
Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde

Collective work processes in health and the work of the social workers: the (in)visible threads that materialize the expanded concept of health

Anderson da Silva Fagundes¹

Dolores Sanches Wünsch²

RESUMO

Este artigo demonstra o que particulariza o trabalho do/a assistente social nos processos de trabalho da internação hospitalar pediátrica e sua contribuição para o fortalecimento da atenção integral em saúde. O estudo é resultado de uma pesquisa de natureza qualitativa com a participação de profissionais residentes em saúde de um hospital de alta complexidade do Sul do Brasil. Os resultados apontam para a caracterização de demandas e necessidades em saúde no atendimento de usuários com doenças crônicas e os desafios e potencialidades do trabalho coletivo em saúde. Neste cenário, constatam-se as particularidades do trabalho do/a assistente social e evidencia-se que sua inserção nas equipes de saúde garante visibilidade à realidade social da população. Deste modo, verifica-se a centralidade do trabalho interprofissional para a materialização do conceito ampliado de saúde, constituindo uma potencialidade para a produção do cuidado. Conclui-se que o trabalho em saúde possui uma dimensão coletiva que se concretiza pela articulação dos saberes entre as profissões, permitindo atender as demandas e necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade, em que o trabalho do/a assistente social assume centralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Interprofissional. Política de Saúde. Serviço Social. Saúde da Criança.

¹ Assistente Social. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Telefone: 55 51 9 8643-8641. E-mail: anderson.fagundes@outlook.com

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PUCRS). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS). Tutora do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde – HCPA. E-mail: dolores.sanches@ufrgs.br

ABSTRACT

This article demonstrates what distinguishes the work of social workers in the work processes of pediatric hospitalization and their contribution to the strengthening of comprehensive health care. The study is the result of a qualitative research with the participation of health professionals from a high complexity hospital in Southern Brazil. The results point to the characterization of health demands and needs in the care of users with chronic diseases and the challenges and potential of collective health work. In this scenario, the particularities of the work of the social worker are evidenced and it is evident that their insertion in health teams guarantees visibility to the social reality of the population. Thus, the centrality of interprofessional work is verified for the materialization of the expanded concept of health, which constitutes a potential to produce care. It is concluded that health work has a collective dimension that is materialized through the articulation of knowledge between professions, making it possible to meet the demands and needs of users in the perspective of integrality, in which the work of the social worker assumes centrality.

KEYWORDS: *Interprofessional Education. Health Policy. Social Work. Child Health.*

Introdução

Este artigo aborda o trabalho do/a assistente social mediante a inserção em processos de trabalho coletivo em saúde, no âmbito da internação hospitalar pediátrica, a partir das percepções de profissionais residentes em saúde, com ênfase em saúde da criança. Destaca-se a relevância de discutir o trabalho do/a assistente social, tendo em vista a necessidade de compreender as particularidades desse trabalho profissional nos distintos espaços sócio-ocupacionais em que se inserem. Nele são evidenciadas as possibilidades, dificuldades e desafios para o trabalho interprofissional, bem como se ressalta a relevância de equipes de saúde multiprofissionais.

Desta forma, o desenvolvimento do artigo está organizado em três momentos, sendo exposta, em um primeiro momento, a revisão de literatura, contemplando categorias teóricas fundamentais para compreender o fenômeno estudado, ou seja, a Política de Saúde e seu conceito ampliado e o trabalho de assistentes sociais como partícipes dos processos de trabalho coletivo em saúde; em segundo, são abordados os resultados e discussão a partir das categorias empíricas de análise que versam sobre o conceito ampliado de saúde, a inserção de assistentes sociais nos processos de trabalho e o trabalho interprofissional para a

materialização do conceito ampliado de saúde; e, no terceiro momento, são introduzidas breves notas conclusivas do estudo, situando o cenário da residência multiprofissional em saúde como possibilidade para a educação interprofissional a partir dos serviços de saúde.

