser reconhecida também sob o prisma da prevenção e, ainda, através da compreensão de que as condições de vida do usuário podem influenciar o processo de adoecimento, ou seja,

A superação da abordagem mecanicista da determinação da saúde e da doença implica a politização da prática, que, resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde, demarca o que é possível e necessário ser feito, sem esquecer que a ação decidida deve ser um resultante da definição de necessidades, interesses e prioridades dos usuários (VASCONCELOS, 2006, p.80).

Também, observa-se, a propagação, nos espaços institucionais, de um desconhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social, associado muitas vezes a um não reconhecimento do exercício profissional, ainda visualizado sob o prisma do assistencialismo e da troca de favores. Essa concepção equivocada da prática profissional transforma direitos em benefícios, voltados totalmente ao imediatismo das ações. As intervenções em longo prazo acabam sendo menosprezadas em nome da liberação de leitos. As principais transformações ocorrem através do caráter contínuo das intervenções, mas estes cedem espaço para a realização de atividades rotineiras e burocráticas. A rotina do assistente social no campo da saúde subentende, portanto, que,

a prioridade não é a saúde e as chances de se resgatar, no paciente, as condições de se lidar com seu quadro clínico, de educação em saúde, de prevenção de agravos e/ou de promoção da saúde, a partir do quadro que o usuário apresenta, mas os encaminhamentos burocráticos que respondem a demandas da instituição por leitos vagos e maior faturamento (VASCONCELOS, 2006, p.192).

Quanto às perspectivas de trabalho do assistente social neste espaço, constata-se a necessária construção de alternativas frente aos desafios impostos pelo contexto histórico atual e pelas limitações dos espaços socioinstitucionais, na figura dos empregadores. Para o não reconhecimento da profissão busca-se incessantemente o reconhecimento do profissional do Serviço Social, que pode ser mais bem visualizado através do diálogo estabelecido com outros profissionais, da aproximação com os usuários e com o ambiente hospitalar – como leitos e postos de enfermagem. A melhoria de espaços físicos específicos do Serviço Social também depende do reconhecimento atribuído ao assistente social. A realização de um trabalho em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar está associada ao apoio dispensado pelo espaço sócio-ocupacional para essas práticas, passando a ser um objetivo da administração hospitalar. A participação em eventos deliberativos enaltece o posicionamento do profissional frente à necessária materialização de direitos sociais. O diálogo estabelecido com a rede de apoio é necessário, em detrimento de um acompanhamento contínuo no período pós-hospitalar. Sinalizam-se as ainda precárias iniciativas deliberadas a estes usuários, o qual necessitam de um tratamento especializado e não visualiza horizontes no período posterior à hospitalização. O assistente social frente a esta realidade, através de uma

sensibilização com a falta de iniciativas destinadas ao público-alvo mencionado, questiona-se e pode propor alternativas dentre elas projetos institucionais e iniciativas em nível municipal, estadual e federal e também contribuir com a consolidação das ações existentes.

### **2.3 O Trabalho em Equipe e o Serviço Social na área da saúde**

Quando se fala do trabalho em equipes no campo tema saúde, a palavra interdisciplinaridade tem sido cada vez mais usada. Essa palavra vem sendo utilizada com os mais diferentes sentidos e para os mais diferentes objetivos. A busca de uma unidade para o saber sempre existiu, de alguma forma, ao longo da história da produção de conhecimento. Contudo, as discussões sobre interdisciplinaridade, tal como se compreende hoje, surgem no século XX com o debate, a partir dos anos 60, acerca da necessidade de intervenções sobre o conhecimento fragmentado. (MINAYO, 1994)

Nesse contexto, é importante salientar que a discussão em torno do tema interdisciplinaridade é uma questão epistemológica, que há muito vem sendo discutida por várias vertentes da ciência (MINAYO, 1994). Para Minayo (1994) quando se observa as referidas discussões percebem-se o quanto elas podem ser confusas e são utilizadas para tratar de realidades e de propósitos os mais diversos.

Inicialmente para compreender o termo interdisciplinaridade, é importante entender o significado da palavra disciplina. Para Japiassu (1976) disciplina possui o mesmo sentido que ciência. Sendo a disciplinaridade, por sua vez, a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, caracterizada por um conjunto ordenado e sistemático de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias.

As “disciplinas científicas”, sobretudo a partir do século XIX, são marcadas pelo especialismo exacerbado, que segundo Japiassu (1976) culmina numa fragmentação crescente do que seria um horizonte epistemológico. No caso das



ciências ditas do homem, o modelo de pensamento positivista aparece como o grande responsável pela situação de fragmentação das disciplinas.

O modelo de pensamento desenvolvido por Descartes, através do método da racionalização do conhecimento proporcionou uma verdadeira simbiose entre a ciência e a técnica. O referido método pregava a decomposição de questões complexas em partes menores e mais simplificadas, e o seu uso resultou num processo de fragmentação do saber. Tal proposta atendia a crescente demanda das indústrias que necessitavam, cada vez mais, de especialistas. Sendo, nesse contexto, o século XIX, marcado pela consolidação das especializações (ALMEIDA FILHO, 2007).

Minayo (1994), ao realizar um estudo sobre os distintos usos do termo interdisciplinaridade, sistematiza as teorizações realizadas sobre o tema a partir de três perspectivas. A primeira, bem representada pela obra de Gusdorff (1974, apud MINAYO 1994), concebe a interdisciplinaridade como busca da totalidade do conhecimento. A segunda, defendida por Carneiro Leão (1991, apud MINAYO 1994), concebe a interdisciplinaridade como funcionalidade da ciência e da tecnologia. Já a terceira, desenvolvida por Habermas (1999, apud MINAYO 1994), compreende a interdisciplinaridade como razão comunicativa.

Gusdorff (1974, apud MINAYO 1994) ao teorizar sobre a interdisciplinaridade chama a atenção para as práticas epistemológicas divididas, ressaltando que a exacerbada especialização provoca uma “esclerose mental”, correndo-se o risco que o conhecimento se dissocie da realidade humana e fique apenas em um plano teórico. Para o autor o projeto interdisciplinar compreende a colocação dos distintos saberes em um lugar comum e não apenas de uma forma justaposta, procurando e interligando os limites entre cada disciplina, num movimento de cooperação mútua, diálogo e fecundação.

Para Carneiro Leão (1991, apud 1994) a ciência moderna possui como conceito central a funcionalidade, sendo o primeiro agente da modernidade funcional a disciplinaridade da pesquisa. Para o autor a interdisciplinaridade seria uma construção funcional dada pelo desenvolvimento da ciência e inerente a ela. Sob este foco a interdisciplinaridade é vista como processo intrínseco a ciência, ou a evolução dela, produção de conhecimento que não necessita ser medida, contabilizada, programada, ou mesmo, explicada.

A proposta desenvolvida por Harbemas (1999) busca uma cooperação interdisciplinar. Em sua proposta a filosofia sairia de seu lugar de “tribunal da razão” passando a funcionar como mediadora entre os distintos especialistas. A cooperação interdisciplinar buscaria ser crítica em relação às diversas formas de racionalidade técnica e instrumental, assim como, as diversas inserções que a ciência e as tecnologias sofisticadas realizam no que o autor chama de “mundo vital”.

Aqui se debate com mais atenção às conceituações trazidas por Jantsch (1972, apud 1976) e rediscutidas por Japiassu (1976), discípulo brasileiro das idéias de Gusdorff. Tal modelo também é debatido por Vasconcelos (2002) no contexto da saúde mental. Observa-se, ao longo das leituras e discussões que a referida proposta de composição da interdisciplinaridade se aproxima bastante do referencial de trabalho debatido pela Reforma Psiquiátrica, tendo em vista seus ideais de dissolução de hierarquias e valorização de múltiplos saberes.

Nesse momento, é importante ressaltar que segundo Japiassu (1976) a utilização de termos como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, entre outros, só nos são úteis à medida que nos auxiliam a compreender o verdadeiro sentido de interdisciplinaridade. Sendo esse último, para o autor o mais adequado para exprimir o papel atual da epistemologia nas ciências humanas.

Os referidos teóricos, Jantsch (1972, apud 1976), Japiassu (1976) e Vasconcelos (2002) dividem a atuação em equipe em cinco vertentes: A multidisciplinaridade é definida como a presença, na mesma instituição, de distintas especializações que, a não ser por um sistema de referência e contrarreferência, não se comunicam entre si (VASCONCELOS, 2002).

A pluridisciplinaridade corresponderia à justaposição de disciplinas que, em geral, estariam situadas no mesmo nível hierárquico, estando agrupadas de modo a evidenciar as relações existentes entre elas (JAPIASSU, 1976). Pode-se utilizar como exemplo às reuniões técnicas em que vários especialistas se reúnem, para trocar pontos de vistas, cada um dentro de sua área de atuação e saber (VASCONCELOS, 2002).

A interdisciplinaridade auxiliar é entendida como a junção de saberes de distintas disciplinas para o domínio de uma disciplina já existente, sendo esta última o campo receptor e coordenador das demais. Pode-se utilizar como exemplo um

manual psiquiatria em que além dos aspectos nosográficos de cada caso, também leve em consideração, aspectos sociais e psicológicos no diagnóstico (VASCONCELOS, 2002).

Já a interdisciplinaridade é definida como uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais. Nesse contexto, a prática interdisciplinar exige uma problemática comum, em que sejam elaboradas estratégias teóricas e políticas sobre a sua ação. É marcada por uma fecunda interação e aprendizagens mútuas “que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos internos” (VASCONCELOS, 2002, P. 47). Japiassu (1976) ressalta que o que irá caracterizar a interdisciplinaridade será a intensidade com que se darão as trocas de saberes entre os diversos especialistas e o grau de integração real das disciplinas no interior de um projeto específico de trabalho.

A transdisciplinaridade, por fim, pode ser compreendida por uma extrema ampliação do conceito anterior do qual decorreria o surgimento de um novo campo de atuação. Nessa modalidade de interação todas as disciplinas coordenam e são coordenadas, umas pelas outras, ao mesmo tempo, sob a luz de uma axiomática geral. Nesse momento de interação, seria criado um novo campo de saber com autonomia teórica, disciplinar ou operativa própria, como a ecologia, por exemplo. (VASCONCELOS, 2002).

De acordo com Japiassu (1976) apenas um trabalho em equipe multi ou interdisciplinar é capaz de permitir uma divisão racional do trabalho, aumentando, assim, sua eficácia e sua produtividade. Contudo, antes de da discussão das especificidades do trabalho em equipe no contexto hospitalar, é importante explicitar a definição do termo equipe, tendo em vista que já foi discutida a compreensão por interdisciplinaridade.

Peduzzi (2001) afirma que se pode pensar em equipe a partir de duas noções. A primeira pode ser entendida como um agrupamento de agentes e a segunda como a integração de trabalhos. O primeiro caso é marcado pela fragmentação e o segundo pode ser aproximado das articulações pertinentes à proposta de integralidade em saúde.

Na equipe entendida como agrupamento ocorrerá à justaposição de ações e a afluência de agentes. Na equipe integração percebe-se a articulação das ações e a

integração dos agentes. Um elemento que pode ser percebido nas duas modalidades técnicas diz respeito aos trabalhos especializados e as desigualdades de valores atribuídos às distintas especialidades desse meio. Tais elementos marcam a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos.

Nota-se também em ambos os casos tensões referentes às distintas concepções e as possibilidades de autonomia das técnicas, assim como entre a possibilidade de autonomia das práticas versus a possibilidade de complementaridade objetiva de saberes. (PEDUZZI, 2001).

Marins (2007) salienta que tal postura de desintegração de saberes, no Brasil, possui como foco um modelo hegemônico de atenção à saúde que predominou principalmente nos anos setenta, sendo associado à reforma do ensino no respectivo período, que proporcionou uma formação educacional voltada para a especialização. Os conteúdos dos cursos de saúde eram transmitidos de maneira fragmentada, as “grandes áreas do conhecimento” foram subdivididas em disciplinas menores, e, além disso, os espaços de aprendizagem dos referidos profissionais ficaram restritos aos hospitais.

Tal formação, como se pode observar, interfere diretamente no modo como os profissionais emergentes desse processo interagem e atuam em suas referidas instituições de trabalho. Algumas iniciativas no sentido de uma educação mais integral, voltada aos processos interdisciplinares foram desenvolvidas por profissionais de centros educacionais pelo país, como relata Fazenda (2000), a partir da observação de professores que buscavam atuar de forma interdisciplinar no contexto das salas de aula, as grandes questões a serem enfrentadas no que se refere à prática interdisciplinar dizem respeito à dicotomia entre teoria e prática. Para a autora, um dos passos para vencer tal obstáculo seria que os profissionais que se propusessem a realizar práticas interdisciplinares também se comprometessem a realizar exercícios de descrição e análise de suas práticas.

De acordo com Peduzzi (2001) no plano retórico, o trabalho em equipe é considerado o ideal das práticas em saúde, tendo nos últimos anos assumido um lugar de “tabua de salvação” para diversos conflitos entre os distintos atores e suas especialidades nas equipes multiprofissionais. A autora também alerta para o fato de que pessoas que trabalham juntas, em uma mesma instituição, não necessariamente compõem uma equipe interdisciplinar. Para Costa (2007) a

efetivação de um trabalho em equipe demanda a reestruturação dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos instituídos que venham a dificultar o trabalho existente.

Para Nunes (2002) as práticas interdisciplinares perpassam todas as áreas do conhecimento sem distinções. Na área da saúde tais práticas constituem um local privilegiado para que se repensem antigos conceitos, renovando-se a forma de se pensar a saúde, a concepção de adoecer e a prestação de serviços.

A compreensão de um sujeito integral, entendido em sua complexidade dentro do processo saúde-doença, segundo Silva e Tavares (2003), passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar que busque romper os limites entre as distintas disciplinas e modos de produzir conhecimento.

Contudo, tendo em vista o universo multifacetado que envolve as práticas interdisciplinares em saúde, existem muitas dificuldades teóricas e práticas são percebidas durante a efetivação desse processo. Penido (2002) afirma, por exemplo, que não raro observa-se nas equipes de saúde o uso do termo interdisciplinaridade confundido ao termo multiprofissional, fazendo-se supor às equipes multiprofissionais um exercício interdisciplinar, o que nem sempre é verdadeiro. Tais dificuldades de ajuste conceituais não são percebidas exclusivamente nos espaços dos serviços, locais que se pode considerar em que estas práticas ainda estão em processo de construção.

Após esse momento, mais voltado à discussão do conceito de interdisciplinaridade, passa-se a discutir os processos do trabalho em equipe nos serviços de saúde, principalmente do assistente social, tendo como foco principal o contexto hospitalar.

Segundo Trindade (2001, p.392), o Serviço Social tem seu espaço reservado ao lado de outras profissões, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução social. É neste contexto que se constroem as ações e relações de trabalho e se concretizam as demandas postas para a intervenção do assistente social, buscando a defesa de um projeto profissional comprometido e na incessante defesa dos princípios estabelecidos no atual Código de Ética da profissão: liberdade, democracia, igualdade e equidade social. Apesar disso, ainda há uma visão da saúde como direito para alguns e não para todos. Segundo Nogueira e Miotto (2006, p.5)

é direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, a qual classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

Diante destas situações é perceptível a necessidade imediata do trabalho interdisciplinar para a qualificação da atuação, tanto dos assistentes sociais, quanto dos demais profissionais. Desta forma, conforme Barros e Suguihiro (2003, p.8) “a interdisciplinaridade é um instrumento poderoso que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade”.

Com isso, é de grande relevância que se atinja um trabalho interdisciplinar, pois o atendimento aos usuários deve ser realizado de forma estruturada e organizada pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, pode-se diagnosticar entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção à saúde.

Nesta perspectiva Nogueira e Mito (2006, p.12) afirmam que

não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado.

Sendo assim, o assistente social em uma equipe interdisciplinar de saúde, é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-prático para ser um propositor de novas modalidades de enfrentamento das situações.

Assim, Paiva (2000, p.81) afirma

como trabalhador especializado, o assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir, na sua ação, os saberes acumulados pela profissão ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas.

Então, o assistente social deve atuar visando sempre os interesses dos usuários, viabilizando o acesso às garantias dos direitos sociais, pois Barros e Suguhiro (2003, p.8) afirmam que

o profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas.

O exercício do trabalho em equipe exige uma horizontalização dos saberes oriundos das profissões envolvidas, do reconhecimento e valorização das diferentes práticas, permitindo o diálogo entre os profissionais. A construção da interdisciplinaridade que se caracteriza pelo processo e movimento de sínteses e totalizações provisórias na apreensão da realidade e intervenção nela, deve partir da reflexão sobre as necessidades sociais postas no cotidiano do trabalho, as quais demandam ações que transcendem os conhecimentos de uma área específica e desafiam a permanente integração de saberes e a construção de competências compartilhadas. Nesse horizonte é relevante destacarmos que

“O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. (...) É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, autonomamente poderiam ter” (SEVERINO, 2000, p. 17)

A perspectiva da interdisciplinaridade contrapõe-se à herança positiva, buscando a superação de uma ciência fragmentada por uma ciência unitária; contudo, isto não significa suprimir as especialidades e substituí-las por generalidade, tampouco, o saber delas decorrente por um saber geral sem delimitações (SEVERINO, 2000).

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade parte do pressuposto que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho

coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que os conformam visa a ampliar a resolutividade das ações em saúde desenvolvidas. Desta forma os trabalhadores precisam conhecer as particularidades de cada trabalho, reconhecendo o seu valor de uso em cada situação demandada pela população.

Com isso, a interdisciplinaridade na saúde se insere como estratégia de fortalecimento das atividades integradoras de ensino, pesquisa e extensão em saúde, na medida em que abre espaço para reflexão e troca de experiências valiosas para produção de conhecimentos e aprimoramento da qualidade da formação de profissionais e da assistência em saúde, perspectiva da humanização, integralidade e resolutividade do atendimento.

#### **2.4 Integralidade e Humanização: diretrizes que embasam a prática**

A fim de contextualizar a integralidade da atenção, é necessário retomar à década de 1970, época em que este tema começa a tomar “corpo” com a Reforma Sanitária Brasileira, a qual se constituiu numa proposta abrangente de mudança social e de transformação na área da saúde. De acordo com Luz (2001), nesse período houve uma grande movimentação social em torno das políticas públicas, e a saúde passou a ser concebida como um direito de cidadania. Paim (1999), ressalta que essa posição representou, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde e a não garantia de acesso aos serviços, estruturada a partir de críticas ao sistema de assistência médico-hospitalar vigente e de movimentos sociais.

A Reforma Sanitária no Brasil foi, também, impulsionada pela Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão em 12 de setembro de 1978, que descreveu os parâmetros e critérios sobre os cuidados primários de saúde e estabeleceu uma meta de saúde para todos no século XX, um direito humano fundamental (OPAS, 2003). A declaração de Alma-Ata proferiu um sistema de atenção primária à saúde e propôs uma ação integral no sistema de saúde nacional, para enfatizar a promoção de saúde e a prevenção, além de questionar o modelo biomédico. Para tanto, ela estabeleceu algumas estratégias operacionais, conhecidas mais tarde como:



universalidade, equidade, regionalização e hierarquização, ação intersetorial, participação comunitária, controle social e integralização das ações de saúde.

Esse movimento social e político resultou na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja finalidade foi propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembléia Nacional Constituinte. Realizada em março de 1986, teve como temário a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, sendo considerado um marco no processo evolutivo das políticas de saúde no Brasil. Sua principal conquista foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que defende a criação de um Sistema Único de Saúde que, mais tarde, por meio da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 05 de outubro de 1988, estabelece ser o SUS a política de saúde vigente no país.

A organização operacional do SUS evoluiu mediante as seguintes normas operacionais básicas: NOB/91, NOB/93 e NOB/96. Estas representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, constituindo em aspectos fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB/91 foi criada na tentativa de tornar operacionais os preceitos das Leis nº. 8.080 e nº. 8.142, e ordenar a transferência de recursos. Foram delimitadas as figuras do Município e Estado habilitados por meio de estímulos financeiros àqueles que cumprem às exigências estabelecidas, como a hierarquização da rede sanitária e a criação de Fundos e Conselhos de Saúde. Os repasses de recursos, no entanto, eram condicionados à produção, não considerando o perfil das necessidades da população.

A formulação da NOB/93 foi marcada pelo avanço da municipalização propiciada pela NOB/91. Teve como intuito a execução do SUS com descentralização dos serviços de saúde, além de criar as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites e de prever mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo nos diferentes níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena).

A NOB/96 redefine o modelo de gestão do SUS e constitui um instrumento para a viabilização da atenção integral à saúde da população e disciplina as relações entre as esferas de gestão do sistema (BRASIL, 1997). Observa-se, então,

que as NOB-SUS 93 e 96 promoveram uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadearam um processo de descentralização intenso e transferiram para os Estados e Municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, entra em vigor a Norma Operacional da Assistência à Saúde no ano de 2001 (NOAS-SUS 01/2001), que, além de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, “define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.” (BRASIL, 2001a). Estabelece, portanto, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, ao elaborar um Plano Diretor de Regionalização pelas Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, que deve ser submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e encaminhado ao Ministério da Saúde. Dessa forma, no que tange aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços.

Assim, de acordo com Mendes (2006), o SUS constitui um espaço privilegiado de construção de cidadania e que transcende a si mesmo, no sentido em que ele demarca as possibilidades e os caminhos do aparelho do Estado brasileiro ao explicitar os papéis federativos, redistribuir as competências, descentralizar os recursos, democratizar as decisões, além de procurar romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. Segundo o mesmo autor o SUS pode ser reconhecido em três dimensões:

O SUS tem, como processo social, dimensão política dado que vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa, ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia. (MENDES, 2006,p.58)

Dessa maneira, as ações e os serviços de saúde nesse sistema se estabelecem em torno da participação popular e do atendimento integral e configuram uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 2006). A assistência passou a ser prestada por um conjunto de unidades de saúde interligadas entre si e que se organizam em níveis de atenção que variam, conforme Mendes (2006), com as suas respectivas “densidades tecnológicas”. Neste sentido, o autor salienta que se deve falar em “densidade tecnológica e, não, de complexidade tecnológica porque é preciso questionar a idéia de que a atenção primária é de baixa complexidade tecnológica” (p.267), pois assim como a atenção secundária e terciária, a atenção primária também exige conhecimentos e habilidades de alta complexidade advindos das mais variadas profissões que compõem o quadro da saúde.

A integralidade da assistência é entendida, conforme a Lei 8.080, como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990a). De acordo com Cecílio (2001, p.113), ela constitui com os outros princípios doutrinários (equidade e universalidade) um “conceito tríplice” e “entrelaçado”, o que representa, de forma expressiva, o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. O autor complementa ao relatar que a integralidade e a equidade não se restringem ao acesso a determinados serviços, pois remetem-se, também, ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações.

Entretanto, uma primeira aproximação quanto ao seu significado pode ser expresso no Artigo 198 do texto constitucional, como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (BRASIL, 2006, p.142). Na literatura consultada, há vários autores que se apropriam dessa diretriz, já que a integralidade é um termo que não pode ser chamado de conceito, pelo contrário, é uma palavra polissêmica, que deve ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001). Este último autor a define como uma “bandeira de luta”, pois ela carrega consigo um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar. Assim, ele tece em seu estudo três conjuntos de sentidos sobre a integralidade, tais como, as práticas dos profissionais de saúde e a visão integral dos mesmos ante as necessidades de saúde dos usuários; a organização dos serviços e as práticas de

saúde, que devem apreender as necessidades ampliadas de saúde da população; e, por último, as respostas governamentais aos problemas de saúde da população.

A integralidade na dimensão das práticas dos profissionais de saúde é defendida por Mattos (2001) como um valor que se expressa nas respostas desses atores frente ao que os pacientes procuram. Para o autor, há profissionais que lidam apenas com as doenças dos usuários em detrimento dos desejos, aspirações e dos sonhos que os acompanham. Neste sentido, percebe-se que a integralidade só se realiza quando se estabelece uma relação sujeito-sujeito.

Dessa maneira, ao abordar a integralidade da atenção voltada para o atendimento ao usuário, faz-se necessário pensar a humanização da assistência, já que, assim como o atendimento integral, o acesso humanizado é uma das diretrizes do SUS e conseqüentemente de seus trabalhadores para com os usuários. Nesse contexto, a integralidade é entendida como algo que se produz na organização dos processos de trabalho em saúde. Imbricada nesta atividade, está a humanização, enfocada como ampliação do processo comunicacional entre usuários e profissionais, com associações com a própria cultura organizacional.

Neste contexto, percebe-se que no espaço hospitalar a integralidade é, na maioria das vezes, compreendida como uma abordagem holística, portanto assume um significado de integral - os profissionais de saúde atuam em um objetivo único que é o de atender o ser humano como um todo. Esse discurso está em conformidade com o disposto no Artigo 198 do texto constitucional, o qual não faz referência à palavra integralidade, mas trata de um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (BRASIL, 1988).

Nesse âmbito, a integralidade é vista como uma prestação de serviço desenvolvida pelos diversos atores da saúde nesse tipo de atendimento, cada um vivencia a parte, o seu potencial, o seu conhecimento, que, somado aos dos outros atores ali envolvidos, almeja uma integralidade em sua forma mais ampliada. Dessa maneira, há de se respeitar a subjetividade de cada profissional neste atendimento, e a do usuário, na busca de formatar um todo. Reconhece-se, no entanto, que a integralidade nem sempre se dá como o esperado. Tal serviço depende de vários fatores para que ocorra como o previsto no texto constitucional. Assim, a integralidade, no sentido mais amplo da palavra, deveria ser vista como uma

orquestra sinfônica, em que os musicistas têm a responsabilidade de tocar diferentes instrumentos, com as suas respectivas notas, compondo uma música em harmonia, sem ruídos inesperados, pois as notas se complementam e formam um todo, a música.

A integralidade, além de dizer respeito aos atores de saúde, também é referida como a disponibilidade de instrumentos de trabalho a fim de realizá-lo com qualidade. A falta dessa condição básica seria uma das dificuldades levantadas a priori para concretizar um atendimento integral ao usuário. Diante do exposto, pode-se dizer que a integralidade é uma prestação de serviço do cuidado integral realizado pela equipe multiprofissional em todas as áreas de conhecimento da saúde, com a finalidade de suprir, sem barreiras, as mais variadas necessidades do usuário.

O termo 'humanização' vem sendo empregado corriqueiramente no âmbito da saúde. Ele trata das relações entre sujeitos, em que um indivíduo reconhece a humanidade do seu semelhante, seja a partir do diálogo ou na sua forma de expressar, manifestar, interagir e/ou pensar o outro. Sendo assim, esse termo passou a permear as práticas assistenciais no cotidiano da saúde, constituindo uma política ministerial regulamentada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em maio de 2000, o qual "ambiciona promover a pessoa humana, como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde" (BRASIL, 2002, p.5) e tem como objetivo fundamental o de "aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade." (BRASIL, 2001, p.7). Dessa maneira, a humanização enquanto conceito visa nortear uma "nova práxis na produção do cuidado em saúde" (DESLANDES, 2004, p.7) e que, também, aponta para a integralidade da atenção. Posteriormente, o Programa foi substituído pelo Humaniza SUS, passando a ser uma política de assistência.

Segundo o PNHAH (2001), as iniciativas de humanização em andamento nos hospitais demonstram uma necessidade de mudança na gestão da relação usuário/profissional de saúde e também da própria instituição. Tais iniciativas, porém, são ainda setoriais e não conseguem um envolvimento do todo das organizações, o que reafirma a necessidade de articular essa mudança de forma a

contemplar os aspectos subjetivos e éticos presentes nas relações do binômio usuário/profissional, e difundi-los no hospital como um todo.

A humanização aponta, portanto, para um campo relacional com reconhecimento da alteridade e do diálogo. Logo, é um desafio, pois, o hospital é um espaço onde se percebe a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre profissionais/usuários e entre os diferentes profissionais que compõem a equipe em saúde. A instituição também tem o seu lugar de destaque quanto à humanização, pois deve oferecer, além das tecnologias, um ambiente propício para uma assistência mais humanizada e promover uma educação permanente do seu quadro de recursos humanos.

Diante do que foi exposto, percebe-se que a proposta de humanização da assistência à saúde visa reestruturar “as relações de trabalho nos hospitais públicos, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.” (PNHAH, 2002, p.9). Dessa forma, ela trata de uma nova proposta de trabalho que almeja aumentar a eficácia no atendimento à população por meio de uma maior integração, comunicação, vínculo e reconhecimento mútuo entre os diversos sujeitos envolvidos nesse processo. Ela configura uma política que objetiva “difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS.”(PNHAH, 2002, p.9). Compreende-se, portanto, que não há como pensar em integralidade sem abordar a humanização da assistência, pois ambas dizem respeito às relações entre sujeitos, embora esta última tenha como função subsidiar a reestruturação das práticas assistenciais do cotidiano em direção à integralidade da atenção em sua forma mais ampliada possível.

### **3 O TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS: APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

O objetivo desse capítulo consiste em compreender como se alicerça, hoje, o debate sobre o trabalho no Serviço Social. Para tanto, é essencial desvendar o movimento de alterações no mundo do trabalho gestado na sociedade capitalista

contemporânea, onde, cada vez mais, o trabalhador é levado à alienação de seu processo de trabalho. Contraditoriamente, os assistentes sociais são instigados a compreender e a qualificar esse processo, para que possam dar materialidade ao projeto ético-político do Serviço Social.

As mudanças ocorridas no Sistema de Seguridade Social do Brasil, fundamentadas para esse debate, estão vinculadas ao contexto macrossocietário “determinado pela relação entre a crise econômica dos anos 80 e mecanismos para seu enfrentamento”, no qual as “mudanças no mundo do trabalho” configuram-se pelo esgotamento do modelo de produção fordista/keynesianista e pela substituição da acumulação flexível e as “mudanças na intervenção do Estado”, com a redução do papel do Estado, caracterizada pela contenção de gastos e a transferência de responsabilidades para o setor privado (MOTA, 1995, p. 117).

Essas mudanças trazem em si novas modalidades de gestão de mão-de-obra, provocando alterações, não só no mercado de trabalho, mas, também, na forma de produzir e no modo de ser dos trabalhadores.

Dessa forma, para a compreensão do trabalho do assistente social na política de saúde é necessário o entendimento destas transformações no mundo do trabalho, às quais estão diretamente relacionadas com a intervenção profissional.

### **3.1 Contextualizando o mundo do trabalho**

Refletir acerca das transformações do mundo do trabalho remete para a questão do trabalho e do seu significado na vida dos sujeitos sociais. O trabalho é considerado como “centralidade na vida do ser enquanto valor social”, estando em “crise devido a suas metamorfoses”, não do seu fim, uma vez que o capital depende, em grande parte, do trabalho para reproduzir-se (ANTUNES, 2006).

Para a contextualização dessas mudanças, parte-se da perspectiva marxista, que entende ser o trabalho

[...] um processo de que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e

modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. [...] No fim do processo do trabalho lhe aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1989, p. 202).

Assim, o trabalho é produto do homem, que, ao interagir com a natureza, gasta sua força física e mental, voltado a satisfazer suas necessidades humanas, modificando-se a si mesmo, ao destinar parte de si para a produção de bens e serviços. Por meio do trabalho o homem desenvolve sua consciência para intervir na natureza e interagir com outros homens, suprimindo suas “condições materiais de vida”, uma vez que a vida “é o primeiro pressuposto para fazer história, e viver significa comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais [...]” (MARX; ENGELS, 2005, p. 27). Todo trabalho se desenvolve por meio de um processo pelo qual os homens constroem sua vida material e seu próprio modo de ser. Por processo de trabalho entende-se toda

[...] atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1989, p. 208).

Nas sociedades capitalistas os processos de trabalho são também um processo de valorização, já que o essencial não é a satisfação das necessidades do trabalhador, mas a valorização do capital, a produção da mais-valia<sup>5</sup>, que é obtida pela exploração do capital sobre o trabalho, o qual passa, então, a ter um valor de uso e um valor de troca, ou seja, torna-se uma mercadoria.

No contexto sócio-histórico, o mundo do trabalho vem sofrendo importantes mutações, tanto na forma de produzir, como na maneira de ser da classe trabalhadora, referenciada por Marx. Na contemporaneidade, a “classe-que-vive-do-trabalho” tem seu núcleo nos trabalhadores produtivos, no seu sentido mais amplo, mas não se restringe ao trabalho industrial e/ ou fabril, englobando, também, o trabalhador produtivo e o improdutivo. Assim,

---

<sup>5</sup>Mais-valia ou lucro: aquela parte do valor da mercadoria em que se incorpora o sobretrabalho, ou trabalho não remunerado.



[...] compreende não somente o trabalhador manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário. Enfim, o “conjunto de seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho, que são assalariados e desprovidos dos meios de produção, como os [...] trabalhadores precarizados, terceirizados, fabris e de serviços, part-time, que se caracterizam pelo vínculo temporário, pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo. Também o proletariado rural e a [...] totalidade dos trabalhadores desempregados que se constituem nesse monumental exército industrial de reserva” (ANTUNES, 2005, p. 52).

Cabe, entretanto, ressaltar que todas essas transformações no mundo do trabalho estão vinculadas à mudança no papel do Estado enquanto regulador da produção material, que deu base à sociedade do Welfare State - keynesianismo, não vivenciado no Brasil, aproximado pelo Estado intervencionista<sup>6</sup>, com início na era Vargas, assentando-se no populismo — “Governo Popular, ministério reacionário” (MANTEGA, 1984). Assim, passou-se a um Estado regulado pelo mercado, baseado no recorte teórico neoliberal, influenciado pelo Consenso de Washington, que previu medidas de liberação da economia e realização de reformas estruturais, às quais fortalecem mecanismos de redução com gastos públicos, como cortes de despesas na área da saúde, da assistência social, da previdência e da segurança, entre outros.

Assim, o sistema de proteção social brasileiro, baseado nas contribuições do emprego formal, com a diminuição de postos de trabalho no mercado formal, bem como o aumento da taxa de desemprego, materializa uma crise na garantia de direitos sociais. Coloca-se uma grande restrição no Sistema de Seguridade Social, uma vez que a fonte de financiamento está vinculada ao trabalho, por meio de contribuições à Previdência Social e arrecadação de impostos. O que constitui o fundo público, que retorna para a sociedade, sobretudo por meio de serviços e programas sociais, que, contudo, perdem a sua potencialidade em decorrência da escassez de recursos financeiros.

---

<sup>6</sup>Estado Intervencionista de Roberto Simonsen, baseado no paradigma teórico keynesiano, que reforça as estruturas produtivas, através da presença do Estado enquanto nós interventor e regulador das atividades econômicas, dando respostas às pressões das massas urbanas e cooptando-as para o novo projeto social, através de políticas públicas. Almejava um ritmo mais acelerado de desenvolvimento econômico pela intensificação da industrialização, melhorando a alocação de recursos econômicos e financeiros, inclusive internacionais. No quadro ideológico crescia a idéia de nação forte. Tal projeto foi atropelado pelos movimentos sociais e pelas pressões populares, devido ao intenso processo de urbanização e crescimento do proletariado (MANTEGA, 1984, p. 27). Na prática impulsionou a mudança do modelo agrário para o industrial, do rural para o urbano, mas não houve alterações no padrão de renda, e, sim, o oposto, como uma maior concentração de renda e o aumento das desigualdades sociais.

No Brasil, a situação torna-se mais agravante, em virtude do contexto sócio-histórico, pois

a redução do emprego, aliada à retração do Estado em suas responsabilidades públicas no âmbito de serviços e direitos sociais, faz crescer a pobreza e a miséria, passa a comprometer os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida (IAMAMOTO, 2001, p. 87).

Além de o Estado não ser mais pensado como protagonista no atendimento às demandas sociais há a ampliação do processo de privatização de empresas públicas, principalmente na área de serviços estatais, as quais passaram a ser também atendidas pelo setor privado, por meio de serviços focalizados, destinados às populações mais empobrecidas, ocasionando a chamada “universalização excludente”, referenciada no capítulo anterior.

A política social de saúde é tensionada a partir de uma tendência privatizante, através do segmento privado, que é dividido em: supletivo e complementar. A privatização induzida nesse caso é por meio de estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tornando-se um problema de “direito do consumidor e não um problema de direito social” (BEHRING, 2003, p. 268). A flexibilização, assim, “[...] é um elemento estratégico para a diminuição do custo Brasil e a garantia de condições atrativas para a permanência de capital estrangeiro no país” (BEHRING, 2003, p. 228). Privatizam-se, pois, preferencialmente, os setores mais lucrativos, a exemplo da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), da Vale do Rio Doce, das telecomunicações, dentre outras.

Nesta nova “morfologia do trabalho”<sup>7</sup> também se insere os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde, que sofrem as inseguranças mencionadas e não são imunes às transformações do mundo do trabalho, as quais afetam a classe trabalhadora, pois “[...] não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 64). “Esse contexto reflete diretamente na atuação dos profissionais que trabalham na perspectiva da garantia de direitos, fortalecendo mecanismos de resistência na tentativa de diminuição da renda, da propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 59).

---

<sup>7</sup>Nova morfologia do trabalho que deve ser compreendida a partir do (novo) caráter multifacetado do trabalho (ANTUNES, 2005, p. 47).

Dessa forma, a contextualização sobre o mundo do trabalho faz-se necessária para se compreender os processos de trabalho em que o Serviço Social se insere, enquanto especialização da divisão sociotécnica do trabalho, salientando-se que sofre as inflexões do contexto sócio-histórico, dos mecanismos da produção e da reprodução social. Com o processo de reestruturação produtiva e a Reforma do Estado, tem-se o agravamento da questão social vivenciada nos novos espaços sócio-ocupacionais.

### **3.2 Processos de trabalho profissional do Assistente Social**

Primeiramente, é importante destacar que não existe um único processo de trabalho do assistente social, mas processos diferenciados, que se organizam de acordo com as “exigências sócio-econômicas e sócio-políticas do processo de acumulação” e não são idênticos em todos os contextos em que estão inseridos os profissionais, pois mudam em razão das condições e das relações sociais em que se realizam (IAMAMOTO, 2001, p. 95).

São diversos espaços sócio-ocupacionais, de natureza pública ou privada, nas empresas lucrativas e não lucrativas, que possuem demandas diferentes, de acordo com os objetivos institucionais. Assim, em virtude das mudanças no mundo do trabalho, tanto no modelo de produção como na gestão de mão-de-obra, na contemporaneidade, alteraram-se significativamente os processos de trabalho do assistente social, dele se exigindo um perfil mais qualificado, habilidades e competências, como domínio da informática, de idiomas, carteira de habilitação, ferramentas da qualidade, polivalência, trabalho em equipe, além das competências específicas da profissão, postas na lei de regulamentação da profissão, nas diretrizes curriculares e no Código de Ética Profissional.

Em caráter ilustrativo, chama atenção a pesquisa: “Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”, organizada pelo CFESS, com dados coletados em maio de 2004, pela Universidade Federal de Alagoas e os Conselhos Regionais de Serviço Social. Quanto aos dados relacionados à natureza da instituição em que atuam e do principal vínculo empregatício, mostram que,

historicamente, o setor público é o maior empregador do Serviço Social, sendo 40,97% de natureza pública municipal; 24%, pública estadual e 13,19%, pública federal; seguem-se 13,19% de natureza privada e lucrativa e 6,81% do terceiro setor. Esses dados, ao serem trabalhados, apontam para a descentralização que vem ocorrendo das políticas sociais, da transferência da instância federal para a municipal, a partir da década de 1990, tendo consequências diretas no mercado de trabalho dos assistentes sociais.

Embora exista a predominância das instituições públicas no mercado de trabalho do Serviço Social, (78,16%), sendo o principal vínculo empregatício o estatutário (55,68%), por meio da realização de concursos públicos, os dados revelam que 22,48% dos profissionais atuam em instituições públicas por meio de outros tipos de vínculos, não estáveis, como prestadores de serviços, com contrato temporário. Assim, revelam que a precarização do trabalho posta pelo modelo flexível também ocorre nas instituições públicas estatais, sendo essa, também, uma característica do trabalho do assistente social na área da saúde.

Entretanto, independentemente da natureza das instituições e dos tipos de vínculos empregatícios, o objeto ou a matéria-prima dos processos de trabalho do assistente social é mesmo a questão social, em suas múltiplas expressões, não sendo somente desigualdade social, mas, também, resistências, formas de luta, rebeldias, que demandam a necessidade do trabalho profissional, potencializado pelos instrumentos de trabalho (IAMAMOTO, 2001). Portanto, a questão social caracteriza-se de acordo com o contexto sócio-histórico, de natureza pública ou privada, mas é inseparável dos efeitos da acumulação capitalista, da concentração de renda, dos processos de reestruturação produtiva, que intensificam e desregulam os processos de trabalho que se materializam na vida dos sujeitos sociais.

Os meios de trabalho do assistente social são os instrumentos e técnicas, recursos materiais e intelectuais, por meio dos quais realiza a ação profissional sobre o objeto. Os meios de trabalho pelos quais decifra e intervém na realidade social não devem ser vistos como mero uso dos meios e instrumentos, mas partindo da intenção para a ação, sobretudo utilizando-os para a satisfação de necessidades e o alcance dos objetivos e de finalidades, ou seja, o quê, para quê, como, por que fazer. Assim, instrumentalidade é entendida como

[...] um conjunto de condições que a profissão cria e recria no exercício profissional e que diversifica em função de um conjunto de variáveis como: o espaço sócioocupacional, o nível de qualificação de seus profissionais, os projetos profissionais e societários hegemônicos, a correlação das forças sociais, dentre outros (GUERRA, 2000, p. 20).

Embora o assistente social não trabalhe diretamente no processo de produção de mercadorias, sua ação profissional contribui na produção e na reprodução da vida social, tendo um efeito que não é material, mas social, pois sua intervenção incide no campo dos comportamentos, valores e cultura, e reflete diretamente na vida dos sujeitos. Os resultados ou os produtos do seu trabalho existem e “[...] são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços” (IAMAMOTO, 2001, p. 68).

Nesse sentido, atua na prestação de serviços sociais nas áreas de saúde, assistência social, educação, segurança e outros, e pode contribuir com outros protagonistas na criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social, buscando caminhos para a garantia de direitos. Trabalhando na criação de consensos em torno das lutas e interesses das classes subalternizadas, fortalece os canais de participação dos usuários na gestão e no controle social da prestação de serviços ou contribuindo no “reforço da hegemonia vigente” (IAMAMOTO, 2001).

A profissão de Serviço Social está inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que “[...] tanto especializa o trabalho, quanto pluraliza suas necessidades, por isso mesmo seu produto serve-lhe apenas de valor de troca” (MARX, 1989, p. 119). No entanto, somente tem valor de troca o que tem também valor de uso; para isso, deve ser socialmente necessário, com capacidade de ser produzido, vendido e trocado no mercado por moeda, portanto, na forma assalariada. O valor de uso da profissão está no trabalho de enfrentamento da questão social, criando e gestando políticas sociais, programas e projetos sociais para a maioria (excluída) da população, participando com outros trabalhadores, nos mais diferentes processos, visando à consecução dos objetivos.