No âmbito do cuidado em saúde, percebe-se alta demanda de usuários com doenças crônicas, as quais trazem novas determinações para a rede de atenção em saúde. Verifica-se que o avanço tecnológico e aprimoramento técnico profissional proporcionam possibilidades de manutenção da vida. No entanto, o atendimento em determinadas áreas e, em particular, na atenção em saúde de alta complexidade, resulta, na maioria das vezes, em períodos de longa internação hospitalar. Isso faz com que as equipes de saúde sejam constantemente desafiadas a repensarem seus processos de trabalho, a fim de que tragam maiores benefícios para o cuidado de usuários e suas famílias, tornando aquele momento particular da vida das pessoas um momento de cuidado integral.

Deste modo, os investimentos e defesa das políticas públicas devem estar em consonância com as necessidades da população, bem como com a formação dos profissionais da saúde, sendo a residência em saúde um espaço de formação em serviço fundamental para a construção e avanços no trabalho interprofissional para a materialização do conceito ampliado de saúde. Tal conceito está no horizonte, e o caminho até ele está sendo percorrido desde meados da década de 1980.

Neste ínterim, destaca-se que ocorreram muitos avanços na compreensão sobre o processo saúde-doença, o aprimoramento do trabalho em saúde, da cooperação entre profissionais e usuários, assim como avanços tecnológicos. No entanto, no cotidiano do trabalho existem desafios concretos para a viabilização do cuidado integral em saúde que carecem de estudos que permitam que novas metodologias possam ser adotadas para a prestação de um cuidado humanizado em saúde.

Política de Saúde e seu conceito ampliado: elementos sociais e históricos para o debate

Parte-se do pressuposto de que, para analisar a contemporaneidade, é imprescindível revisitar o passado, objetivando dar concretude à realidade sócio-histórica e indagar os

contornos assumidos pela Política de Saúde no tempo presente. Deste modo, destacam-se aspectos históricos que permearam a luta pelo direito à saúde no Brasil, especialmente a partir da década de 1980, período que retrata um dos maiores e mais contagiantes momentos da história de luta popular pela conquista de uma sociedade livre e de um Estado brasileiro capaz de submeter-se ao controle social da administração pública.

Neste período houve a transição do regime ditatorial para o regime democrático de direito, marcado pela promulgação da Constituição da República Federativa (CF), em 1988. Conforme Vieira (2015), a CF de 1988 trouxe importantes avanços e impulsos para os direitos sociais e as políticas sociais, embora estes venham sendo questionados e atacados constantemente.

A Carta Magna introduziu elementos significativos com relação às históricas dívidas e injustiças sociais acumuladas, especialmente no campo da saúde pública, visando superar iniquidades e transformar os rumos da saúde pública no país. Nesse sentido, verifica-se que já em 1986, dois anos antes da nova Constituição, a 8ª Conferência Nacional de Saúde se constituiu como momento histórico para que os rumos da saúde pública fossem definidos.

Dentre as propostas do movimento pela Reforma Sanitária destaca-se a universalização do acesso, concepção da saúde como um direito, reestruturação do setor através de um sistema único, descentralização político-administrativo, financiamento efetivo e democratização do poder, realizados por meio de novos mecanismos de gestão e participação popular (BRAVO, 2009). No entanto, esse processo político não foi passivo e, portanto, se configurou como um processo histórico de lutas e resistências, permeado por contradições e antagonismos no caminho para a consolidação e garantia dos direitos sociais da classe trabalhadora.