Nesse sentido, o assistente social possui atribuições e competências que lhe são prerrogativas e lhe garantem sua especificidade, sendo “necessário porque atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material” da maioria da população (IAMAMOTO, 2001). Cabe ressaltar que no Brasil a profissão constituiu-

se para servir aos interesses do capital. Ao mesmo tempo em que servia ao capital, sua atuação também respondia aos interesses e necessidades da classe-que-vive-do-trabalho. A profissão “[...] se configura e se recria no âmbito das relações entre o Estado e a Sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional” (IAMAMOTO, 2002, p. 19).

Com o Movimento de Reconceituação, na década de 1960, potencializado pelo momento histórico da sociedade brasileira, pela ditadura militar e pela intensificação dos movimentos sociais, também se fortaleceu o debate no campo profissional envolvendo sujeitos individuais e coletivos, para a construção no Serviço Social do projeto profissional. Esse debate foi interrompido pela ditadura militar (1964-1985) e ganhou força novamente no período da redemocratização do país, a partir da década de 1980, quando se desenhou o novo projeto profissional.

O trabalho do assistente social é orientado por um projeto ético-político explicitado em documentos, como: Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº. 8.662/93); Documento ABEPSS (Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social), que orienta a formação profissional; Documento CFESS (2002), sobre atribuições prerrogativas e competências do assistente social; Código de Ética Profissional (CFESS 273/93), que norteia o exercício profissional.

Neste novo desenho profissional, o Serviço Social assume a liberdade como valor central, rompendo com o conservadorismo e elegendo como princípios: a democracia, os direitos humanos, a cidadania, a equidade e a justiça social, a eliminação do preconceito, o pluralismo e a opção por um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem dominação de classe, etnia e gênero, articulando-se com os movimentos e categorias profissionais na luta dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2002). Ainda, assume a direção social na contracorrente da conjuntura, contrapondo-se à hegemonia política do capital, e assume, também, o compromisso com valores fundantes dos movimentos progressistas da sociedade.

Assumir estes princípios é inserir-se no campo de luta ético-político e teórico-prático contra aqueles processos que fundam relações de desigualdade, exclusão e alienação na sociedade brasileira. Nesse sentido, constrói-se uma clara oposição do Serviço Social ao projeto de sociedade contemporâneo, marcado por inúmeras

mudanças, decorrentes dos avanços tecnológicos e da globalização, que acirram desigualdades sociais e desprotegem a classe-que-vive-do-trabalho.

Neste cenário social o Serviço Social insere-se por meio da divisão sociotécnica do trabalho e requer um profissional capaz de trabalhar na execução, na formulação e na gestão das políticas sociais, públicas e privadas; também deve estar comprometido com sua atualização permanente e ser capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças sociais, para decifrar a realidade social e intervir nela, contemplando os interesses e necessidades dos usuários demandantes de seus serviços (IAMAMOTO, 2001).

As mudanças no mundo do trabalho vêm indicando novas demandas ao Serviço Social. Por isso, é necessário desvendar as novas formas de produção e reprodução social, potencializadas pelo modelo de acumulação flexível, que passa a exigir uma revisão das competências profissionais e de seus procedimentos, para responder às requisições do mercado de trabalho.

### **3.3 O trabalho do Assistente Social na política de saúde**

O assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas, visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Estas atribuições ressaltam a perspectiva interdisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional. O incremento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país.

Neste contexto, ao analisar criticamente o enfrentamento das desigualdades sociais e o direcionamento das políticas públicas para a construção da saúde como direito, o assistente social pode contribuir efetivamente na criação e implementação

de políticas e programas que apresentem mecanismos, procedimentos e ações para o acesso à saúde e às instituições, e, assim, aos bens e serviços produzidos pela sociedade. Isso pode ser efetivado socializando informações e instrumentalizando os usuários acerca dos direitos e do acesso às instituições, do funcionamento institucional e da legislação referente ao coletivo (IAMAMOTO 2001; BRAVO, 2006).

O conhecimento das novas formas de produção e reprodução da questão social, tendo como suporte a contribuição científica e o uso de tecnologias em saúde, apresenta-se como caminho para desenvolver o hábito da *práxis*, a leitura e a constatação empírico-teórica da realidade, de suas contradições internas e da própria sociedade.

Assim, o reconhecimento do Serviço Social como profissão da área da saúde vem-se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento. Martinelli (2000) ressalta que esta relação é constitutiva na construção da identidade da profissão no país, fortalecida na defesa do SUS como política pública que apresenta uma ideia do social coerente com os princípios do Serviço Social. Este reconhecimento se deu também, vale ressaltar, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução de nº 218, de 03 de março de 1997, que reafirmou o assistente social como profissional da saúde e delegou ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sua caracterização. Entre as atribuições descritas, o CFESS (1999, p. 1) assegura que a profissão não é exclusiva da saúde, “[...] mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive da saúde”, e que:

[...] a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho; [...] atribui-se ao assistente social, enquanto profissional da saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; [...] em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; [...] para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais [...].



Ao valorizar a perspectiva interdisciplinar, a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e prestação de serviços e, ao desenvolver as diversas atividades e ações na área da saúde – plantão, avaliação socioeconômica, assistência material, entrevista, trabalho com grupos, visitas domiciliares e outras, o Serviço Social contribui para que a população tenha acesso ao SUS. É o que pode ser observado em diversos aspectos associados e referenciados no projeto ético-político profissional. Um desses aspectos se dá pela facilidade de acesso do usuário ao assistente social nas unidades de saúde, o que pode ser observado no acolhimento, na escuta diferenciada, na divulgação e informação dos programas coordenados e desenvolvidos pelo profissional. Outro aspecto é o desenvolvimento da capacidade de identificação das demandas no âmbito da saúde, e de extrair dessas demandas as reais necessidades sociais e de saúde, apontando a formulação e execução de políticas sociais, projetos e programas, como um direito.

São procedimentos significativos no cotidiano, que se aperfeiçoam pela busca de conhecimento e de aprimoramento técnico-operativo e teórico-metodológico, com vista ao fortalecimento do trabalho. E, são funções e respostas que a profissão vai desenvolvendo, em razão das necessidades apresentadas pela população, que acabam influenciando as demandas institucionais, bem como, o papel da profissão na saúde, e que dá legitimidade para o projeto profissional, de superação da situação atual. É nesta intencionalidade de superação da exploração que está situada a capacidade de transformação.

O desempenho profissional, assim como os aportes teóricos, metodológicos e ideológico está marcado pela busca de uma referência para subsidiar a análise da realidade, considerando sua historicidade. Isso autorizou à profissão constituir uma interlocução com as ciências sociais e outras áreas do conhecimento, na análise de Netto (2006), adotando a formação generalista que permite responder às demandas da realidade social. Possibilita, ainda, apreender as questões sociais com uma base teórico-metodológica direcionada à compreensão dos processos relacionados à realidade brasileira, no contexto onde se gestam as políticas sociais, inclusive a da saúde. Portanto, a instrumentalidade construída pelo Serviço Social considera o movimento da realidade, dado através das condições para o desenvolvimento das capacidades profissionais, da busca ao conhecimento, e de circunstâncias

construídas para uma formação que apreendeu e internalizou a vontade ativa dos profissionais, na participação e na organização da categoria.

Este momento de contrarreforma, que desconstitui os direitos assegurados na legislação e reduz as políticas sociais no país, leva o Serviço Social a refletir e a buscar novos caminhos para a conquista do direito universal e integral à saúde, do acesso e da qualidade do atendimento, orientando-se pelos princípios e diretrizes assinalados. Ao imprimir uma postura investigativa no trabalho, o assistente social fortalece a atividade profissional determinada e influenciada pela realidade social; e, ao valorizar a atividade científica, por meio da pesquisa, gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais, à implementação das políticas sociais.

As informações de experiências desenvolvidas e socializadas podem contribuir na elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais. A amplitude deste processo se alcança com observação constante e registro sistemático dos aspectos da realidade, que se manifestam por meio dos processos sociais, na organização do conhecimento dado pela experiência, tornando-o mais legítimo. Ao mesmo tempo, transforma o exercício profissional e valoriza seu significado junto às demandas sociais, buscando estratégias que atualizam, revitalizam e redirecionam o trabalho. A reflexão crítica realimenta a própria condição do trabalho, contribui para desenvolver o potencial criativo e a capacidade de transformar seu direcionamento.

A adoção destes elementos nas experiências vivenciadas pode contribuir para que os profissionais desenvolvam seu potencial criativo e a capacidade de transformar o direcionamento do trabalho. O aprofundamento científico sobre os determinantes do trabalho profissional e dos instrumentos próprios da profissão, ajuda na elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais. A oportunidade de experimentar novos caminhos para a autonomia no exercício profissional pode dimensionar o trabalho do assistente social no SUS, ao adotar atitudes no cotidiano para exercitar a prática contínua de documentação do trabalho, planejamento em equipe, visando ao desenvolvimento de ações e programas com critérios para a inclusão social dos usuários. A organização de um plano de trabalho como subsídio, que compreenda as etapas e conteúdos do processo científico (objetivos, metodologia, resultados alcançados e avaliação), o estudo e a elaboração

de instrumental e de procedimentos adequados à realidade e ao local de trabalho, é alternativa para ampliar a atuação e desenvolver formas de atuação efetiva nos Conselhos de Direitos, como espaço legítimo que favorece o controle social dentro do SUS.

A construção da *práxis* fundamenta-se a partir deste contato com a realidade social, suas contradições e possibilidades. Na dialética da *práxis*, o trabalho é influenciado pelo senso comum, com saber acrítico, imediatista, marcado pela falta de profundidade. É quando a ausência da revisão, com conteúdos teóricos em confronto com a prática, pode levar ao desprezo de instrumentos e técnicas apropriadas ao exercício profissional, produzindo um caráter assistencialista e empírico ao trabalho, distanciando-o dos critérios de cientificidade da ação profissional.

A formação profissional permanente, para atualização e fortalecimento do referencial teórico-metodológico e instrumentalização da análise e da intervenção na realidade social, tornam-se uma necessidade pontual. Realiza-se como um processo de reflexão-ação acerca dos limites, dos avanços e da contribuição efetiva da profissão na área da saúde, imprimindo-lhe maior visibilidade institucional e social.

O exercício profissional fundamentado nessa perspectiva de direitos coletivos envolve uma dimensão política, ética e técnica, na busca de alternativas para contribuir com o processo de democratização dos serviços públicos. Entretanto, o projeto ético-político não se defende apenas com argumento teórico, é nas relações estabelecidas que se materializa.

A postura dialogada como um caminho promissor para refletir as questões acerca da realidade social busca encontrar alternativas para materializar os princípios e as diretrizes do Serviço Social e da Reforma Sanitária Brasileira. Para Lamamoto (2001), as possibilidades são dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais; cabe aos assistentes sociais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, transformarem-nas em projetos de trabalho.

A prática educativa é inerente à atividade profissional do assistente social, que acumula experiências na dinamização de ambientes coletivos, na realização de grupos, na democratização dos espaços institucionais e, como subsídio que fortalece o controle social, a participação e a construção do processo democrático

dentro dos serviços de saúde. Contudo, na prática educativa a instrumentalização política e intelectual dos sujeitos não garante sua emancipação, solicita que sejam reflexivas, dialogadas, participativas, organizativas e informativas, direcionadas para uma aprendizagem significativa, tanto dos usuários como dos profissionais do SUS.

Na política de saúde, trabalhar na direção dos interesses e necessidades dos usuários é problematizar no cotidiano profissional a vivência e a história de vida do sujeito, discutindo de que forma a saúde se materializa na vida dos usuários quanto à qualidade do acesso, às ações de saúde desenvolvidas, às rotinas e critérios estabelecidos. Portanto, é necessário “[...] politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário” (VASCONCELOS, 2006, p. 428). Requer, ainda, trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde, pela socialização de informações, desburocratização dos serviços e rotinas, ampliando espaços para discussão com a comunidade, gestão e controle social. Para tal, é necessário “[...] captar o que há de social na saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual, [...] de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência” (VASCONCELOS, 2006, p. 450).

Nesse sentido, é importante a articulação da política social da saúde com as demais políticas setoriais, assumindo o conceito ampliado de saúde, no qual a ausência de trabalho, moradia, saneamento, educação, lazer, vínculos familiares e comunitários também está relacionada com a ausência de saúde. Portanto, há uma dimensão social na saúde.

[...] Cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2006, p. 442).

É importante destacar que, na área da saúde pública, os processos de trabalho apresentam algumas particularidades, pois os usuários, além de consumidores dos efeitos úteis do trabalho e/ou insumos, também são coparticipantes dos processos de trabalho, visto que deles dependem as informações a respeito de sua saúde e o cumprimento das recomendações. Nesse sentido, a força de trabalho é consumida para utilização dos usuários dos serviços, o que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome, e exigindo uma

coparticipação pelo contato direto; conforme o momento pode ser de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade e complexidade, dos recursos humanos, financeiros e das condições de vida dos usuários; o objeto da saúde incide em situações concretas (saúde-doença), não sobre coisas; os resultados são parciais (COSTA, 2000, p. 40).

Na área de saúde, embora esteja garantido na Constituição Federal de 1988 e no SUS um serviço de caráter universal, equânime integral e democrático, com as mudanças no contexto sócio-histórico do mundo do trabalho, as ações em saúde apontam para a contenção de gastos públicos, a racionalização de serviços, tudo isso cumprindo determinações do Banco Mundial. Estas recomendações refletem tanto na vida dos sujeitos usuários dos serviços como na vida dos sujeitos que prestam esses serviços. Assim, o trabalho dos assistentes sociais sofre influências das novas demandas que se estabelecem, sobretudo no trabalho com a política de saúde.

A partir do que foi exposto é possível perceber que as mudanças no mundo do trabalho vêm indicando novas demandas ao Serviço Social. Por isso, é necessário desvendar as novas formas de produção e reprodução social, potencializadas pelo modelo de acumulação flexível, que passa a exigir uma revisão das competências profissionais e de seus procedimentos, para responder às requisições do mercado de trabalho. Isso tem se materializado nos diversos espaços de atuação, inclusive na política de saúde.

A ideia social deste sistema de saúde, por partir do pressuposto da universalidade de acesso e da atenção integral da saúde como direito, surge de maneira conflitante ao modo de vida e de produção predominante hoje na sociedade capitalista: desigual, individualista e excludente.

A ação crítica e reflexiva do assistente social sobre o cotidiano ajuda a produzir novas possibilidades, a explicitar interesses divergentes e a apontar projetos alternativos. A busca constante de respostas para problemas que impedem a saúde e a qualidade de vida fundamenta-se na capacidade de considerar que a realidade pode ser (re) construída e transformada, num constante compromisso com a vida humana, onde o trabalho profissional é uma fonte para gerar impactos positivos no nosso cotidiano. Deste modo, a intervenção prática e teórica do Serviço Social no SUS é fortalecida na proposição de caminhos para o desenvolvimento da

autonomia e da emancipação, visando ampliar as oportunidades de escolhas dos sujeitos sociais e o acesso aos recursos para um padrão de vida digno.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O objetivo do presente capítulo é apresentar os caminhos metodológicos da pesquisa que foi realizada, em 2011, no curso de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado. Esta teve como título: **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**, e fundamenta esta Dissertação de Mestrado.

Desta forma é fundamental que sejam apresentados, primeiramente, aspectos tais como o tema, o problema, as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa. Partindo destes dados fundamentais da pesquisa, pode-se, então, pensar nos caminhos metodológicos desta. Portanto, será apresentado, a seguir, o método e as categorias do método dialético-crítico e explicativas da realidade que foram trabalhadas; os instrumentos e procedimentos e, por fim, a análise dos dados.

### 4.1. Enfoque dialético-crítico

O método orientador da pesquisa é o dialético-crítico e, de acordo com Frigotto (1987), a dialética situa-se no plano de realidade, no plano histórico, sob a forma da trama de relações contraditórias, conflitantes, de lei de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos. Gil (1997, p. 64) refere que o método dialético “[...] é antes de tudo um método histórico que ressalta a necessidade de investigar como as esferas produtivas e as relações que elas condicionam determinam a história da sociedade humana”. A dialética compreende o mundo como um complexo de processos, um devir, onde as coisas nunca são acabadas, mas estão sempre em vias de transformação. Por isso dirige-se à gênese do fenômeno, buscando desvendar os processos que a constituem. Para Kosik (1989, p. 09), a dialética trata “[...] da ‘coisa em si’. Mas a coisa em si não se manifesta imediatamente ao homem”. E seu objetivo é apreender a essência dos fenômenos, através da relação entre aparência e essência, entendendo que constituem objetos em movimento e que o fim de um processo é sempre o começo de outro.

As categorias do método dialético-crítico utilizadas são: a historicidade, a totalidade, a contradição, a mediação e o trabalho. Para Cury:

As categorias possuem simultaneamente a função de intérprete do real e a de indicadores de uma estratégia política [...]. Por isso é importante considerar o contexto, porque é ele que possibilita que as categorias não se isolem em estruturas puras, mas se mesquem de realidade e movimento (CURY, 2000, p. 21).

A historicidade exprime provisoriedade processual, situação de transição, processo inacabado e inacabável de construção de sujeitos, fenômenos e processos sociais, nos quais se permite sempre aperfeiçoamentos e superações. Prates (2005, p.142), infere que esta categoria reconhece “[...] que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos.” Da mesma forma que tudo o que é natural deve ter sua origem, também o homem “[...] tem seu processo de gênese, a história que, no entanto para ele constitui um processo consciente e que assim, como ato de origem com consciência, se transcende a si próprio. A história é a verdadeira história natural do homem” (MARX, 2003, p. 183).

A categoria totalidade, de acordo com Kosik (1989), significa a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual, um fato qualquer pode vir a ser racionalmente compreendido e refere ainda:

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na absorção situada por cima das partes, visto que todo o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1989, p. 42).

A categoria contradição se apresenta como uma negação inclusiva, mais do que uma relação de exclusão, é uma inclusão plena, concreta dos contrários. Bem como refere Lefebvre:

Não basta explicar as contradições, mas reconhecer que elas possuem um fundamento, um ponto de partida nas próprias coisas; uma base objetiva real; na verdade mostram que a realidade possui não apenas múltiplos aspectos, mas também aspectos cambiantes e antagônicos. O próprio homem só se desenvolve através de contradições. (Lefebvre, 1991, p.43).

A mediação “[...] procura apreender o fenômeno na articulação de relações com os demais fenômenos e no conjunto das manifestações daquela realidade da



qual ele faz parte, seja como fenômeno essencial ou não” (PRATES, 2005, p. 138). É através da mediação que se torna possível atingir a realidade social, desvendando suas contradições, nexos, processos e determinações. Em seus estudos sobre mediação e Serviço Social, Pontes (1995, p. 177), postula que este se trata de um “[...] articulador e potencializador de mediações”. Em poucas palavras, o assistente social atua nos sistemas de mediações das expressões da questão social, constitutivas das demandas sociais que se apresentam no cotidiano de trabalho nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se insere.

Por fim a categoria trabalho. O trabalho é a ação-consciente do homem resultante do seu intercâmbio com a natureza, por meio do qual produz os meios de suprir suas necessidades materiais de vida e, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, modifica-se a si mesmo, criando algo inexistente e novas necessidades. (MARX; ENGELS, 2005, p.53). O trabalho só existe a partir de um processo de trabalho, que tem por objetivo criar valores de uso para suprir necessidades humanas, mas também é um processo de criação, pois o homem, enquanto “criador” e ser de “projetos”, é capaz de projetar em sua mente o produto, ou seja, o resultado de seu trabalho, antes mesmo de agir sobre ele, pois é a vida “que determina a consciência e não é a consciência que determina a vida”. (MARX; ENGELS, 2005, p.52).

Estas cinco categorias historicidade, totalidade, contradição, mediação e trabalho estão interligadas e são parte da realidade em permanente movimento e por isso perpassam todas as relações, produções, contextos, sujeitos e estruturas, logo, são transversais a esse trabalho. É com base nessas categorias que se procurou fazer uma leitura crítica e propositiva da realidade estudada. Cabe ainda destaque com relação ao método escolhido a relevância atribuída à prática social e a finalidade transformadora. O Serviço Social tem o compromisso ético com a qualidade das políticas públicas, com a democratização da riqueza produzida e novos patamares de sociabilidade, com isso, o profissional, Assistente Social, tem a preocupação com uma prática interventiva com direção social definida, sendo fundamental sua participação junto aos atores sociais na garantia dos direitos.

Como categorias explicativas da realidade serão apresentadas: o assistente social nas equipes de saúde, o trabalho em equipe, a humanização e a

integralidade, que contribuirão para a discussão teórica desta pesquisa. Estas foram detalhadas no capítulo 2.

## **4.2. Metodologia da Pesquisa**

A pesquisa como uma atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade (MINAYO, 1994), tem por base um conjunto de teorias, que se expressam em métodos, técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados. Estas anunciam o percurso realizado, a metodologia compreendida 94 [...] como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 1994, p.16).

O caminho percorrido no processo de investigação denominado — Ciclo de Pesquisa (MINAYO, 1994), compreende três fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e o tratamento do material, que se articulam e complementam mutuamente. A fase exploratória compreende desde a formulação do problema de pesquisa, a definição das questões norteadoras, objetivos, método, tipo de pesquisa, técnicas de coleta e análise, o universo, amostra, dentre outras, trata da fase do planejamento da pesquisa; a fase de trabalho de campo refere à aplicação das técnicas, instrumentos, procedimentos para abordagem e coleta de dados utilizados no processo de pesquisa; a fase final de tratamento do material, diz respeito ao tratamento do material e as formas de análise realizadas com os dados empíricos da coleta durante o trabalho de campo. Portanto, apresenta-se o percurso metodológico realizado que embasou essa dissertação.

### **4.2.1. Tema e delimitação**

Delimitou-se o tema para o projeto de pesquisa como sendo o Serviço Social na Saúde e o trabalho em equipe, em que consistiu na análise do trabalho do Assistente Social, na perspectiva do trabalho em equipe na rede hospitalar de Porto Alegre/RS.

#### **4.2.2. Problema de Pesquisa e Questões norteadoras**

Elencou-se como problema de pesquisa: de que forma os assistentes sociais que atuam na rede hospitalar de Porto Alegre desenvolvem seu trabalho nas equipes em que estão inseridos?

Para responder ao problema de pesquisa, construíram-se as questões norteadoras:

- Qual a concepção dos assistentes sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais sobre o trabalho em equipe?
- De que forma o assistente social percebe a contribuição de seu saber específico na equipe em que atua?
- De que forma o coordenador de equipe e demais profissionais visualizam o trabalho juntamente com assistente social nas respectivas equipes?
- Como o assistente social percebe o trabalho em equipe em relação à qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?
- Como o coordenador de equipe e demais profissionais percebem o trabalho em relação à qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?
- Quais as propostas do assistente social para o trabalho em equipe?
- Quais as propostas dos demais profissionais para o trabalho em equipe?
- Quais as propostas dos coordenadores para o trabalho em equipe?

#### **4.2.3. Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

A partir das questões acima, pode-se estabelecer que o projeto teve como objetivo geral:

- Analisar do trabalho do assistente social no contexto hospitalar em Porto Alegre, na perspectiva do trabalho em equipe.

Como objetivos específicos elencou-se:

- Identificar, junto aos assistentes sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais a concepção de trabalho em equipe;
- Conhecer a percepção dos assistentes sociais com relação à contribuição de seu saber específico nas equipes em que estão inseridos;
- Conhecer a percepção dos coordenadores e demais profissionais das equipes sobre o trabalho em conjunto com o assistente social;
- Identificar como os assistentes sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais entendem a contribuição do trabalho em equipe para a qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário;
- Conhecer as propostas dos assistentes sociais, coordenadores e demais profissionais para o trabalho em equipe.

Estas descrições estão sistematizadas em um quadro metodológico, o objetivo deste quadro é facilitar didaticamente o problema, os objetivos, as questões norteadoras e a metodologia do projeto de pesquisa.

## QUADRO METODOLÓGICO

PROBLEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES NORTEADORAS	METODOLOGIA	
De que forma os assistentes sociais que atuam na rede hospitalar de Porto Alegre desenvolvem seu trabalho nas equipes em que estão inseridos?	Identificar, junto aos Assistentes Sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais a concepção de trabalho em equipe.	Qual a concepção dos Assistentes Sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais sobre o trabalho em equipe?	<b>Método:</b> Dialético-crítico  <b>Tipo de Pesquisa:</b> Qualitativa  <b>Tipo de análise:</b> Análise de Conteúdo Bardin	<b>Técnicas:</b> Entrevistas semi-estruturadas  <b>Instrumentos:</b> Formulário com questões abertas.
<b>OBJETIVO GERAL</b> Analisar o trabalho do Assistente Social da rede hospitalar de Porto Alegre, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário.	Conhecer a percepção dos Assistentes Sociais com relação à contribuição de seu saber específico nas equipes em que estão inseridos.	De que forma o Assistente Social percebe a contribuição de seu saber específico na equipe em que atua?	<b>Categorias Teóricas:</b> Assistente Social nas Equipes de Saúde Trabalho em equipe Humanização Integralidade	<b>Universo</b> Amostra não probabilística intencional de cinco (03) hospitais de Porto Alegre.  <b>Crítérios para seleção:</b> realizar atendimento pelo Sistema Único de Saúde e enquadrar-se nas categorizações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como Hospital Geral, Hospital Especializado ou Pronto Socorro Geral.
	Conhecer a percepção dos coordenadores e demais profissionais das equipes sobre o trabalho em conjunto com o Assistente Social.	De que forma o coordenador de equipe e demais profissionais visualizam o trabalho juntamente com Assistente Social nas respectivas equipes?	<b>Categorias do método:</b> Historicidade Contradição Totalidade Mediação Trabalho	

	<p>Identificar como os Assistentes Sociais, coordenadores de equipe e demais profissionais entendem a contribuição do trabalho em equipe para a qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário.</p>	<p>Como o Assistente Social percebe o trabalho em equipe em relação à qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?</p> <p>Como o coordenador de equipe e demais profissionais percebem o trabalho em relação à qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?</p>		<p><b>Sujeitos de pesquisa:</b></p> <p>(03) Assistentes Sociais, (03) coordenadores de equipe e (03) demais profissionais, totalizando (09) sujeitos.</p>
	<p>Conhecer as propostas dos Assistentes Sociais, coordenadores e demais profissionais para o trabalho em equipe.</p>	<p>Quais as propostas do Assistente Social para o trabalho em equipe?</p> <p>Quais as propostas dos demais profissionais para o trabalho em equipe?</p> <p>Quais as propostas dos coordenadores para o trabalho em equipe?</p>		

Quadro 1: Quadro metodológico da pesquisa.

#### 4.2.4. Tipo de Pesquisa

O presente estudo tem caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa, versando sobre o tema do trabalho do assistente social na rede hospitalar de Porto Alegre e o trabalho em equipe. Conforme Triviños (1987, p. 109), o estudo exploratório “[...] permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema [...]” e o caráter explicativo está no esforço de explicá-lo reconstituindo o movimento da realidade social. Esta perspectiva objetiva qualificar a apreensão do objeto em estudo, produzir conhecimentos acerca da temática e do próprio contexto histórico e social que subsidiem a realização de mudanças que impactem na realidade onde se encontram inseridos os sujeitos do processo. A pesquisa qualitativa utiliza informações enquanto fenômenos que “[...] não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos” (CHIZZOTTI, 1991, p. 84). As informações passíveis de serem organizadas a partir da atribuição de significados, valores, representações, numa perspectiva de totalidade histórica constituem elementos significativos e relevantes para esse tipo de abordagem de pesquisa. Existem alguns pressupostos bastante importantes para a utilização da pesquisa qualitativa:

[...] Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. [...] Como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. [...] Isso nos remete ao terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social (MARTINELLI, 1999, p. 22-23).

Através da abordagem qualitativa, viabiliza-se a aproximação com a dimensão da realidade social concreta na sua totalidade histórica, nas expressões humanas constantes nas estruturas, processos, significados e representações (MINAYO, 1998). O ser social é concebido como sujeito privilegiado do processo de construção da realidade social, cujos aspectos integrantes somente podem ser compreendidos partindo-se do significado que o próprio sujeito atribui às situações por ele vivenciadas. Gaskell (2004, p. 68), afirma que a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas “[...] explorar o espectro de

opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” [...]. O contato direto entre pesquisador e sujeitos pesquisados constituiu a estratégia de aproximação do real utilizada na pesquisa.

#### **4.2.5. Sujeitos de Pesquisa**

O estudo foi realizado a partir de uma amostra não probabilística intencional de três (03) hospitais de Porto Alegre, em cada um foi entrevistado um assistente social, o coordenador da equipe em que ele atua e outro profissional, totalizando um universo de nove (09) sujeitos. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por entrevistados e autora. A pesquisa ocorreu em dois hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Cristo Redentor) e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Os critérios utilizados para a seleção destes consistiram em: realizar atendimento pelo Sistema Único de Saúde e enquadrar-se nas categorizações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como Hospital Geral, Hospital Especializado ou Pronto Socorro Geral. Conforme Marconi e Lakatos (2002, p. 51-52), a amostra não probabilística tem como característica principal o fato de que “[...] não fazendo uso de formas aleatórias de seleção, torna-se impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para cálculo” [...]. O caráter intencional da escolha dessa amostra reside no aspecto de que “[...] o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 52).

Para qualificar a amostra e garantir maior heterogeneidade dos sujeitos da pesquisa, estabeleceram-se como critérios de inclusão e/ou exclusão: a) assistente social, coordenador e outro profissional atuarem na mesma equipe; b) inserção há no mínimo um ano na respectiva equipe; e c) manifestação de disponibilidade do profissional de participar da pesquisa.



#### **4.2.6. Instrumentos e Técnicas de Pesquisa**

Para a coleta de dados com os profissionais, foram criados três instrumentos norteadores de entrevista<sup>8</sup>, um para os Assistentes Sociais, um para os coordenadores das equipes e outro para outro profissional. A entrevista foi semi-estruturada, com perguntas abertas. Triviños (1987) aponta que a entrevista semi-estruturada valoriza, ao mesmo tempo, a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o informante alcance liberdade, o que enriquece a investigação

#### **4.2.7. Procedimentos para a Coleta de Dados**

No mês de janeiro de 2011, conforme previsto no cronograma iniciou-se os contatos telefônicos com as instituições hospitalares para agendamento da apresentação do projeto de pesquisa para a concessão dos termos de aceite para a realização da mesma. Contrário ao que se esperava duas instituições não aceitaram nem mesmo a apresentação do projeto, alegando motivos diferentes. A primeira alegou que o Serviço Social estava vivenciando uma fase de reorganização nas equipes, não dispondendo de um trabalho constituído nas equipes para que pudesse ser analisado, fato que poderia estar expondo o serviço. Já a segunda instituição hospitalar justificou que as equipes possuem uma excessiva demanda de trabalho e que já existe um grande número de pesquisadores na instituição e que isso acaba comprometendo a dinâmica do trabalho. Em ambos tentou-se agendar a apresentação para que fosse detalhado os objetivos, mas a resposta foi negativa.

Desta forma, conforme mencionado anteriormente a pesquisa ocorreu nos dois Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O número de equipes foi reduzido para três (03) e o número de sujeitos para nove (09). Certamente esta indisponibilidade das instituições refletiu nos resultados de pesquisa, pois estas fazem parte da esfera municipal, diferente dos três pesquisados que são da esfera federal. No entanto estes dados foram mantidos pelo

---

<sup>8</sup>Os instrumentos serão apresentados nos apêndices A, B e C.

fato da pesquisadora entender que se trata de um dado de pesquisa e que possa refletir sobre os motivos da resistência das instituições em receber pesquisadores mesmo com o objetivo de qualificar os serviços.

Após este processo de autorização para realização da pesquisa e encaminhamento do Termo de Aceite ao Comitê de Ética da PUCRS, com toda documentação necessária para submeter projetos foi concedida a liberação para o início da pesquisa. Estabeleceu-se novo contato telefônico para agendamento das entrevistas. O processo de coleta envolveu vários dias, nos meses de setembro e outubro de 2011. Todas as entrevistas ocorreram no local de trabalho dos entrevistados, duraram, em média, quarenta minutos.

Vencida a etapa da coleta de dados, deu-se início a última fase do ciclo de pesquisa, o tratamento do material, o processo de análise das informações coletadas, partindo-se para a organização e preparação do material, pré-análise. Deixando-se invadir pelas impressões primeiras das entrevistas. Assim, levantaram-se as questões referentes às categorias teóricas, às categorias empíricas, identificando as unidades de registros (temas). Após, deu-se início a exploração do material, a codificação, classificação e categorização, para, então, passar ao tratamento dos resultados, fase essa que será melhor detalhada a seguir.

#### **4.2.8. Análise e interpretação dos dados**

A sociedade é uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social dos indivíduos ou dos grupos e são eles quem detém a capacidade de transformação ou não da sociedade em que vivem. Haguette (1987) refere que cabe aos pesquisadores conhecerem as especificidades, os mecanismos de sustentação e de mudança da sociedade. Por meio das escolhas metodológicas adequadas às preocupações e problematizações que têm, os pesquisadores devem se responsabilizar pelas descobertas e por um conhecimento mais acurado da realidade que estudam.

A pesquisa social apóia-se não só em dados sobre o mundo social que são construídos nos processos de comunicação, como também no interesse do pesquisador que está voltado para a maneira como as pessoas ou grupos pensam

suas ações e expressam o que é importante para elas. Encontrar um caminho entre os diferentes métodos, avaliar suas vantagens e limitações, para se conhecer a realidade social, exige do pesquisador a compreensão das dimensões na investigação social (et al., 2004). Para nortear o estudo da realidade, optou-se por uma metodologia qualitativa de pesquisa e de análise de dados.

A escolha qualitativa se deve, primeiramente, à geração de dados que se quer obter sobre essa realidade, ou seja, à qualidade dos dados e ao método de análise desses mesmos dados, e, secundariamente, a uma escolha sobre o delineamento da pesquisa (BAUER, 2004). Haguette (1987, p. 55) assinala que “os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”. A pesquisa qualitativa auxilia o pesquisador a compreender as interpretações que os atores sociais fazem do mundo social. É como se o pesquisador que trabalha com a metodologia qualitativa fosse capaz de ver através dos olhos daqueles que estão sendo pesquisados. Destinada à complexidade de experiências que os sujeitos transparecem em suas falas, a pesquisa qualitativa não está preocupada com a quantidade de sujeitos a serem pesquisados ou com a dimensão quantitativa dos problemas. O que se quer é uma aproximação com os sujeitos, de modo a desenvolver um conhecimento mais aprofundado da sua realidade, sendo importante para o bom andamento da pesquisa, a interação que deve ser estabelecida entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados.

Minayo (1994, p. 21), caminhando nessa mesma direção, afirma que “a pesquisa qualitativa, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Trivinõs (1987) expressa que a pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas e estanques. Através da pesquisa poderão se conhecer, de modo mais profundo e analítico, as idéias manifestadas pelos sujeitos da pesquisa. Para tanto, os dados serão analisados, qualitativamente, a partir da categorização advinda da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

De acordo com a própria autora, a análise de conteúdo constitui: um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

A abordagem tem a finalidade de efetuar deduções lógicas e justificadas referentes “à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens)” (BARDIN, 1977, p. 42). Para organizar a análise de conteúdo devem ser contemplados três pólos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material (codificação e categorização) e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977). A pré-análise constitui a fase de organização propriamente dita e geralmente “[...] possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 1977, p. 95). Contempla cinco procedimentos metodológicos minuciosamente descritos pela autora, quais sejam: 1) a leitura flutuante, 2) a escolha dos documentos, 3) a formulação das hipóteses e dos objetivos, 4) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e 5) a preparação do material (BARDIN, 1977).

Estando concluído o processo de coleta dos dados empíricos, realizou-se a transcrição das entrevistas, cujo material constituiu o corpus de análise (BARDIN, 1977). De posse da transcrição, realizou-se a leitura flutuante, deixando-se invadir pelas impressões e orientações do texto. Anteriormente ao início da análise propriamente dita “o material reunido foi preparado. Trata-se de uma preparação material e, eventualmente, de uma preparação formal <edição>” (BARDIN, 1977, p. 100). A transcrição das entrevistas foi feita pela própria autora, que demandou um dispêndio de tempo considerável, mas em contrapartida, permitiu a conservação e o aproveitamento máximo das informações transmitidas pelos entrevistados, constituindo-se a partir disso o corpus de análise.

O corpus de análise foi organizado em mapas descritivos composto por quadros onde as respectivas respostas recebidas dos sujeitos foram ordenadas sequencialmente a cada um dos tópicos do instrumento de pesquisa na forma de indicadores construídos de acordo com as questões norteadoras e os objetivos do estudo. Nesse sentido, os indicadores foram constituídos pelas próprias temáticas

ou explicativas da realidade norteadoras do estudo: o assistentes sociais nas equipes de saúde, trabalho em equipe, humanização e integralidade.

No que diz respeito à exploração do material, Bardin (1977, p. 101), afirma consistir essencialmente de “[...] operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 1977, p. 101). Na pesquisa qualitativa essa etapa da análise de conteúdo inclui algumas regras que precisam ser determinadas desde o início da pré-análise, quais sejam: “operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 1977, p. 100).

A codificação corresponde à transformação desenvolvida segundo regras precisas que podendo ser de “[...] recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (BARDIN, 1977, p. 103). Dentre os recortes possíveis para a análise de conteúdo de dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo temática. Conforme Bardin (1977, p. 105), fazer uma análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” Para Minayo (1998, p. 209), uma análise temática consiste em encaminhar “[...] qualitativamente a presença de determinados temas [...]” que denotam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no conteúdo das falas dos sujeitos que as informaram.

A opção pela análise de conteúdo temática fundamentou-se no fato de que o tema “enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas” (BARDIN, 1977, p. 105-106). Fazer uma análise temática pressupõe “descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105).

A análise de corte temático partirá da mediação entre a síntese dos elementos constitutivos de cada uma das categorias temáticas ou explicativas da realidade e a identificação da contemplação desses elementos nas falas dos

sujeitos. Entende-se que esse tipo de corte na análise permite sair da aparência e atingir a essência do objeto ou fenômeno social, representando os valores e significados mais subjetivos atribuídos pelos sujeitos aos elementos postos em discussão através de categorias empíricas.

Na exploração do material da pesquisa, a codificação correspondeu ao processo pelo qual os dados brutos (o conteúdo da transcrição de forma íntegra, sem recortes) foram transformados em unidades (temas, ou seja, a afirmação acerca de um assunto transmitida por cada um dos sujeitos de pesquisa) (BARDIN, 1977). Com base nisso, foram estabelecidos os núcleos de sentidos das falas dos sujeitos acerca do tema de pesquisa, procurando identificar as categorias do método e apontar a presença de categorias empíricas. Em seguida, procurou-se agrupar os temas que se repetiram e identificar a frequência com que tais expressões apareceram nos conteúdos das falas dos sujeitos.

A categorização é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 1977, p. 117). As categorias são “[...] rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo), sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p. 117). É um processo estruturalista que comporta duas etapas: “1) o inventário: isolar os elementos; 2) a classificação: repartir os elementos e portanto procurar ou impor certa organização às mensagens” (BARDIN, 1977, p. 118). O critério de categorização utilizado na preparação do material foi o “semântico” (BARDIN, 1977, p. 117), ou seja, através do agrupamento de todos os temas que significaram elementos semelhantes.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação é o momento em que o pesquisador “[...] tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 1977, p. 101). Para tanto, à luz do referencial teórico-epistemológico materialista histórico dialético, das categorias do método, das categorias temáticas ou explicativas da realidade e àquelas empíricas identificadas durante a categorização dos dados, nesse contexto, foram procedidas às interpretações e inferências acerca dos achados da pesquisa

estabelecendo-se mediações com o intuito de reconstituir o movimento da realidade social.

Para dar visibilidade aos resultados obtidos através do estudo, os dados passíveis de serem organizados quantitativamente foram representados através de figuras, quadros e/ou tabelas “[...] os quais põem em relevo as informações fornecidas pela análise” (BARDIN, 1977, p. 101), e as informações qualitativas foram desdobradas em totalizações provisórias sob a forma de antíteses mediadas por contraprovas históricas, cujo produto está sendo apresentado nesta dissertação de Mestrado. Diante disso, materializa-se o compromisso profissional com a socialização dos resultados da pesquisa, atentando-se igualmente aos pressupostos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/1996, na qual se postula o dever ético do pesquisador assegurar aos sujeitos nela envolvidos “[...] os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (BRASIL, 1996).

A socialização das informações obtidas durante o processo investigativo foi propiciada. Dessa forma, cumpriu-se com esse dever ético com os sujeitos do estudo e com a sociedade que proporcionaram a realização da pesquisa. A socialização dos dados foi concretizada mediante as apresentações realizadas, através da disponibilização da dissertação para as três instituições investigadas e também através da defesa pública da dissertação de Mestrado em Serviço Social, publicação parcial e/ou total dos resultados em espaços de comunicação da profissão e demais categorias profissionais e a sua divulgação em eventos científicos.

### **4.3. Aspectos éticos**

Todo o processo de elaboração do projeto de pesquisa envolveu muito empenho, para que o mesmo pudesse ser desenvolvido mediante etapas como a coleta e a análise de dados. A construção do projeto envolveu também um processo de reconstrução dos objetivos, das técnicas e dos instrumentos. O projeto adquiriu dimensões mais ampliadas em comparação às primeiras entregas, ainda bastante incipientes. Aos poucos, ganhou forma e objetivos mais coerentes com os questionamentos constantemente realizados pela mestranda. Concluída a parte

descritiva da investigação, representada pelo documento em si, este foi submetido à Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social que aprovou.

A aceitação por parte das chefias quanto à realização da coleta de dados, nos hospitais já mencionados, representou uma etapa importante do estudo devido às dificuldades enfrentadas para a obtenção das assinaturas. Dificuldade de agenda dos responsáveis das três instituições que receberam a pesquisa e a indisponibilidade da outras duas instituições, fato este que tornou moroso o andamento da pesquisa. Após os aceites foi encaminhado aos Comitês de Ética, por se tratar de instituições que possuem este órgão o projeto foi submetido a três (3) Comitês de Ética, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), obtendo a aprovação de todos<sup>9</sup>.

As entrevistas só foram realizadas mediante aceite dos sujeitos entrevistados foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>10</sup>. O Termo foi assinado por todos os entrevistados e formalizou a participação dos sujeitos. Esclarecimentos e dúvidas puderam ser concretizados mediante telefone. Em nenhum momento da sistematização foram utilizados os nomes dos entrevistados, resguardando a identidade das exposições.

---

<sup>9</sup> Documentos apresentados nos Anexos 1, 2 e 3.

<sup>10</sup> Documento apresentado no Apêndice D.