Com base no art. nº 196 da CF³, o Estado passou a conceber a saúde como um direito universal, considerando os determinantes sociais e econômicos como condicionantes em

³ A Constituição de 1988, em seu artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

saúde e compreendendo os usuários como seres sociais, com características, condições sociais, modos e meios de vida particulares. Esse avanço demandou a compreensão do conceito ampliado de saúde e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Este, por sua vez, tem como princípios fundamentais, entre outros, a universalidade do acesso, equidade⁵ e integralidade da atenção. Tais princípios expressam o ideário da Reforma Sanitária brasileira, a qual compreende a saúde não só como direito de todos e dever do Estado, mas como um direito de cidadania que visa à superação das injustiças sociais historicamente construídas (CECILIO, 2006).

Refletir acerca da integralidade da atenção é, primeiramente, romper com a lógica individualizante, que concebe o sujeito como um ser fragmentado e objeto de intervenções. Essa reflexão demanda compreender o sujeito enquanto um ser coletivo, inserido em um espaço geográfico com características, modos e meios de vida próprios. E esses espaços contam com serviços constituídos por meio das redes de proteção social, havendo execução, planejamento e avaliação de ações e serviços.

A partir dessa mudança de paradigma no campo da saúde, se faz necessário aprofundar o debate acerca de conceitos básicos que envolvem a esfera dos determinantes sociais e econômicos da saúde e que incidem diretamente na saúde da população e no modo em que a primeira é concebida.

A materialidade do conceito ampliado de saúde: de onde partimos?

Os conceitos são frequentemente usados para classificar ou descrever situações e objeções no âmbito de trabalho em saúde; entretanto, sua compreensão nem sempre se fundamenta teoricamente. Dentre esses conceitos destaca-se o de vulnerabilidade social e o de determinantes sociais em saúde⁶, cuja aproximação conceitual possibilita estabelecer uma melhor mediação com a realidade vivenciada no contexto do processo de saúde-doença.

⁴ Criado a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

⁵ Cabe ressaltar que a categoria “equidade” tem fomentado importantes discussões no campo da saúde, embora ela não esteja contemplada nas legislações nacionais.

⁶ Sugere-se conferir a diferença conceitual entre “determinação social da saúde” e “determinantes sociais em saúde” em Borghi, Oliveira e Sevalho (2018).

No dia a dia do trabalho em saúde, comumente se escutam expressões como “vulnerabilidade” e “necessidades sociais”. Mas, afinal, de que vulnerabilidade e de que necessidade se fala? E que significado isso tem no contexto do usuário e dos serviços de saúde?

Mediante tais questionamentos, o conceito de vulnerabilidade torna-se “[...] estratégico para o campo da saúde pública e para as ações de promoção da saúde por realizar a mediação entre processos sociais e as ameaças à saúde, de forma mais contextual e dinâmica do que o conceito de risco” (PORTO; PIVETTA, 2009).

A vulnerabilidade abrange várias dimensões da vida dos sujeitos. É uma categoria dinâmica e contextual advinda de processos econômicos, sociais, políticos e culturais, os quais são produtores de diferentes formas de discriminação, injustiças e desigualdades sociais.

Conforme Ayres (2009b), o conceito considera que a exposição a fatores promotores de vulnerabilidade é resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que contribuem à maior suscetibilidade e exposição às vulnerabilidades, refletindo e, muitas vezes, facilitando o processo de adoecimento da população. Portanto, as análises de vulnerabilidade necessariamente envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados: o componente individual, o componente social e o componente programático/contextual.

Cabe destacar que as vulnerabilidades são multidimensionais, não são unitárias e não correspondem ao modelo “sim ou não”, há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus; a vulnerabilidade não é estável, as dimensões e os graus de vulnerabilidade mudam constantemente ao longo do tempo (AYRES, 2009b).

Deste modo, é necessário entender e intervir nos “processos que geram vulnerabilidades” (PORTO; PIVETTA, 2009, p. 219), pois a partir deles é possível verificar os processos de saúde-doença e suas articulações com os determinantes sociais da saúde, sendo este um objeto central do trabalho em saúde.

Destarte, o conceito de necessidades humanas básicas possui papel central para a apreensão das vulnerabilidades na sua totalidade. As necessidades humanas básicas são

categorias objetivas e universais, que devem ser satisfeitas concomitantemente, pois a sua não satisfação acarreta “[...] sérios prejuízos à vida material dos homens e à atuação destes como sujeitos (informados e críticos)” (PEREIRA, 2011a, p. 67). Nessa perspectiva, a mesma autora menciona que há somente duas categorias de necessidades básicas universais, que independem de interesses ou preferências individuais, que necessitam ser atendidas concomitantemente, sendo elas a saúde física e a autonomia⁷.

Pereira (2011a) faz menção às necessidades intermediárias, elaboradas por Doyal e Gough (1991), e as caracteriza enquanto mediações para a satisfação das necessidades humanas básicas, sendo elas: alimentação nutritiva e água potável; habitação adequada; ambiente de trabalho desprovido de riscos; ambiente físico saudável; cuidados de saúde apropriados; proteção à infância; relações primárias significativas; segurança física; segurança econômica; educação apropriada; e segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto (PEREIRA, 2011a). No entanto, é necessário ir além, pois há de se levar em consideração as necessidades locais de cada população, moldadas a partir dos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos de uma dada realidade, compreendendo os determinantes sociais em saúde (DSS) e sua relação direta com a população.

A apreensão dos DSS é tida como basilar à apreensão acerca das condições de saúde da população e do processo de saúde-doença. Por DSS entende-se “[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Cabe destacar que, no campo da saúde, há um consenso acerca da importância da dimensão dos DSS que foi sendo construído historicamente a partir de um amplo debate e disputas, especialmente pelos enfoques biológico e social do processo saúde-doença.

Há diversos enfoques acerca dos DSS, mas evidenciaremos a sistematização de

⁷ Por autonomia entende-se “[...] a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e pô-los em prática sem opressões. Isso se opõe à noção de autossuficiência do indivíduo perante as instituições coletivas ou, como querem os liberais, a mera ausência de constrangimentos sobre preferências individuais, incluindo no rol desses constrangimentos os direitos sociais que visam protegê-lo” (PEREIRA, 2011b, p. 70).

Dahlgren e Whitehead (1999 *apud* BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), que tem como base do modelo: i) as pessoas e suas características individuais (sexo, idade, fatores hereditários), o comportamento e os estilos de vida e a relação entre os fatores individuais e os DSS; ii) as redes de apoio (familiar e comunitária) e os fatores relacionados às condições de vida da população, ao trabalho, alimentação, acesso a bens e serviços essenciais (saúde, educação, assistência social, previdência social); iii) fatores macroestruturais (econômicos, culturais, ambientais), que também possuem forte incidência na condição de saúde da população.

Destaca-se a complexidade e a importância de compreender a amplitude conceitual dos determinantes sociais da saúde no cotidiano profissional na área da saúde, isso está mais concreto e palpável às equipes e gera desafios para o constante aprimoramento do trabalho interprofissional em saúde. Portanto, parte-se da compreensão acerca de vulnerabilidades, necessidades humanas básicas e dos determinantes sociais em saúde para dar visibilidade e permitir a compreensão do conceito ampliado de saúde, entendendo que este possui características complexas ao agregar aspectos individuais e coletivos e considerar aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais.

Entende-se que os processos sociais que envolvem as categorias acima são resultado do modo de produção capitalista, que é gerador de desigualdades. Portanto, compreendemos que o objeto de trabalho dos/as assistentes sociais são as múltiplas expressões da “questão social”, as quais entendemos como um

Conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. [...] expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características ético-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

O crescimento acelerado da produção de desigualdades, violências, privações e violações têm acentuado as expressões da questão social e as demandas para os trabalhadores da saúde, tornando essencial a apreensão acerca destes movimentos, bem como lutas e resistências para opor-se à realidade desigual que se coloca no cotidiano do trabalho

profissional.