## **5 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE NA PERSPETVIVA DO TRABALHO EM EQUIPE**

Neste capítulo introduz-se a discussão teórica acerca do trabalho do Serviço Social no contexto hospitalar em Porto Alegre na perspectiva do trabalho em equipe. Apresentam-se os principais resultados encontrados no decorrer do processo investigativo, no esforço de construir formulações e sínteses como totalizações provisórias que constituem respostas às questões norteadoras e ao problema de pesquisa que fundamentaram a construção da presente dissertação de Mestrado em Serviço Social. O estudo de abordagem qualitativa fundamentou-se na teoria e no método materialista histórico dialético de inspiração marxiana e nas categorias do método: totalidade, historicidade, contradição, mediação e trabalho, a partir do estabelecimento de mediações com o intuito de reconstituir o movimento da realidade social. Os sujeitos que protagonizaram esse processo foram nove (09) profissionais de três (03) equipes de diferentes hospitais do município de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

As informações coletadas durante o trabalho de campo por meio da utilização das técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, explicitados no capítulo dedicado à apresentação do percurso metodológico da pesquisa, foram submetidas à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (1977), identificando-se núcleos temáticos e frequências dos temas nas comunicações dos profissionais, de acordo com as sínteses das categorias temáticas ou explicativas da realidade: assistente social nas equipes de saúde, o trabalho em equipe, a integralidade e a humanização

O objetivo que norteou esse processo foi o de analisar o trabalho do assistente social da rede hospitalar de Porto Alegre, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário.

Os aportes teórico-metodológicos utilizados nos capítulos anteriores e os que acompanham esse processo de realização da inferência e da interpretação mediado pela apropriação das categorias temáticas ou explicativas da realidade dão suporte para a discussão e as proposições tecidas.

## 5.1 Trabalho dos assistentes sociais nas equipes de saúde e concepções de trabalho em equipe

A pesquisa foi realizada em três hospitais de Porto Alegre, Hospital Cristo Redentor, Hospital Nossa Senhora da Conceição, ambos do Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, respectivamente nas equipes de Neurocirurgia, Onco-hematologia e Equipe de Proteção à Criança. O quadro a seguir apresenta as instituições, as equipes e os profissionais pesquisados:

Equipes Pesquisadas	Neurocirurgia Hospital Cristo Redentor - GHC	Onco-hematologia Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC	Equipe de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Coordenador	Enfermeira	Médico	Assistente Social
Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social
Outro Profissional	Fonoaudióloga	Psicóloga	Médica

Quadro 2: Equipes e Profissionais pesquisados.

Nas equipes pesquisadas identificou-se a presença dos mais diversos profissionais da saúde, no entanto as mesmas não contam com a equipe completa de profissionais, fato que é considerado pelos entrevistados como limitador para a qualidade do trabalho.

[...] atualmente temos déficit de fisio, de clínico, de fono, tem déficit de todas as áreas, recursos humanos de todas as áreas e isso prejudica, isso prejudica bastante, por que quem deixa de receber é o paciente, a qualidade diminui, não tem 100% da qualidade (COORD. 1, 2011).

As equipes são compostas pelos seguintes profissionais: assistente social, educador físico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico (diversas especialidades), psicóloga, residentes e estagiários das diversas profissões, nutricionista e terapeuta ocupacional. Porém, destaca-se que as profissões que estão presentes nas três equipes são: a enfermagem, a medicina, psicologia e o serviço social.

A integralidade da atenção no cotidiano hospitalar necessita de ações de cada profissional e da equipe como um todo para ser alcançada em sua forma mais ampliada possível. Dessa maneira, ela é fruto de um trabalho em que coexistem profissionais de diferentes áreas de concentração que atuam em conjunto e desenvolvem uma prática com saberes articulados. Nesse contexto, os discursos revelam as percepções dos sujeitos da pesquisa acerca do que seja trabalho de equipe em saúde e a forma como é realizado no cenário em estudo. Para tanto, uma primeira aproximação se refere à constituição por diferentes personagens do hospital, em que cada um deve contribuir com o seu conhecimento específico para contribuir na qualidade de vida do usuário, esta posição foi apontada por quatro (04) dos nove (09) profissionais pesquisados:

[...] o trabalho onde todos conseguem com o seu saber contribuir com o objetivo único, que no caso do hospital é a qualidade de vida do paciente (AS 1, 2011).

[...] saberes que ajudem para poder, de forma mais eficaz, chegar a um objetivo (COORD. 2, 2011).

[...] trabalhar em equipe para mim é um momento que nós temos de poder fazer a especificidade da profissão e poder passar para os demais membros da equipe o que é realmente o teu papel dentro dessa equipe. É o momento de tu poder trocar, então acho que o principal do trabalho em equipe é o respeito e a troca, poder trocar coisas que está acontecendo com relação ao teu atendimento, poder escutar opinião de outras áreas que não a tua e tu ter mais força [...] (AS 2, 2011).

[...] É importante até por que nós nos enriquecemos com essas trocas (PROF. 2, 2011).

Observa-se que cada trabalhador detém um saber próprio, porém com os mesmos objetivos que dizem respeito à responsabilidade de garantir o cuidado necessário para o usuário que procura o serviço. Uma segunda aproximação do que seja trabalho de equipe introduz a idéia de interação entre os profissionais, que, na perspectiva de Peduzzi (2001, p.105), “funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo.” Dessa maneira, os discursos ressaltam a importância da não fragmentação dos processos de trabalho, já que dois ou mais sujeitos se interagem para coordenar as ações em comum acordo e buscam atender às necessidades do indivíduo de forma ampliada, relato de três (03) dos nove (09) profissionais pesquisados:

[...] eu acho que tem que ter um trabalho compartilhado, as pessoas tem

que se escutarem, tem que escutar de cada um, o que cada um avaliou, a partir daquela situação para conseguir construir uma proposta conjunta com a contribuição de todo mundo, então não é simplesmente estar todo mundo junto atendendo. É estar atendendo com uma proposta comum mesmo, o que é o mais difícil por que normalmente as pessoas não se falam, até contam, estou fazendo tal coisa, mas o outro se tu fizer ou não fazer tanto faz por que ele vai fazer do jeito dele no que ele tiver que dar andamento, então a minha concepção de um trabalho de equipe é esse, faz diferença se o outro não atender, tu sabe que tu precisa dele [...] (AS 3, 2011).

[...] trabalho em equipe as pessoas tem em comum interesse o bem do paciente, no seu trabalho poder considerar um a atuação do outro e poder enfim estar junto discutindo melhores formas de atendimento para o paciente, as propostas que nós temos para oferecer o que cada caso é preciso, o que nós podemos fazer em conjunto [...] (PROF. 1, 2011).

[...] no trabalho em equipe nós temos que estar todo mundo com a mesma linguagem e fazer o mesmo trabalho, no hospital tem essa questão de alta rápida, então nós não temos tempo e se não trabalhamos junto não conseguimos (PROF. 3, 2011).

Uma terceira concepção apresentada por dois (02) dos nove (09) profissionais pesquisados foi com relação à importância do trabalho em equipe para a qualidade do atendimento:

[...] acho que o trabalho em equipe é tudo para que o trabalho seja bem executado e que o foco final é o paciente, então se conseguem juntar todas as equipes numa equipe multidisciplinar em prol do paciente, quem vai sair ganhando é o paciente tendo qualidade no atendimento, eficácia e mais cedo ele vai sair do hospital, o tempo de permanência vai ser menor, só que todas têm que andar parelho, temos que criar mecanismos para que isso ocorra [...] (COORD. 1, 2011).

[...] é ser um modelo de trabalho que inegavelmente traz resultados, não sou um teórico de formação dessa área do trabalho em equipe, mas o que nós vemos na prática que funciona, então acho que o trabalho em equipe é fundamental. Todo grupo é assim e esse não pode ser diferente, para isso que eu pessoalmente me empenho muito para manter bem coesa a equipe, que se agregue outros profissionais para que o trabalho seja executado no espírito de grupo mesmo, multiprofissional [...] (COORD. 3, 2011).

Os discursos revelam que a trabalho em equipe é fundamental para se realizar o trabalho em saúde, a qual almeja a integralidade do cuidado por meio da soma de olhares dos distintos profissionais que a compõem. Tal assertiva remete a uma mudança no processo organizacional devido à verificação de que os trabalhos isolados não conseguem mais dar resolubilidade às demandas ampliadas de saúde/doença do usuário. Assim, o mercado atual, na área de saúde, sinaliza a necessidade de profissionais que saibam agir na diversidade e exercem habilidades

de negociação, interação e comunicação, pois o trabalho cotidiano exige um relacionamento interpessoal. Nesse sentido, a ação interdisciplinar evidencia uma prática em que o profissional reconhece e internaliza o trabalho do outro, reconstruindo o seu próprio, conforme Alves, Ramos e Penna (2005, p.2).

A interdisciplinaridade não tem a pretensão de anular a disciplinaridade, a fragmentação do objeto e a especificidade de cada saber, já que, de acordo com Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005, p.108) “as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços em saúde.” Nesse contexto, Vilela e Mendes (2003, p.528) afirmam que a interdisciplinaridade é “considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum.” Ela constitui uma filosofia de trabalho que busca um canal de interação e comunicação, por meio do diálogo, entre os mais variados atores, além da articulação dos seus conhecimentos e visa compreender o ser humano na sua totalidade nunca acabada.

Observamos, então, que podem existir diferentes percepções do que seja trabalho de equipe, embora seja possível notar que há entre as mesmas um predomínio da abordagem técnica, que adota o trabalho como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades, como constatado por Peduzzi (2001).

O assistente social nas equipes de saúde, assim como já abordado anteriormente tem conquistado um espaço significativo, no entanto é interessante pensar de que forma estes profissionais se percebem e de que forma consideram que contribuem para o trabalho das equipes. De acordo com os relatos uma (01) das três (03) assistentes sociais pesquisadas considera o Serviço Social como eixo da equipe, já as outras duas (02) consideram que o seu saber específico fornece subsídios o atendimento dos demais profissionais da equipe:

[...] é uma profissão que atua com pessoas e tem na sua concepção trabalhar com equipe, ali na unidade nós acabamos sendo o eixo, nós chamamos todas as profissões para conversar sobre a situação do paciente e acaba juntando esses fragmentos que cada profissão tem, porque nós conseguimos ver o todo do paciente e passar para equipe essa visão (AS 1, 2011).

[...] nós fazemos um estudo, um levantamento da situação social do paciente, da situação familiar e da situação econômica e aí tu contribui com os demais membros da equipe levando essa visão da onde o paciente está inserido, onde ele mora, do que ele vive, quem é a família, quem é a rede dele de apoio, quem é a rede da comunidade que apoia ele, então esse é o papel, levar para equipe e inserir o que o Serviço Social faz (AS 2, 2011).

[...] eles já tem uma idéia, do que eles esperam da avaliação do Serviço Social e muitas vezes eles já trazem o caso te solicitando, ah tem que conhecer um pouquinho melhor a família, como é que se dá essa relação [...] toda a parte de orientações dos direitos de poder fazer a discussão do próprio conteúdo do estatuto da criança para a família, os encaminhamentos legais, como conduzir de certa forma algumas situações, isso tudo é muito esperado e nós acabamos assumindo isso de uma forma bem tranquila (AS 3, 2011).

Esta profissão apresenta-se como área fértil para a propagação desta tendência, uma vez que o caráter interdisciplinar se faz presente inclusive nos processos de formação e produção do conhecimento do assistente social e o acompanha, de forma acentuada, em suas ações profissionais. Esta prática é também incentivada pelo Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993), no capítulo III, artigo 10, alínea d, no qual a participação em equipes interdisciplinares é apresentada como um dever profissional, a ser cumprido sempre que se apresentarem possibilidades. Esse dever relaciona-se com um dos os princípios fundamentais deste Código, referente ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Portanto, o Serviço Social, ao buscar novas formas de executar seu trabalho, direciona seu trabalho, direciona seu envolvimento na ação interdisciplinar, compartilhando um espaço de troca mútua entre as especificidades do conhecimento e ultrapassando, no atendimento da complexidade das suas demandas, os limites de sua especialidade.

De outro lado, a percepção dos coordenadores das equipes e demais profissionais também se faz importante, não com objetivo de julgamento, mas sim para identificar de que forma os demais profissionais compreendem a contribuição do assistente social nas equipes de saúde. Considerando os seis (06) profissionais pesquisados, quatro (04) apontam o profissional com fundamental a equipe, conforme apresentado abaixo:

[...] fundamental e acho que agora como está, acho que é mais que fundamental, acho que é um trabalho super importante, não vejo, dentro da equipe principalmente, não vejo o trabalho do Serviço Social deslocado do atendimento diário com o paciente, não tem como tu desvincular o Serviço Social por que são pacientes crônicos, são pacientes dependentes, alguma coisa do Serviço Social eles vão precisar (COORD.1, 2011).

[...] eu acho que particularmente neste programa os assistentes sociais tem

uma participação fundamental, por que muito desse trabalho iniciou com a percepção do assistente social lá em 1986 que identificou essas demandas, [...] então se iniciou, essa iniciativa de uma equipe estar se reunindo para fazer esse trabalho surgiu muito do trabalho do assistente social, então ele é um pioneiro nessa área, é pioneiro na questão de apostar que somente com o trabalho interdisciplinar vai conseguir atender melhor essa criança e essa família, então, nessa nossa equipe é fundamental (COORD. 2, 2011).

[...] eu acho fundamental até para o entendimento maior do que o Serviço Social faz, eu acho muito importante, eu brinco que assistente social consegue organizar a vida das pessoas, consegue compartimentar para voltar para o mundo, na verdade eles têm essa formação (PROF. 2, 2011).

[...] é fundamental nós aqui temos uma característica de um hospital que tem muitos problemas sociais e aqui existe uma preocupação que eu não vejo em outros hospitais [...] eu vejo que o assistente social tem um papel mais pró ativo, não é por demanda, já é uma característica do hospital, acho que uma coisa boa [...] (COORD. 3, 2011).

Estes coordenadores e demais profissionais são unânimes em apontar a profissão como fundamental à equipe de saúde, no entanto o que fica explícito na grande maioria das falas é a contribuição de questões mais específicas do Serviço Social, ou seja que a equipe depende destas respostas mais objetivas do profissional. Claro que esta posição está diretamente relacionada com a concepção que os profissionais tem de equipe, conforme foi citado anteriormente. A concepção de união saberes que é classificada por Mendes et al (2008), como multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade que se configura por uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar num trabalho de equipe coordenado.

Outra posição apontada por dois (02) profissionais dos seis (06) pesquisados foi à vinculação exclusiva com o seu núcleo profissional, excluindo as atividades em conjunto com a equipe, conforme descrito:

[...] eu acho que são os dois únicos profissionais que mais podem atuar junto, acho que tem muito mais a ver a psicologia com o serviço social do que com a nutrição, com a fisio, com a enfermagem. Já aconteceu não é muito freqüente, mas já aconteceu de nós atendermos juntos, principalmente alguma situação envolvendo família, ou tendo alguma dificuldade na família quando nós vemos que o relacionamento é complicado ou a pessoa está muito abandonada, ou que tem que chamar a família. São profissões que tem pontos em comum, uma área de trabalho em comum que nós podemos fazer juntos (PROF. 1, 2011).

[...] nós trabalhamos juntos para saber as condições, qual é a rede que vai receber esse paciente, de que maneira, quem é que vai cuidar. Dependendo

do cuidador nós temos que dar uma avançada, tentar aqui no hospital ainda, por que não tem apoio fora então o trabalho é bem integrado (PROF. 3, 2011).

Observa-se que tradicionalmente a fragmentação desenvolveu uma cultura calcada em profissões essencialmente disciplinares, cuja tomada de decisão se processa de forma isolada, observando apenas a limitação de cada especialização. Desta forma os profissionais entendem o saber do outro como uma complementação para a realização da sua intervenção. Fato que nos traz questionamentos e nos instiga a pensar de que forma esta postura poderá ser trabalhada.

No próximo ponto será abordado a organização das equipes, o que nos permitirá aprofundar a forma como os profissionais pesquisados desenvolvem suas práticas.

## **5.2 Organização das equipes de saúde: aspetos da prática cotidiana**

Peduzzi (2001) salienta que as noções de trabalho de equipe podem ser apreendidas em dois domínios: agrupamento de agentes (justaposição das ações) e integração de trabalhos (articulação entre agentes consoantes à proposta de integralidade das ações de saúde). Nesse contexto, verifica-se no discurso que a noção de equipe perpassa mais pelo primeiro domínio, o qual é caracterizado pela fragmentação, ainda que possa se perceber um reconhecimento da interdisciplinaridade pelo profissional, que é almejada. Dessa maneira, o que se observa nas práticas cotidianas das equipes pesquisadas, é que mesmo tendo consciência do que seja um trabalho de equipe, o trabalhador continua executá-lo de forma individualizada, fragmentada e sem integração entre os membros.

Neste contexto é necessário entender a organização dessas equipes, ao que diz respeito às reuniões e demais relações diárias. A partir dos relatos foi possível identificar que as três (03) equipes pesquisadas realizam reuniões semanais, denominadas rounds, terminologia utilizada pelas equipes de saúde. Salienta-se que estas atividades ocorrem no mesmo formato em todas as equipes e são realizadas com objetivo de definir intervenções dos profissionais, conforme exposto abaixo:



[...] nós nos reunimos todos uma vez por semana, durante uma hora e meia duas horas para discussão dessas situações para delimitar qual a abordagem que vai ser tomada, quais são as decisões com relação ao caso e quais os profissionais que vão ficar diretamente envolvidos, [...] muitos de nós acabamos fazendo esses atendimentos juntos (COORD. 2, 2011).

[...] existe uma reunião semanal, essa reunião com todos e com os residentes [...] (PROF. 2, 2011).

[...] a nossa equipe [...] tem rounds semanais que nós sentamos com toda a equipe, passamos todos os pacientes, discutimos planos desse paciente, discutimos questões, alguns problemas que vem acontecendo com os profissionais, então todo mundo define as condutas para nós podermos trabalhar mais próximo e vejo isso único dentro do hospital [...]. Acho que é deficitário, mas acho que é o início [...] (PROF. 3, 2011).

[...] nós temos uma reunião semanal que é nas quintas-feiras, que dura em torno de uma hora e meia, duas horas e aí nessas reuniões normalmente estão todos os profissionais, mais os estagiários que também participam da equipe. A coordenadora ou alguém, que ela indica para fazer naquele momento a coordenação da reunião questiona quem tem algum caso novo, que queira trazer para discutir que tenha surgido na última semana, depois nós retomamos todos os casos antigos que tenham alguma situação que precise discutir novamente e aí nós damos o nome da criança ou do adolescente e aí começa a discutir a partir do levantamento que é feito da semana [...] (AS 3, 2011).

[...] são semanais, nem todas as equipes tem rounds nos leitos, existem rounds teóricos, que são as discussões uma vez por semana então lá na internação, por exemplo, os rounds diários ou três vezes por semana é mais informal, o preceptor vai junto com os residentes na sala de reuniões e ali também transitam todos os profissionais da equipe multiprofissional e da residência integrada. A grande vantagem disso é se tem um problema, ah sei lá da nutrição chama a nutricionista já resolve na hora, essa proximidade é que faz a diferença, o que é muito protocolar não dá muito certo, essa interação ajuda bastante. (COORD. 3, 2011).

Este espaço configura-se indispensável para o trabalho das equipes de saúde, pois é neste momento em que as trocas de saberes ocorrem e irão definir as intervenções dos profissionais. Certamente este espaço não se faz suficiente para responder a demanda que na maioria das vezes é excessiva, mas já assim é considerada pelos profissionais como fundamental ao trabalho da equipe.

A dinâmica e organização destas atividades de equipe são pontos que irão refletir a concepção de trabalho em equipe dos profissionais e de que forma as intervenções são definidas, nos relatos expostos abaixo fica clara a dificuldade de comunicação entre os profissionais da equipe, a divisão de tarefas, o descaso com as reuniões de equipe e a hegemonia médica:

[...] na maioria das vezes é todos os profissionais, às vezes pode faltar um, não tem nenhuma regra, nem punição para quem não participar. É o momento que a equipe tem para conversar sobre o paciente, então o médico vai listando os pacientes que ele atende, dá o nome e dá o leito e

fala a situação, prognóstico e diagnóstico, se o paciente vai para cirurgia ou não, previsão de alta, os cuidados mais específicos que precisa, e cada profissão vai colocando ali a sua percepção que achar necessário. Quando tem a situação de um paciente, por exemplo, ignorado ele vai falar da situação do paciente e o serviço social vai falar de como é que está o andamento para conseguir identificar esse paciente, se já conseguiu chamar a família ou não e assim todas as profissões (AS 1, 2011).

[...] esse déficit é nisso, é na comunicação entre as equipes, única, não separada, por que daí o residente fala com o serviço social, o serviço social vai lá e fala com a enfermeira, a enfermeira, vai falar com a auxiliar, e tem round, tem tudo, mas parece que o round não está sendo eficaz no final, por que todos recebem a mesma informação sobre o paciente, mas no fim fica só para o serviço social fazer esse link, o que não é para acontecer (COORD.1, 2011).

[...] não é dada a devida importância ao round, o round é o momento que tu fala do paciente, tu vê ele na forma mais holística possível, para tu ir vendo o que tem que ir fazendo, o que está acontecendo com ele e o futuro dele e o que aconteceu. A perspectiva desse paciente, o que ele vai ter que passar e o que nós vamos ter que fazer para mandar esse paciente para casa, vamos conseguir, não vamos conseguir. Tem que ter o envolvimento de todas as equipes para tentar solucionar, uma situação que as vezes é só social, mas que todos tem que interagir, todos tem que ter sua participação, então esse é o momento do round, é muito importante eu acho (COORD. 1, 2011).

[...] deve ter a participação de todos até por que é nesse encontro que nós fizemos os encaminhamentos, por exemplo, alguém me procura como médica, como é um caso de violência eu vou precisar do auxílio da psicologia, do serviço social, então é nesse momento é que nós fazemos o agendamento, traçamos o plano, serve também para isso (PROF. 2, 2011).

[...] diríamos que existem várias equipes dentro da equipe, então, por exemplo, a hematologia tem a sua organização, tem o seu round, tem o seu grupo que são profissionais da hematologia, a oncologia da mesma forma, a cirurgia da mesma forma e existe a reunião de colegiado que é com o grande grupo onde são tomadas as decisões que interferem no serviço como um todo, os profissionais extras da equipe tem atividades também dentro das várias equipes por exemplo nos rounds da hematologia os profissionais da psicologia, da nutrição que estão mais vinculados com estes pacientes vem para essa reunião, e no dia a dia os ambulatórios são conjuntos, na sexta-feira tem os cirurgiões atendendo, a psicologia atendendo então se precisar um opinião uma coisa mais direta os profissionais estão aqui. É importante que o atendimento seja centralizado em um lugar por que esta troca é importante, o serviço social estar aqui é o que faz na prática as coisas acontecerem não adianta só estar no papel, nesta área pública nos permite fazer essa mesclagem não só em reuniões mas no dia a dia na prática (COORD. 3, 2011).

[...] quem coordena na verdade é o residente, ele diz eu vou fazer round, tem round terça e sexta, daí eles é que coordenam, eles é que chamam para o round, daí vem todo mundo, todo mundo já sabe que naqueles horários tem o round, uma e meia, duas horas da tarde vem todos e participam, é voluntário (COORD. 2, 2011).

O cenário em estudo é permeado pelo modelo médico hegemônico, o qual possui uma ótica reducionista e que reforça as especialidades e o atendimento

médico-centrado. Assim, o que observa-se no cotidiano das práticas é uma divisão de tarefas em que cada trabalhador acaba por ficar responsável somente pelo seu campo de atuação. Não há um sentimento de pertença do indivíduo em equipe, a qual deveria ser construída por um grupo de pessoas que interagissem entre si e trabalhassem de formas singulares e complementares, visando a um mesmo objetivo.

Percebe-se desencontros entre os sujeitos e também de diálogos, já que as trocas de conhecimentos nem sempre são possíveis, o que gera atitudes particulares, trabalhos individualizados. Logo, tais informações se fragmentam e/ou se perdem. O único recurso para obtê-las, em sua completude, seria por meio dos prontuários. Dessa forma, o cuidado prestado ao usuário também é parcelado, descontínuo. Por conseguinte, essa falta de troca de informações e diálogos entre profissionais só confirma um descompromisso com o trabalho exercido pelo outro, o que pode levar ao desconhecimento ou à interpretação errônea do trabalho.

Em face do exposto, verifica-se que o trabalho realizado, de forma individual, muitas vezes não é reconhecido pelos outros profissionais envolvidos no atendimento ao usuário. Observa-se que não é raro haver uma ausência de um sentimento de equipe.

Nesse contexto de papéis individualizados, ressalta-se a figura do médico como soberano sobre os demais profissionais, cabendo-lhe as decisões quanto aos caminhos percorridos pelo usuário dentro da instituição, muitas vezes sem escutar os outros profissionais envolvidos, o que reforça uma cultura médico-centrada dentro do espaço hospitalar, questão esta discutida no segundo capítulo.

Estas relações tensas entre as equipes são reforçadas no que se refere a consideração das condutas dos profissionais, pois todos os entrevistados apontam que não existe um consenso entre todos os profissionais com relação a receptividade de trocas de saberes, gerando inclusive momentos conflituosos:

[...] Na maioria das vezes são posturas respeitadas, claro que tudo pautado dentro da ética de não interferir no saber do outro, não posso interferir na medicação que o médico está dando, mas se nós sugerimos que seja dado uma medicação que tenha no posto ele vai entender e vai respeitar nossa posição. Em relação às altas geralmente é respeitado, se nós pedimos para segurar mais um pouco por que determinada situação não foi resolvida, tem algum conflito com a família, os médicos respeitam e o restante da equipe também, claro que tem algumas exceções, depende muita das pessoas que tu está lidando, mas, na maioria das vezes sim (AS 1, 2011).

[...] Em geral o nosso trabalho em equipe ali, nós dizemos trabalho em equipe, mas é a equipe e tem a outra equipe que é a equipe médica, nós não conseguimos levar muito isso para a equipe médica, nós não temos uma reunião de toda a equipe. O que existe é a reunião do colegiado que são questões administrativas e existe o round de uma especialidade que é a hemato, esse round da hemato nós já fizemos várias tentativas de inserção, nós podemos participar, ele é aberto, só que tu não consegue falar [...] acho que a resistência, o medo é que um pegue o lugar do outro, a primeira coisa, um desconhecer o que o outro faz. Eu desconhecer a especificidade do trabalho da psico, a psico desconhecer qual é a especificidade, principalmente serviço social e psico, sempre tem alguma dificuldade, tanto que este ano, no início do ano nós já resolvemos fazer diferente, vamos apresentar os nossos trabalhos, o que é específico do serviço social, o que é específico da psico, o que é específico da nutri, nutri e fisio a vezes tem algumas dificuldades também, então eu acho que o problema maior é o desconhecimento, qual é o papel do outro e até onde eu posso ir que eu não vou interferir, o que eu posso contribuir para o trabalho da outra profissão (AS 2, 2011).

[... ] Pois é nós não temos vivido um bom momento de trabalho em equipe, acho que já foi melhor, mas o que eu sinto é uma divisão muito nítida entre a parte médica e os demais profissionais, não foi tanto assim, já foi mais integrado. Agora eu vejo assim, nós das outras áreas, nós conseguimos nos falar, nós temos momentos de discussão de pacientes em conjunto, onde cada uma passa para outra o que está acontecendo. Nós temos as residentes das outras profissões, tem a residência médica e a residência integrada, então nós temos uma troca grande entre nós, na minha opinião, as demais áreas fisio, enfermagem, nutrição, nós conseguimos sentar e conversar e até avisar uma à outra, olha percebi alguma coisa e tal paciente dá para ti dar uma olhada, o paciente que eu atendo acontece tal e tal coisa, cuidem quando vocês forem atender ou observem o que aparece nesse sentido assim que eu vejo que na minha opinião funciona, mas falta a outra parte de nós podermos nos inserir junto com a equipe médica e isso não tem acontecido é uma coisa na minha opinião bem dividida, nós ficamos sabendo o que acontece por que vai atrás disso, mas não tem abertura, no round de discussão tu te manifestar assim, nós até podemos falar, mas tu ser considerado para mim é complicado [...] não tem escuta, eventualmente em alguma situação muito extrema acontece. [...] Eu acho que depende muito do médico eu não acho que a equipe inteira funcione nesse padrão nós percebemos que tem alguns colegas que procuram antes, mais com os residentes, tem alguns residentes médicos que são aqueles que sempre te pedem uma consultoria, mas eu acho que sabem do papel que o profissional, que cada um tem suas atribuições, que é importante, quando a necessidade aperta solicitam, mas é isso, na cabeça deles, o principal é atender o paciente no ponto de vista médico, se ele tem outras coisas aí, outros recursos que utiliza ótimo, mas não interessa, acho que não interessa muito (PROF. 1, 2011).

[...] olha eu acho que tem algumas profissões que são mais abertas para isso e claro que não adianta, cada um tem as suas características, mas eu acho que existem profissões que acabam te encaminhando para essa questão, a formação é mais rígida, a formação é mais voltada com um olhar único, a formação é mais voltada para o teu saber e trabalhar interdisciplinarmente é isso é tu estar aberto para aprender com os outros, aprender com outros é muito legal, mas se eu estou aberta para que um colega diga, olha acho que não está legal, não está bem assim, quem sabe aquilo, será que eu estou aberta o suficiente, por isso acho que algumas profissões tem mais dificuldade pela formação, a formação acadêmica que acaba dando eixo (COORD. 2, 2011).

[...] nós trabalhamos muito com os residentes médicos, então esse contato é mais fácil, com os residentes nós conseguimos esse respeito, mas com os preceptores é na conquista, não é sempre que a palavra da equipe funciona, é mais a palavra do médico que acaba determinando e nós temos que seguir, mas com os residentes que nós trabalhamos mais diretamente funciona melhor. [...] É complicado por que as vezes nós trabalhamos com a equipe, com o família, com o paciente e não é a resolução que acaba tendo, não é sempre mas acontece isso deixa muito chateado todo o processo, aí nós começamos a recuperar de novo, começa a andar de vagarinho (PROF. 3, 2011).

[...]tem médicos que são resistentes, felizmente acho que é uma questão de gerações, os médicos mais antigos no geral são mais resistentes alguns são até grosseiros com os colegas que querem agregar queriam discutir junto, participar, mas de uma maneira geral a receptividade é boa (COORD. 3, 2011).

A falta de escuta levantadas nos discursos parece remeter-se ao âmbito da alteridade, pois o que percebe-se é um trabalho que valoriza o saber médico, em detrimento das outras categorias profissionais. Tal fato sinaliza um desconhecimento da profissão do outro ou, até mesmo, uma dificuldade quanto à noção da diferença. Dessa forma pode-se afirmar como legado do modelo médico hegemônico a existência da diferença entre os profissionais médicos e os não-médicos, em que os primeiros são os detentores de um saber privilegiado de saúde sobre os demais, o que estabeleceu uma dissimetria histórica e culturalmente construída.

A noção de diferença pode também pressupor a diversidade, a qual se remete ao relacionamento entre os trabalhadores da equipe multiprofissional. Percebe-se, então, que a definição de trabalho em equipe de saúde sugere a possibilidade de os membros estarem ligados uns aos outros, em que as diferenças são valorizadas e complementadas. Cada um possui a sua especificidade que se soma à do outro e imprime uma assistência voltada para a integralidade do cuidado em sua forma mais ampla possível.

E que outros momentos as equipes utilizam para realizar trocas, este é um dado que traduz as relações de equipe e é clara o desejo que os pesquisados tem de ampliar esses espaços, tanto que cinco (05), dos nove (09) entrevistados referem estimular a equipe para abertura de novos espaço de discussão, principalmente com relação a formulação de objetivos da mesma:

[...] esses momentos acontecem diariamente, as vezes momentos bons, as vezes são embates, todos os dias nós conversamos com os médicos, eles estão sempre por ali, combinamos algumas coisas, passamos algumas situações para eles tomarem conhecimento, [...] a unidade está tendo um movimento de ter reunião com a equipe, mas teve uma só, de janeiro para

cá, então ainda está um embrião, não conseguiram juntar toda a equipe para ter um objetivo em comum (AS 1, 2011).

[...] diariamente o médico conversa com a enfermeira ou com o serviço social ou a psicologia, de casos isolados sim, mas não o conjunto inteiro, o conjunto é no round, ou reuniões sistemáticas que nós fizemos só uma desde que eu assumi, com a equipe multidisciplinar, nós estamos resgatando isso também (COORD. 1, 2011).

[...] nós sugerimos agora, o pessoal da residência que se fizesse uma reunião de equipe, fora do round, que fizesse de manhã, que a maioria dos profissionais estão de manhã, uma reunião de equipe, nem que fosse mensal, que tivesse um momento que nós pudesse pensar e discutir os problemas da unidade [...] (AS 2, 2011).

[...] Já teve movimento nosso assim de propor quem sabe para as enfermeiras do andar se entrosar, ah vamos fazer uma reunião de equipe do andar, aí iríamos só nós, não os residentes, para ver as coisas administrativas, alguma coisa que surja derrepente nessa reunião, é um momento para nós estarmos juntos, para nós nos vermos, ver o pessoal da enfermagem, os técnicos. Elas ficaram de falar com os coordenadores no final do ano passado de criar uma reunião e aí nunca mais teve retorno, e nós acabamos não cobrando (PROF. 1, 2011).

[...] Não nós aproveitamos esse espaço do round para várias coisas, o principal é para discussão dos casos e através dos casos isso se delimita e nós nos organizamos, mas junto com isso nós conseguimos estabelecer, as vezes através do caso tem parte da situação que tu tem que definir se a equipe vai trabalhar com isso ou não e através disso nós, nós nesses espaços nós discutimos também, [...] então em alguns momentos sim nós já aproveitamos esse espaço para discutir essas questões, nós usamos também esse espaço que nós chamamos de encontro científico, ou seja, tem um colega ali que tá fazendo mestrado, tá fazendo doutorado, para apresentar seu trabalho, os estagiários, os residentes que passaram ali para apresentar sua produção. Por ano nós fazemos sempre o nosso produto do trabalho, então o que nós avaliamos naquele ano, uma estatística, um levantamento de casos, que tipo de casos maiores que nós atendemos e que desfecho os casos [...] (COORD. 2, 2011).

Diante disso, Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) lembram que as equipes multiprofissionais não superam a disjunção das diversas especialidades, manifestada no fazer cotidiano dos serviços em saúde. Segundo os mesmo autores, “a multiplicidade de atores com diferentes formações e responsabilidades implica a existência de processos de trabalhos distintos” (p.106), o que pode levar a uma cisão nas relações interpessoais entre os trabalhadores. Assim, conforme Peduzzi (2001), as desigualdades perpassam pela existência de valores e normas sociais que disciplinam as diferenças técnicas entre as profissões, estabelecendo relações hierárquicas de subordinação entre os trabalhadores. Dessa forma, “a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho.” (p.107).

Associado a isto é clara a inexistência a definição de objetivo comum das

equipes, apontado por todos profissionais, fato que reforça o trabalho individualizado:

[...] Objetivamente não, por que cada profissão tem a sua chefia, tem a sua coordenação, então a coordenação da unidade coordena mais a área médica e cirurgia, e cada profissão tem a sua coordenação, então é difícil a coordenação da unidade chamar todas as profissões sem entrar na área ética, se fosse junto na mesma coordenação seria mais fácil, se traçaria um objetivo para a equipe e todos teriam que seguir esse objetivo, mas como são várias profissões com várias chefias fica mais difícil (AS 1, 2011).

[...] da unidade aqui não, nós temos toda uma proposta de trabalho dentro da residência aí tem todos os objetivos, qual é nosso objetivo lá dentro porque que nós estamos lá, mas da unidade não (AS 2, 2011).

Foi feita referência à elaboração de um projeto comum, como sinalizador de integração da equipe. Este constitui um eixo em torno do qual se dá a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação. Trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum. Os profissionais partem de uma realidade dada e, dentro de certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho e pela intervenção, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais. Tais concepções, compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos partícipes. Os profissionais precisam estar de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que constitui o projeto comum.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Com a finalidade de materializar as atividades de equipe pensou-se em identificar aspectos positivos e aspectos negativos do dia-a-dia das equipes e com relação aos positivos todos os nove (09) profissionais pesquisados apontando a mobilização da equipe como positiva e que apresenta resultados mensuráveis no atendimento aos usuários:

[...] Bom tem uma situação de paciente tetraplégico, jovem que toda a equipe se mobilizou, o serviço social, a fisioterapia, a psicologia, porque o paciente tinha vários problemas sociais e a mãe que era a cuidadora não conseguia se organizar para essa alta, nós fizemos um trabalho muito importante de toda equipe e de o serviço social interferir na alimentação do paciente, pedir para o paciente comer e todo um atendimento mais específico para a psicologia, até a psiquiatria teve consultoria para eles. Então foi um atendimento, muito, muito presente assim, foi um atendimento de todos os dias, e isso fez com o paciente teve alta num momento oportuno, não foi no momento oportuno médico, foi no momento oportuno de toda a equipe e ficou bem assim, depois ele internou no Conceição, nós fomos lá, conversamos com o profissional que estava atendendo ele lá, foi um atendimento que seria o ideal para todos os pacientes, mas nós não conseguimos fazer para todos obviamente (AS 1, 2011).

Paciente TRM sempre, TRM é traumatismo raquimedular, paciente totalmente dependente, principalmente quando a lesão é de cervical ele fica tetraplégico e daí precisa de todo um movimento, [...] precisa de toda equipe de fono, da nutrição, eu preciso do serviço social para nós adequarmos os familiares, o cuidador desse paciente para casa, preciso ver as condições desse paciente em casa, eu preciso da psicologia por que é um paciente que tem altos e baixos pela condição dele, por que antes ele era hígido caminhava e derrepente ele ficou sem caminhar, preciso da psiquiatria muitas vezes então essa situação é marcante. O TRM é angustiante para toda equipe e todo mundo trabalha para que ele possa restabelecer alguma coisa, ele não volta as vezes 100% ele não volta nem 80%, muito menos volta, então é um trabalho árduo de toda equipe, não é um trabalho de dois três dias, as vezes é de meses por que tem muitas complicações secundárias por estar acamado, por ser dependente total, por ter complicações clínicas severas principalmente respiratórias, então é um envolvimento muito grande de toda equipe e isso é fundamental quando a equipe se reúne, aí vão os pacientes para casa e com o envolvimento de todos e foram bem. Atualmente tem alguns que foram para casa e acabam tendo contato e dizem estou melhor, mas eu lembro tudo que vocês disseram e isso é muito importante (COORD. 1, 2001).

[...] fora a equipe médica o resto da equipe funciona muito bem, até por que nós temos a residência, nós já existíamos na unidade, já tinha eu, a enfermeira é mesma de sempre a nutricionista quando foi criada a residência trocou, a psicóloga recém tinha entrado e a fisioterapeuta recém tinha entrado, então nós conseguimos nos integrar bem, por que com a residência nós temos que nos reunir, aí tu começa a conhecer mais o trabalho do outro. E a partir da entrada dos residentes nós começamos a fazer uma vez por semana uma discussão de caso, então uma vez por semana um residente apresenta o caso, aí ele apresenta o caso e a partir da apresentação nós traçamos estratégias de atendimento ao caso normalmente se pega o caso mais complicado da unidade (AS 2, 2011).

[...] nós discutindo todo mundo junto, não só nós e o serviço social mas as outras profissões também, fora os médicos, mas os demais sim, envolvidos na discussão [...] o difícil é assim as vezes eu acho uma falta de conhecimento da equipe médica, nós tivemos um esforço para a pessoa aderir ao tratamento e não é reconhecido [...]. Nós também não estamos trabalhando para equipe médica, nós trabalhamos para o paciente, no fim das contas se ele se beneficiar, já é suficiente. (PROF. 1, 2011).

[...] eu acho que sempre tem, acho que ao longo desse anos sempre tem, várias situações que nosso trabalho foi decisivo e nós de uma forma conjunta elaboramos, traçamos na verdade um planejamento para o



atendimento [...] não é somente do ponto de vista de assistência a este paciente para nós isso é fundamental, mas do ponto de vista também que sai da esfera hospitalar (COORD. 2, 2011).

[...] eu acho que de modo geral tem algumas situações que a equipe atua de uma forma preponderante e um dá suporte aos outros. As situações são bem complexas e as vezes até a abordagem de cada área que a equipe tem um novo olhar, mais que ter mais que um olhar (PROF. 2, 2011).

[...] por que como eles surgem no contexto da equipe, as pessoas trazem e aí nós vamos compartilhando a responsabilidade, ah então eu vou assumir, vou fazer essa avaliação e depois nós voltamos a conversar, vamos fazer o atendimento junto, [...] então é mais fácil a abordagem, por que tu acaba fazendo integrado [...] (AS 3, 2011).

Neste contexto o trabalho é, portanto, algo desejado, pois ele adquire um sentido de sentir-se útil este trabalho deveria ser necessariamente realizado de forma interdisciplinar, já que o reconhecimento perpassa pela percepção do outro, ninguém trabalha sozinho. Nesse encontro de sujeitos, ambos deveriam se reconhecer e promover uma abertura para o diálogo, como um espaço de trocas e aprendizado mútuo, onde cada profissional de saúde possa exercer e negociar a sua diferença e almejar uma prática direcionada para a integralidade tanto nos seus atos quanto para aquele que necessita de atendimento.

Já com relação a aspectos negativos são apontados hegemonia médica, falta de recursos humanos, divergência de condutas e falta de interação dos profissionais, estes fatores acabam gerando impacto significativo no cuidado do usuário:

[...] A equipe toda se mobiliza, mas não adianta, por que ainda o saber do médico, o hospital está muito centralizado na medicina, o médico que decide quem é, como é que vai ter alta e quando vai ter alta [...] e tem um impacto sim na saúde do paciente (AS1, 2011).

[...] é o caso que não depende somente, muito talvez do atendimento direto mas [...] o que as vezes pode acontecer o paciente que dependem de uma fisioterapia supomos aí eu não posso por que a fisioterapia não tem gente suficiente não vai fazer, daí nós não trabalhamos em equipe, nós não conseguimos dar o suporte para ele, uma equipe é assim todos trabalhando, por algum motivo, foi recursos humanos foi, mais aí o paciente sai prejudicado em algum momento [...] (COORD. 1, 2011).

[...] tem muitos casos que cada um pega para um lado (AS 2, 2011).

[...] em alguns momentos assim já aconteceu que a equipe teve pensamentos divergentes, não que a equipe não se integrou nesse momento, claro que nós temos posições de discordância, teve momentos sim, mas não teve nenhum impacto (PROF. 2, 2011).

[...] eu acho que não tem integração muitas vezes com a equipe de origem [...] não tem essa integração que é muito complicado, nós já tivemos

situações muito difíceis de administrar nesse sentido por que as pessoas que integram a equipe, o programa tem todo um entendimento sobre aquela situação, mas tem muita dificuldade de fazer interlocução com quem atende o paciente sistematicamente, então existe uma desresponsabilização [...] não fica integrado (AS 3, 2011).

[...] é acho que o trabalho não funciona de uma maneira geral por que a equipe é pequena, é reduzida, [...] agora com a residência [...] trouxe melhorias importantes, eu acho que o que não funciona é por falta de equipe, de quantidade de pessoas trabalhando por que tem muitas coisas para fazer [...] o que eu diria é que em termo de equipe, com mais profissionais, com mais tempo acho que a residência trouxe um incremento de qualidade (COORD. 3, 2011).

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear a assistência médica individual.

Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos.

Nesse sentido, observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

### 5.3 Integralidade e Humanização no contexto do trabalho em equipe

Neste estudo, procurou-se compreender a integralidade por meio da pluralidade de visões e experiências dos profissionais de saúde. Diante dos discursos, observou-se que é no plano das práticas cotidianas que se dá a construção da integralidade. Acresce-se a isto as várias interpretações do que seja integralidade, o que permite incorporá-la no cotidiano por meio de concepções superficiais ou, até mesmo, sem antes refletir sobre ela.

Dessa maneira, percebe-se a existência de um terreno fértil para discutir os vários sentidos da integralidade nos espaços de saúde, pois a mesma encontra-se em fase de construção. Essa aproximação pode ser explicada pelo fato de a integralidade se remeter a priori ao cuidado, que constitui seu fio condutor. Neste contexto, percebe-se que no espaço hospitalar a integralidade é, na maioria das vezes, compreendida como uma abordagem holística, portanto assume um significado de integral - os profissionais de saúde atuam em um objetivo único que é o de atender o ser humano como um todo, isto foi apontado por três (03) dos nove (09) pesquisado:

[...] Integralidade é quando nós atendemos o paciente como um todo, toda a sua complexidade, como ser humano integral [...] então nós conseguimos ver todas as nuances que pode interferir na qualidade de vida dele e que ele é um ser humano inteiro [...] (AS 1, 2011).

[...] Bom nós procuramos através desse trabalho em equipe ver o paciente como um todo, acho que é meio utópico, nem sempre nós conseguimos, as vezes não, e fica muito isso, nós demais profissionais não médicos damos um foco maior na integralidade, agora chega na área médica isso não acontece, é difícil [...] (AS 2, 2011).

[...] na verdade existe a palavra integral e a palavra não integra, é ver o paciente como um todo, eu acho no caso de equipe, essa integralidade tem que existir, tem que complementar na verdade, os profissionais têm que ser complementares para ter essa integralidade, tem que haver uma complementação de trabalho [...] (PROF.2, 2011).

Esse discurso está em conformidade com o disposto no Artigo 198 do texto constitucional, o qual não faz referência à palavra integralidade, mas trata de um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (BRASIL, 2006, p.142). Dessa maneira, observamos nos relatos dos sujeitos da pesquisa que o termo integralidade tem sido empregado nas

práticas cotidianas hospitalares como um atendimento integral. Conforme Mattos (2005, p.39), “tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.”

A palavra integral é referida como algo completo, inteiro, um todo indivisível. O significado, porém, do termo integralidade transcende essa denominação, pois depende de esforços que se direcionam para alcançá-la em sua forma mais ampliada possível, em detrimento de construções que vão de encontro ao finito. Esta incompletude se resulta de uma série de ações que vão de encontro à polissemia e à vivência da pluralidade dentro de um todo inacabado, que se dá nas práticas do cotidiano, seja no micro ou macroespaços, e que se complementam formando uma trama.

Em face do exposto, pode parecer, a princípio, que a integralidade está no plano da utopia, como um projeto irrealizável. Os discursos dos sujeitos da pesquisa denotam, entretanto, justamente o contrário, que a integralidade é construída de maneira infundável nas práticas do cotidiano e determina um atendimento de qualidade que supre as mais variadas necessidades do usuário em todo o período de sua internação na instituição, desde a sua entrada, permanência, até a sua alta hospitalar. Diante disto, os discursos revelam que a integralidade é sustentada nas práticas do cotidiano em saúde, mesmo que inconscientemente, pois ela trata, antes de tudo, de uma relação entre sujeitos, os quais possuem necessidades diversificadas, pois, cada indivíduo é um ser único, logo, portador de necessidades próprias.

Nesse âmbito, a integralidade é vista como uma prestação de serviço desenvolvida pelos diversos atores da saúde e de que depende o usuário. Nesse tipo de atendimento, cada um vivencia a parte, o seu potencial, o seu conhecimento, que, somado aos dos outros atores ali envolvidos, almeja uma integralidade em sua forma mais ampliada.

Dessa maneira, a integridade do indivíduo que presta o atendimento ao usuário, é levantada como um dos primeiros passos para alcançar a integralidade e trabalhar em equipe. Nesse contexto íntegro, pode ser entendido como um valor de justiça; ser justo com os demais atores envolvidos nesse atendimento e consigo mesmo, ao reconhecer e saber lidar com os seus próprios limites. Nos discursos é possível notar um apelo ao auto-conhecimento em relação ao domínio do próprio

trabalho, o que perpassa, também, pela aceitação do trabalho realizado pelo próximo. Por meio deste juízo de valor, o profissional se insere no contexto de equipe ao estabelecer um diálogo com o outro, ao lidar e apreender as suas competências e limites. É o que podemos notar nestes relatos:

Observa-se que no âmbito da aceitação do outro e reconhecimento de seus próprios limites, os discursos revelam que a integralidade é vivida no cotidiano como algo sem fronteiras. Além de representar um conjunto de serviços que permeia a saúde, ela diz respeito ao direito, ao acesso, sem barreiras, a todo serviço disponível no hospital, tão imprescindível para a manutenção da vida. Para tanto, a integralidade não deve ser vista de forma isolada, formando um uno. Em seu cerne se fazem presentes a universalidade e a equidade, portanto complementares e dependentes, constituindo, de acordo com Cecílio (2001, p.113), um “conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo”, em que “a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças sociais resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo.” Os sujeitos da pesquisa acrescentam que a integralidade é, também, um serviço de livre acesso e que está ao alcance de todo e qualquer cidadão, além de assegurar ações em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Isso acaba gerando inclusive uma confusão com relação ao termo, apresentada por um (01) profissional pesquisado:

[...] ah eu acho tão complicado, eu não sei na minha cabeça é muito fácil de confundir, o que é atendimento integral e o que é uma coisa onde todo mundo interfere no trabalho de todo mundo. Eu não vejo problema de que cada um faça ações do seu saber, podendo trocar isso, podendo planejar o que um e o outro pode fazer, só que cada um dentro da sua área, acho que integralidade tudo é de todo mundo e ninguém faz nada [...] (PROF.1, 2011).

Reconhece-se, no entanto, que a integralidade nem sempre se dá como o esperado. Tal serviço depende de vários fatores para que ocorra como o previsto no texto constitucional. Assim, a integralidade, no sentido mais amplo da palavra, deveria ser vista como uma orquestra sinfônica, em que os musicistas têm a responsabilidade de tocar diferentes instrumentos, com as suas respectivas notas, compondo uma música em harmonia, sem ruídos inesperados, pois as notas se complementam e formam um todo, a música.

A integralidade, além de dizer respeito aos atores de saúde, também é referida como a disponibilidade de instrumentos de trabalho a fim de realizá-lo com qualidade. A falta dessa condição básica seria uma das dificuldades levantadas a priori para concretizar um atendimento integral ao usuário; portanto, como tocar um violino, parte essencial de uma orquestra, sem o seu arco? A partir dessa percepção, verifica-se que a integralidade no cotidiano hospitalar é vulnerável, principalmente nos espaços públicos, pois a falta de material é corriqueira neste serviço. A sua garantia depende de esforços que partem dos próprios profissionais de saúde, bem como da administração e da 'boa vontade' dos atores da arena política.

Outra concepção apontada por cinco (05) dos nove (09) pesquisados foi a de suprir as diversas necessidades dos usuários:

[...] é ter esse olhar diferenciado no atendimento para esse usuário em todos os seus níveis de atendimento, facilita talvez para nós da saúde e facilita também, não sei se facilita mas o fato de nós estarmos na alta complexidade e trabalhar com essa temática exige que as outras esferas estejam muito envolvidas independente de ser só na área da saúde, então requer que realmente tu possa ter um entendimento melhor disso, não é uma fatia só do que tu está vendo [...] (COORD. 2, 2011).

[...] nós temos que tentar proporcionar o melhor do atendimento para o paciente, independente do que ele precisa, [...] um tratamento que ele precisa estar fazendo para prevenir, até tentar proporcionar o que ele está precisando naquele momento até ele ficar bem. (PROF.3, 2011).

[...] acho que é fazer, entender talvez a pessoa nas várias dimensões que constituem a vida dela, não só a questão da doença, não só a questão do trabalho, não só a questão da subjetividade, mas tudo isso com o mesmo nível de importância. Incluir todos os espaços que ela circula, os vínculos que ela tem, as pessoas que são importante e eu acho que quando nós reconhecemos tudo isso e conseguimos articular isso nós estamos trabalhando numa perspectiva de integralidade essa é a idéia, mas é muito difícil na prática, nós trabalhamos em um hospital de alta complexidade, tem uma tendência de nós ficarmos muito aqui dentro e esquecer um pouquinho as coisas que nós podemos articular que realmente estão lá no contexto de onde a pessoa vem mesmo, então na pratica acho que nós não conseguimos muito trabalhar nessa perspectiva [...] (AS 3, 2011).

[...] integralidade para mim é o paciente que vem tratar de seus problemas de saúde, mas como esse problema tem várias dimensões, é ter uma equipe que atenda a tudo isso, quando fica doente não é só o paciente, a família adoce junto tem uma serie de problemas de quem vai cuidar de quem vai ficar com o filho, a criança, o que essa pessoa pensa quando vem para cá, acho que é isso, nós tentamos dar um atendimento que atenda todas essas dimensões, isso para mim é integralidade, é ter uma preocupação para que ele volte a trabalhar, devolver a sua família [...] entender que essa pessoa tem uma história, tem uma cultura, tem uma família e os profissionais que estão aqui tem que atender para que ele volte para a vida dele, que é o que ele quer (COORD. 3, 2011).

[...] Integralidade é tu poder dar o atendimento que o paciente necessita de suas reais necessidades e tu poder referenciar ele para fora, para mim isso é integralidade, não adiante tu dar o suporte aqui e tu não conseguir fazer essa referência para fora, se tu não tem referência, tu não tem integralidade, se a tua equipe não se prepara para isso tu não tem, então nós precisamos nos preparar para isso (COORD. 1, 2011).

Diante do exposto, pode-se dizer que a integralidade é uma prestação de serviço do cuidado integral realizada pela equipe multiprofissional em todas as áreas de conhecimento da saúde, com a finalidade de suprir, sem barreiras, as mais variadas necessidades do usuário. Dessa forma, faz-se necessário esmiuçarmos os bastidores de como a integralidade se dá nas práticas do cotidiano em relação ao cuidado integral, sob a ótica dos sujeitos da pesquisa.

Com relação a humanização pode-se dizer que é intrínseca ao ser humano, portanto deve ser pensada na sua condição de 'ser' humano. Esta concepção é apresentada por quatro (04) dos nove (09) profissionais entrevistados, conforme apresentado abaixo:

[...] Eu entendo como humanização uma forma de atender o paciente de uma forma mais humana, de tu te colocar no lugar do outro e atender da forma que gostaria de ser atendido, engloba também a integralidade, mas engloba atender o ser humano na sua complexidade. (AS 1, 2011).

[...] é bem complicado a humanização, se fala em humanização atualmente mas não se faz, não se tornam humanos o suficiente para poder dar, por que as pessoas estão sempre dizendo que talvez o outro não esteja sofrendo o tanto que está sofrendo, para mim humanização é se colocar no lugar do outro [...] (COORD. 1, 2011).

[...] humanização acho que se confunde com a integralidade por que o que eu vejo sinceramente, eu como médico, assim o médico hoje, acho que é uma seleção da profissão, antigamente a figura do médico era meio distante, os profissionais acabam naturalmente se excluindo do processo de atendimento do paciente por que não gosta de paciente, não fica muito tempo, vai fazer outra coisa a área médica te permite [...] acho que a humanização vem da vontade da pessoa querer ajudar [...] (COORD. 3, 2011).

[...] Um paciente com uma doença como um câncer algo dessa linha, que está ali fazendo um tratamento que é difícil que é longo, poderia por exemplo, ter a companhia de um familiar, ter a visita, ter uma liberdade maior de poder estar com alguém próximo, que as vezes ali claro que é por segurança com relação a saúde é tudo muito rígido (PROF. 1, 2011)

Segundo o PNHAH (2001b), as iniciativas de humanização em andamento nos hospitais demonstram uma necessidade de mudança na gestão da relação usuário/profissional de saúde e também da própria instituição. Tais iniciativas, porém, são ainda setoriais e não conseguem um envolvimento do todo das

organizações, o que reafirma a necessidade de articular essa mudança de forma a contemplar os aspectos subjetivos e éticos presentes nas relações do binômio usuário/profissional, e difundi-los no hospital como um todo.

É justamente essa qualidade humana, muitas vezes adormecida, que leva o profissional a tomar atitudes desumanizantes. A provável explicação para este fato gira em torno da característica do trabalho realizado em uma unidade de urgência/emergência, como já discutido, porém, fazem-se necessários estudos mais aprofundados sobre o assunto. Nesse contexto, verifica-se que o referido programa se assenta principalmente no fator humano, o qual deve ter como aliado as tecnologias, constituindo a qualidade do sistema:

Além disso, verifica-se no seu discurso que a humanização perpassa pelo exercício de um cuidado mais voltado para o tecnicismo, principalmente no seu âmbito de trabalho e que esta temática não recebe o devido investimento nas equipes de saúde, este fato é apontado por três (03) dos nove (09) profissionais pesquisados:

[...] então eu acho que o hospital não se organiza para trabalhar, planejar, de acreditar de investir em outros trabalhos[...] Acho que não tem humanização [...] nós tentamos, são coisas muito pontuais (AS 2, 2011).

[...] acho que tem toda essa política de humanização, o hospital está muito ligado a esse projeto, há alguns anos e agora a um tempo. Eu acho que as pessoas confundem um pouco isso assim, o que é mesmo essa política, ah todo mundo faz trabalho humanizado, mas acho que tem uma confusão com relação a isso de forma institucional e aí que aparecem as contradições [...] (COORD. 2, 2011).

[...] humanização eu acho que nós falamos muito superficialmente do que é humanização, acho que a política de humanização quando nós lemos ela, ela é linda e é muito mais completa do que nós pensamos, as vezes nós focamos a humanização num determinado lugar, numa determinada ação ah nesse momento eu tenho que cuidar por que eu tenho que acolher a pessoa de determinada forma e isso faz parte de todo processo, desde quando ela chega, enquanto ela está aqui dentro, quando ela sai, então eu vou te dizer que a humanização nós conhecemos muito pouco, eu conheço muito pouco do que se propõe a política de humanização[...] acho que é muito superficial talvez, claro que faz parte também tu ter um lugar bonito, tu ter cadeira para sentar, tu ter uma profissional que tem atenda com educação, bom isso é o mínimo que tu espera, por isso que eu acho que a política de humanização é muito mais coisas que nós não discutimos. Eu sei que tem um grupo aqui no hospital que faz um trabalho específico, trabalha com isso, faz os seminários, mas eu não sei se no cotidiano isso atinge (AS 3, 2011).



A humanização aponta, portanto, para um campo relacional com reconhecimento da alteridade e do diálogo. Logo, é um desafio, pois, como já foi discutido anteriormente, o hospital é um espaço onde se percebe a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre profissionais/usuários e entre os diferentes profissionais que compõem a equipe em saúde. Entretanto, apesar de estar inserido nesse cenário, os entrevistados revelam que a equipe tem um papel importante na realização da humanização e, por isso, deve haver uma parceria entre os profissionais. Desta forma, todos os entrevistados apontam a importância do trabalho em equipe para a qualificação do atendimento integral e humanizado:

[...] É fundamental, por que sem trabalho em equipe, não tem atendimento integral ao usuário é impossível na equipe cada um vê a sua parte e nunca se falar, nunca juntar todas essas partes no todo, não tem como, precisa ter trabalho em equipe para ter humanização e para ter integralidade também (AS 3, 2011).

[...] Para mim é uma relação direta e fundamental, se não tiver isso, se não tiver integralidade e humanização tu não consegue ser uma equipe em primeiro lugar, onde um profissional vai colocar uma posição que tu está tendo em prol do paciente. No momento que tu pensa no paciente tu já está se humanizando, tu já está vendo como um todo de uma maneira holística a equipe, aí tu vê o paciente na sua integralidade, o paciente completo, tu não vê o paciente fragmentado (COORD.1, 2011)

[...] eu acho que isso seria o ideal se nós conseguíssemos ter realmente um trabalho em equipe, equipe composta de vários profissionais com objetivo único que sentasse, que discutisse todos, que traçassem plano para todos os pacientes respeitando a individualidade dos pacientes, respeitando de onde o paciente vem, respeitando o direito dele de escolher, se ele quer se tratar ou não, isso não é respeitado [...]eu acho que a humanização, a integralidade tudo é em decorrência de um trabalho. E também não adianta a equipe funcionar muito bem, trabalhar todo mundo com esse objetivo, trabalhar em equipe, atender paciente como um todo vamos, humanizar, integralidade, não adianta se a estrutura institucional não quer isso, claro que eles não tem um planejamento entendeu para trabalhar isso (AS 2, 2011)

[...] eu acho que é fundamental na verdade para que de fato possa se qualificar, se pensar numa forma, mas acho que o fundamental é que os profissionais estejam preparados para desempenhar essas funções com esse olhar diferenciado [...]acho que o trabalho em equipe é fundamental para efetivação desse trabalho, mais qualificado, mais humanizado, melhor para esse nosso usuário e também vai depender da percepção que cada profissional tem, da sua forma de enxergar as coisas, onde ele está e aonde que ele quer chegar com relação a isso, para mim esse é o grande diferencial para se chegar adiante (COORD. 2, 2011)

[...] deveria dar, não sei te dizer qual é o caminho para conseguir, mas acho

que a equipe tem que contribuir com isso, não consigo pensar como nós podemos fazer isso nesse momento, não adianta só em alguns momentos pensar e depois se perder, daqui a pouco fazer um treinamento com o pessoal, nós estarmos pensando e escutando outros profissionais para trazer para dentro da nossa realidade (PROF. 3, 2011).

[...] eu acho que sim, eu acho que quando isso realmente acontece, quando é possível o trabalho em equipe, bom já é 60 70 % do caminho para chegar na direção de um atendimento de fato integrado humanizado, mas nos dia-a-dia acho que pouco vai nessa direção (AS 3, 2011).

Diante do que foi exposto, percebe-se que a proposta de integralidade e humanização da assistência à saúde visam reestruturar as relações de trabalho nos espaços institucionais de saúde, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade. Dessa forma, se tratam de uma nova proposta de trabalho que almeja aumentar a eficácia no atendimento à população por meio de uma maior integração, comunicação, vínculo e reconhecimento mútuo entre os diversos sujeitos envolvido nesse processo. Configura-se como políticas que objetivam difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS. Compreende-se, portanto, que não há como pensar em integralidade sem abordar a humanização da assistência, pois ambas dizem respeito às relações entre sujeitos, embora esta última tenha como função subsidiar a reestruturação das práticas assistenciais do cotidiano em direção à integralidade da atenção em sua forma mais ampliada possível.

#### **5.4 Propostas para qualificar as práticas em saúde: percepção da equipe**

A partir das concepções dos temas trabalhados e da descrição das rotinas das equipes pesquisadas é possível identificar que existem diversas lacunas com relação ao trabalho em equipe e à qualificação do atendimento integral e humanizado. Desta forma, estes profissionais apontam algumas propostas, uma vez que todos referiram que este trabalho necessita ser qualificado:

[...] Precisar, sempre precisa, não existe uma equipe que seja perfeita, nunca ouvi falar [...] mas como concepção de equipe está muito longe do ideal, ainda falta muita discussão de caso, falta muito respeito entre os

profissionais, falta ter uma coordenação única, tem muito que ser trilhado (AS 1, 2011).

[...] Sim, acho que a equipe tem que ser em primeiro lugar trabalhada, de que maneira eu não sei, mas tem que resgatar sim, ela ainda tem déficit bastante, que acho que as vezes ah o profissional não vai, se reunião da equipe ou round é o momento da equipe, tem dar valor a estes rounds, se só tem esse momento, esse momento tem que ser proveitoso, esse momento a equipe, todas as equipes tem que ser levado a sério, o que não acontece em algumas categorias. Acho que é isso que tem que ser trabalhado, resgate do round que é a reunião da equipe multidisciplinar para tentar melhorar, para melhorar as equipes (COORD. 1, 2011).

[...] Acho que sim, acho que tem que ser aprimorado e acho que uma das formas é nós começarmos a conversar. É uma unidade que passa por muitos problemas, é uma unidade difícil de trabalhar acho que tem que se aprimorar e acho que o começo é esse, é levantar coisas, ver o que dá para fazer melhor (AS 2, 2011).

[...] eu acho que nós sempre buscamos uma forma discutindo quais as formas que nós podemos tornar o nosso trabalho mais efetivo, aquilo que nós podemos estar pensando juntos (PROF. 1, 2011).

[...] é acho que uma coisa que nos impede muito aqui é isso assim, e não é só minha como coordenadora de equipe, mas acho que todos os outros colegas, nós não temos tempo para nos dedicarmos um pouco mais, não é que nós não queremos fazer isso, essas pessoas que estão trabalhando com essa temática gostam e gostam muito, mas é isso assim falta tempo para que nós consigamos nos dedicar, por que todos têm outras atividades aqui no hospital (COORD. 2, 2011).

[...] eu acho que nós temos que trabalhar primeiro a equipe, integrar a equipe, os profissionais para depois nós atuarmos dentro da unidade acho que o primeiro passo seria com os funcionários da casa (PROF. 3, 2011).

[...] E acho que outra proposta que seria, mas acho que o programa no momento não tem pernas para isso, que o ideal é como eu já dito antes, de como sair um pouco disso, de como eu que estou ali dentro na quinta feira discutindo e aprendendo, como eu levo isso para as outras equipes que eu trabalho, que tipo de proposta nós poderíamos pensar em nível de hospital, de capacitação mais ampla de discussão em outro nível, aí acaba ficando muito restrito, aquelas pessoas se reúnem, atendem, discutem elas dão os encaminhamentos, mas a coisa não acaba tendo outra dimensão, talvez mais educativa, não sei, teria outras coisas que se poderia pensar (AS 3, 2011).

[...] sem dúvidas sempre tem alguma coisa que tem que melhorar, acho que na equipe aqui nós precisaríamos de uma aproximação maior entre os profissionais, por que a cultura é que o médico discute as coisas dentro da sua equipe médica os profissionais de apoio não participam muito [...] nós não trabalhamos assim, então acho que nem tanto e nem tão pouco, isso é um desafio de aproximar ainda mais os profissionais [...] nós poderíamos melhorar essa aproximação, mais terapêutica assim de atenção mais conjunta (COORD. 3, 2011).

Os profissionais pesquisados almejam um trabalho de equipe em que os membros possuem certo grau de envolvimento e visam a uma responsabilidade

quanto ao produto final, que é o atendimento das necessidades do usuário que procura o serviço. Nesse contexto, é necessário que um saiba ouvir o outro e que promova interações entre os sujeitos por meio dos espaços dialógicos. Trabalho de equipe multiprofissional, que é entendido como a atuação conjunta de várias categorias profissionais, deveria passar necessariamente pela intersubjetividade e pelo reconhecimento e incorporação do trabalho do outro, para alcançar uma interdisciplinaridade na busca da compreensão integral do ser humano. Fato que propicia uma horizontalização dos saberes e possibilita um aprendizado mútuo e flexibilidade quanto às condutas a serem tomadas.

Não obstante, o tempo também é considerado um dos empecilhos para a realização do trabalho em equipe de forma interdisciplinar. De acordo com um profissional pesquisado, em sua equipe, há pouca interação entre os profissionais devido ao tempo escasso, talvez explicado pelo excesso de demanda versus um quantitativo insuficiente de profissionais para atendê-la, o que leva a uma sobrecarga de atividades a serem cumpridas em horários determinados, características que perfazem os serviços de saúde.

Outro fator apontado é que apesar das instituições de saúde serem um lócus de formação profissional com programas de residência médica, residência integrada e campo de estágio para universitários, observa-se nos relatos que os profissionais possuem um déficit importante com relação à capacitação profissional. As instituições deveriam oferecer educação continuada para os seus trabalhadores, incentivos à pesquisa, além de contemplar e valorizar as mais variadas formações, o que não é percebido no cenário em estudo.

Por fim, uma questão já discutida neste trabalho e identificada como barreira para a qualificação do trabalho é o fato da soberania do profissional médico com relação às outras categorias profissionais e para com o usuário, já que o ato de contemplá-los no processo terapêutico perpassa mais pela subordinação. Alguns profissionais em seu relato enaltecem a figura do médico como aquele que indica e media um procedimento na fronteira da vida/morte, algo que é digno de nobreza. Logo, ele detém um saber-poder que lhe dá um tom de endeusamento ante o diagnóstico e processo terapêutico, que o coloca em uma ação individual.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da realização de processos investigativos torna-se evidente pela necessidade de se conhecer e reconhecer aspectos que envolvem uma realidade tão dinâmica e flexível. Transformações ocorrem cotidianamente sejam microrrevoluções ou alterações significativas no contexto mais amplo. Os resultados de inúmeros estudos permitem o desvendamento das mudanças que sinalizam muitas vezes novos horizontes. Tendo em vista os elementos discutidos até aqui, percebe-se o quando são válidas e se justificam propostas de trabalho que busquem compreender como os profissionais, no dia a dia dos serviços, estão interpretando os fazeres e as práticas que perpassam a atuação em equipe.

Entre encontros, desencontros, tensões e possibilidades as contradições, tensões e conflitos foram bastante recorrentes nos discursos dos profissionais entrevistados. Atribui-se às equipes uma prática multiprofissional e/ou interdisciplinar. Entretanto, não foi possível observar reflexões teóricas mais aprofundadas sobre tais práticas, o que reflete uma necessidade de mais estudos teóricos nos serviços pesquisados. Considera-se que o movimento de construção de um projeto comum entre diferentes especialistas, em uma equipe, exige um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, ressaltando ainda que hoje na saúde haja uma carência de tais processos.

Observa-se que as definições e descrições sobre o trabalho em equipe também se apresentaram permeadas por essa dimensão tensa e conflituosa. Falou-se dessa prática e equipe como elemento diluidor das especificidades de cada profissional, em alguns momentos as práticas ocorridas foram definidas como confusas, por nossos entrevistados. Nesse momento, percebe-se nos técnicos em saúde, uma premente necessidade de delimitação de espaço.

A questão dos limites entre as especialidades esteve presente sob diversas perspectivas. A invasão do espaço de atuação dos distintos especialistas aparece recorrente durante as descrições. O processo de formação fragmentado realizado pelos cursos de saúde fica implícito nas dificuldades do trabalho em equipe. Pois a

formação da grande maioria das profissões é excessivamente especializada, e nela não se tem oportunidade de interagir com outras áreas de conhecimento.

A partir da análise dos dados de pesquisa foi possível identificar que o discurso da interdisciplinaridade circula no espaço dos serviços. Tal estrutura de trabalho, mesmo não sendo expressa a partir de um recorte teórico, parece conter as idéias de uma horizontalização das relações de trabalho, assim como um ideal de partilha de experiências e saberes. Contudo, ao longo da pesquisa identifica-se múltiplas possibilidades de descrever tal processo de trabalho, de descrever as relações que se aproximam e se distanciam desse ideal interdisciplinar, muitas vezes pregado, porém pouco debatido e discutido teoricamente nas equipes.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho. Flexibilidade entendida como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos.

Observa-se que, no trabalho em equipe, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional. Tal convivência não vai ao ponto de propor outra ordenação do trabalho coletivo por referência ao modelo biomédico dominante, suscitando o questionamento das desigualdades entre os diferentes trabalhos e a pertinência da introdução de outras abordagens às necessidades de saúde.

Com base na tipologia e nos critérios de reconhecimento do tipo de equipe apresentados, cunhou-se um conceito de trabalho em equipe sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados. Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se

configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Portanto, há possibilidade de construção da equipe mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática de arguição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio da comunicação, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético.

O Serviço Social compartilha de um trabalho coletivo que visa à humanização do atendimento. Por ser uma profissão histórica e socialmente determinada, que atua nas variadas expressões da questão social, tendo como um dos seus princípios a ampliação e consolidação da cidadania, através desse trabalho, o Serviço Social busca uma abordagem ao usuário como cidadão e sujeito de direito e integrante de diferentes segmentos da classe trabalhadora. O assistente social desenvolve sua intervenção pautada no Código de Ética da profissão, e em consonância com os princípios do SUAS, que visa à universalidade, integralidade, equidade, participação social e a descentralização. O profissional de serviço social como já foi dito, necessita ter uma visão ampla da situação, entendendo as necessidades explícitas e implícitas dos usuários.

Partindo do pressuposto de que a interdisciplinaridade como postura e como perspectiva de articulação dos conhecimentos é uma necessidade cada vez mais incontestável no mundo do trabalho é impossível pensar a ação do assistente social fora dessa relação. Esta profissão apresenta-se como uma área fértil para a propagação desta tendência, uma vez que o caráter interdisciplinar se faz presente inclusive no processo de formação e produção do conhecimento do assistente social e o acompanha, de forma acentuada, em suas ações profissionais.

Entendendo-se a interdisciplinaridade como postura profissional e princípio constituinte da diferença e da criação compreender-se-á que o Serviço Social uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, em um movimento

crítico entre prática-teoria e teoria-prática, é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim, para o Serviço Social, a interação com outras áreas é particularmente primordial, seria fatal manter-se isolado. A interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isto implica romper com dogmatismos muitas vezes cultivados no interior da profissão.

Portanto, o Serviço Social, ao buscar novas formas de executar seu trabalho, direciona seu envolvimento na ação interdisciplinar, compartilhando um espaço de troca mútua entre as especificidades do conhecimento e ultrapassando, no atendimento da complexidade das suas demandas, os limites de sua especialidade. A observação das ações do assistente social, principalmente no campo da saúde, permite afirmar que este profissional, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações.

O que o torna uma "peça" importante no interior destas equipes. As exigências de características, conhecimentos e habilidades do assistente social para o trabalho interdisciplinar nos diferentes campos são muito semelhantes às desenvolvidas no seu trabalho isolado. Portanto, a diferença é que, nesse caso, as exigências de aprimoramento e requalificação são maiores, em função da necessidade de estar continuamente preparado para interagir com o conhecimento das outras áreas do saber.

Ressalta-se, contudo, que não há dentre as características observadas alguma que provoque estranheza quando relacionada à proposta da formação teórico-metodológica e técnico-operativa do profissional de Serviço Social, mas, em contrapartida, a observação destas nos faz questionar até que ponto o meio acadêmico incentiva o desenvolvimento das mesmas e/ou é adequado às reais exigências para o trabalho interdisciplinar.

É extremamente importante reafirmar que estar atento para este espaço cria a possibilidade do Serviço Social expandir seu campo de atuação para áreas ainda desconhecidas ou pouco exploradas pela profissão. Nesta relação de troca de saberes, o Serviço Social tem a oportunidade de socializar com as demais áreas do conhecimento as suas reais especificidades e habilidades e, dependendo da



competência do profissional, até romper como "preconceito" que estas áreas historicamente atribuem à formação de assistente social.

A sistematização apresentada representa a finalização de uma etapa da formação acadêmica. Essa sistematização só foi possível de ser realizada em razão da disponibilidade dos responsáveis pelas instituições e pela concessão de entrevistas dos profissionais que se dispuseram a expressar sua compreensão sobre o trabalho do assistente social e o trabalho em equipe no contexto hospitalar. Destaca-se a necessária construção e consolidação de novos estudos, sobretudo sobre o trabalho em equipe enquanto diretriz do SUS. Este trabalho proporcionou à mestranda o desejo em prosseguir nas investigações sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO. Multi-Pluri/Meta-Inter/Transdisciplinaridade: Novas estratégias ou Velhos Impasses de do Paradigma da Complexidade? In: BASTOS; ROCHA Psicologia: Novas Direções no Diálogo com Outros Campos do Saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto & Contexto Enfermagem, v.14, n.3, p.17, 2005. Disponível em: <[http://www.textoecontexto.ufsc.br/viewissue.php?id=12#Artigos\\_originais\\_-\\_pesquisa](http://www.textoecontexto.ufsc.br/viewissue.php?id=12#Artigos_originais_-_pesquisa)> ISSN: 0104-0707. Acesso em: 25 de mar. 2011.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ANTUNES, Ricardo. O caracol e sua concha. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Bontempo, 2005.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda, 1977, 225 p.

BARROS, Mari Nilza Ferrari; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas. Revista Virtual Textos e Contextos, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/interdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2008>.

BAUER, Martins W.; GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 196, de 1996. Normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: sobre pesquisa envolvendo seres humanos, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 de abril de 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado Federal, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 dez. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. LOAS-LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS Lei 8742, de 07.12.1993 Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOBSUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Ministério da Saúde: Brasília, 1997, 34p. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde: Brasília, 2001a. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm)> Acesso em: 02 de abr. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.52. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/adm\\_hospit.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/adm_hospit.html)>. Acesso em 30 de jul.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. p.60. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> >. Acesso em 02 de fev. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Costa. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

BRAVO, Maria Inês. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CFESS. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. Em questão. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2009.

CFESS. Regulamentação da profissão. Lei Nº 8.662, de 7 de Junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: CFESS, 2009.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade nº62. São Paulo, Cortez, 2000.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: Concepções. Mental. V. 08, nº 08, Barbacena: 107-124, 2007.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Educação e Contradição: elementos metodológicos para teoria crítica do fenômeno educativo. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, Pedro. Pesquisa: princípio científico e educativo. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997, 120 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e saúde coletiva, 2004, v.9, n.1, p.7-14.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. (Org.) Metodologia da pesquisa educacional. 6. Ed. São Paulo. Cortez, 2000.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martins. W.; GASKELL, G. (ed.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p.64-89.

GOMES, Rafael da Silveira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Fancini Lubi. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2005. p. 105-116.

GUERRA, Iolanda. Instrumentalidade dos processos de trabalho e serviço social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, p 05- 34, 2000.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Em questão. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002b.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

JAPISASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOSIK, Karel. Dialética do Concreto. 6 ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1995.

LEFEBVRE, Henri. Lógica formal e lógica dialética. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 6, n.2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mai. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.17- 37.

MANTEGA, Guido A economia política brasileira. São Paulo: Vozes, 1984.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. . Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002, 282 p.

MARINS, João José Neves. Formação e atenção básica de saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. Cadernos ABEM , V.3 , Outubro, 2007

MARTINELLI, Maria Lucia. Pesquisa Qualitativa, um instigante desafio. Veras Editora. SP, 1999.

MARTINELLI, Maria Lucia. Serviço Social: identidade e alienação. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARX & ENGELS.A Ideologia alemã. Feuerbach- A contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista.São Paulo: Martin Claret, 2005.

MARX, Karl. Manuscritos econômico-filosóficos. Coleção a Obra Prima de Cada Autor. São Paulo: Martin Claret, 2003, 198 p.

MARX, Karl. O Capital. Crítica da economia política. Livro 1, Vol. 1. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.105-116.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.300.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. Revista Ciência e Saúde. V.1, n.1. Porto Alegre, Jan./jun. 2008. 24-32

MINAYO, Maria Célia Souza. et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Célia Souza. Interdisciplinaridade Funcionalidade ou Utopia. In: Saúde e Sociedade, V.2 n., p. 42-64. 1994

MINAYO, Maria Célia Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

MOTA, Ana Elizabete da. 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.

NETO, Francisco Campos Braga; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. FIOCRUZ, 2008.

NETTO, José Paulo. A ordem social contemporânea é o desafio central. Ponência na 33ª Conferência Mundial dos Escolas de Serviço Social. Santiago do Chile, agosto de 2006. Mimeo.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. Interdisciplinaridade: Conjugando Saberes. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.26, nº62 p. 249-258, set./dez.2002.

OLIVEIRA, Gilmar de Almeida. A Contribuição e o Papel do Serviço Social no Contexto Hospitalar. <[www.open-school.com/uniced/download/](http://www.open-school.com/uniced/download/)> Acesso em: 02 fev. 2008>. out. 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. 25 Anos de Alma-Ata: saúde é direito de todos, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=195>> Acesso em: 2 de abr. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Maria Zelia Rouquayrol; Naomar de Almeida Filho (Org.). Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, cap.20, p.473-487.

PAIVA, Beatriz Augusto. Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: CFESS/ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, v.35, n.1, p.103-109, 2001. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 25 mar. 2011.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. Embustes 'interdisciplinares': da especialização à polivalência - contribuições a partir do campo da saúde mental. 2002. Disponível em: [http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/os\\_riscos\\_da\\_interdisciplinaridade.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/os_riscos_da_interdisciplinaridade.pdf)

PONTES, Reinaldo Nobre. Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. São Paulo: Cortez; Belém/PA: Universidade da Amazônia, 1995, 198 p.

PRATES, Jane Cruz. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. Temporáris. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS / Pesquisa e conhecimento em Serviço Social. Ano V, n. 9 jan. / jun., 2005. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Janete Martins de (Org). Serviço Social e Interdisciplinaridade. Dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, João Paulo Lyra; TAVARES, Cláudia Mara. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. Saúde em Debate , Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Desvelando o significado do instrumental técnico-operativo do Serviço Social. Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: UnB. Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, EDUARDO MOURÃO. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª e. São Paulo: Cortez, 2002.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-am Enfermagem, v.11, n.4, p.525-531, jul./ago. 2003.

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO PARA A ENTREVISTA COM ASSISTENTE SOCIAL

Entrevista n: \_\_\_\_\_.

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_\_.

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_.

1. Instituição que trabalha:
2. Qual o setor em que você atua? Faz parte de que equipe?
3. Há quanto tempo está nesta equipe
4. Quais profissionais compõem a equipe em que atua?
5. Qual a sua concepção de trabalho em equipe? Comente.
6. De que forma você considera que contribui com o seu saber específico para o trabalho da equipe em atua?
7. Relate uma situação marcante no setor em que o trabalho em equipe foi determinante?
8. Relate uma situação marcante no setor em que não houve trabalho em equipe?
9. O que você entende por integralidade?
10. O que você entende por humanização?
11. Como você percebe o trabalho em equipe na qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?
12. Você considera que o trabalho em equipe necessita ser aprimorado? De que forma?



## APÊNDICE B

### FORMULÁRIO PARA A ENTREVISTA COM COORDENADOR DA EQUIPE

Entrevista n: \_\_\_\_\_.

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_\_.

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_.

1. Instituição que trabalha:
2. Qual o setor em que você atua? Faz parte de que equipe?
3. Há quanto tempo está nesta equipe?
4. Há quanto tempo coordena esta equipe?
5. Que profissionais compõem a equipe em que atua?
6. Qual a sua concepção de trabalho em equipe? Comente.
7. Como você percebe o trabalho em conjunto com o Assistente Social nesta equipe?
8. Relate uma situação marcante no setor em que o trabalho em equipe foi determinante?
9. Relate uma situação marcante no setor em que não houve trabalho em equipe?
10. O que você entende por integralidade?
11. O que você entende por humanização?
12. Como você percebe o trabalho em equipe na qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?
13. Você considera que o trabalho em equipe necessita ser aprimorado? De que forma?

## APÊNDICE C

### FORMULÁRIO PARA A ENTREVISTA COM OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Entrevista n: \_\_\_\_\_.

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_\_.

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_.

1. Instituição que trabalha:
2. Qual o setor em que você atua? Faz parte de que equipe?
3. Há quanto tempo está nesta equipe?
4. Que profissionais compõem a equipe em que atua?
5. Qual a sua concepção de trabalho em equipe? Comente.
6. Como você percebe o trabalho em conjunto com o Assistente Social nesta equipe?
7. Relate uma situação marcante no setor em que o trabalho em equipe foi determinante?
8. Relate uma situação marcante no setor em que não houve trabalho em equipe?
9. O que você entende por integralidade?
10. O que você entende por humanização?
11. Como você percebe o trabalho em equipe na qualificação da atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário?
12. Você considera que o trabalho em equipe necessita ser aprimorado? De que forma?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe.**

#### **Justificativa**

Este estudo tem o objetivo de Analisar o trabalho do Assistente Social da rede hospitalar de Porto Alegre, na perspectiva do trabalho em equipe, a fim de qualificar a atenção integral e humanizada do atendimento ao usuário.

#### **Procedimentos**

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual e em local reservado, gravada em áudio, com duração aproximada de 40 minutos, na qual você irá responder a algumas perguntas pré estabelecidas.

#### **Desconfortos**

É importante ressaltar que riscos existem, identifica-se a exposição dos sujeitos, no entanto para minimizar este risco previsível os mesmos serão identificados por um número e as instituições por uma letra. Embora sejam pequenos e referem-se ao uso inadequado de informações referentes a ações profissionais.

#### **Benefícios**

Entre os benefícios, destacam-se: possibilidade de participar de um estudo que possa contribuir na qualificação do trabalho dos assistentes sociais e demais profissionais das equipes de saúde bem como na consolidação de uma política pública e a socialização de experiências, entre outros.

#### **Garantias**

- Da garantia de requerer a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo eu inclusive, escolher um nome fictício como identificação;
- Que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do estudo;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados deste;
- De permitir o uso de gravador, com garantia de sigilo e anonimato.

Eu,.....  
....., RG nº .....fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A Mestranda Cristiane Ferraz Quevedo de Mello, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Idilia Fernandes, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informado (a) que não existem danos à minha integridade física e emocional provocados pela pesquisa.

Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 51 33574121, email: cris.quevedo@gmail.com e endereço: Rua Domingos Rubbo, nº 20, Bairro Cristo Redentor, Sala Serviço Social, térreo - Porto Alegre.

**Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11**

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do entrevistado(a)**  
**Nome:**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da pesquisadora**  
**Cristiane Ferraz Quevedo de Mello**

## ANEXO 1



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 556  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2200  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rabelo, 29  
CEP 91249-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÉMINA S.A.  
Rua Moscardini, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 13 de abril de 2011, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 11-042

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

IDÍLIA FERNANDES

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

**Título:** O trabalho da assistente social no contexto hospitalar em Porto Alegre: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 13 de abril de 2011.

## ANEXO 2



### HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

#### COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 110231

**Data da Versão do Projeto:** 12/06/2011

**Data da Versão do TCLE:** 24/06/2011

**Pesquisadores:**

CRISTIANE FERRAZ QUEVEDO DE MELLO

IDILIA FERNANDES

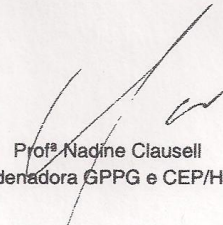
ESALBA MARIA CARVALHO SILVEIRA

**Título:** O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 01 de julho de 2011.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA



## ANEXO 3



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1209/11

Porto Alegre, 25 de julho de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05440 intitulado **"O trabalho do assistente social no contexto hospitalar em Porto Alegre: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Idília Fernandes  
FSS  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)