Assistentes Sociais como partícipes dos processos de trabalho coletivo em saúde

Para viver em sociedade, o ser humano precisa de condições materiais de existência e reprodução. Tais condições são obtidas a partir de uma relação direta com a natureza, que permite a transformação de matérias naturais em produtos por meio de um processo que denominamos de trabalho.

Para a teoria marxista, o trabalho “[...] é atividade racional orientada para um fim, à produção de valores de uso, a assimilação de matérias naturais para a satisfação de necessidades humanas” (IAMAMOTO, 2015, p. 349). Portanto, é por meio do trabalho que se realizam as transformações sociais que, além de transformar o mundo objetivo, transformam o sujeito que opera a objetivação, e, portanto, também ele se (re)constrói.

O trabalho é parte de um processo que gera produtos previamente subjetivados pelo trabalhador. Assim, “[...] no processo de trabalho a atividade do ser humano opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de um instrumental de trabalho e está subordinada a um determinado fim” (WÜNSCH; MENDES, 2016, p. 72).

Sendo o trabalho uma mediação entre o homem e a natureza, há, nesse processo, uma relação entre o sujeito e o objeto que requer meios e instrumentos para que tal mediação se realize e alcance a sua finalidade. Destarte, se o produto do trabalho é objetivado antes mesmo da ação, é correto afirmar que o trabalho é uma atividade projetada teleologicamente e direcionada, conduzida a partir do seu próprio fim.

Partindo da concepção de que o trabalho se realiza em um processo, podemos compreender que o(a) assistente social se insere em diferentes processos de trabalho e, portanto, não realiza seu trabalho de forma isolada; seu trabalho “[...] é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras” (IAMAMOTO, 2015, p. 64).

Constata-se, no entanto, na requisição do trabalho, dois fenômenos relacionados ao

processo de trabalho: o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade)⁸. Conforme Oliveira (2011) é necessário compreender a diferença do trabalho prescrito do trabalho real. O “[...] trabalho prescrito é aquele determinado para ser executado pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar” (OLIVEIRA, 2011, p. 461). Em contrapartida, o trabalho real é aquele que se executa, que toma materialidade no processo de trabalho.

Há, portanto, um distanciamento entre o que é prescrito e o que é, efetivamente, a atividade real. Esse distanciamento se deve às condições físicas e materiais de se executar o que é prescrito. Ao apreender essa diferenciação, pode-se fazer uma análise sobre a totalidade dos processos de trabalho, compreendendo as contradições inerentes a eles, e verificar como o trabalho se desenvolve na realidade.

No campo da saúde, é frequente que os processos de trabalho sejam operados por equipes multiprofissionais, e verifica-se que há maior qualidade do trabalho e melhor alcance das finalidades quando esses processos são executados a partir de um trabalho interprofissional. A perspectiva de interprofissionalidade aqui adotada compreende que o trabalho interprofissional envolve membros de duas ou mais profissões, as quais possuem competências que se complementam em práticas colaborativas e visam objetivos em comum, tendo como foco e finalidade o atendimento das necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades (BARR; LOW, 2013). Deste modo, entendemos que a formatação das equipes é multiprofissional e o trabalho, em si, deve ser interprofissional.

No processo de trabalho coletivo em saúde, o objeto de trabalho é comum. No entanto, existem particularidades que são tomadas por cada núcleo profissional, ou seja, cada profissão toma para si o que é de seu campo de formação, não deixando, contudo, de dialogar e realizar um trabalho articulado com os outros profissionais, devido à importância do trabalho em

⁸ “No processo de trabalho, a tarefa compreende a prescrição, o comando e o que a organização oferece para execução desse trabalho. A atividade é a ação, a maneira como o trabalhador executa a tarefa que lhe é determinada” (OLIVEIRA, 2011, p. 461).

equipe para o alcance da finalidade dos processos de trabalho.

Conforme Grisci (2011, p. 453), o trabalho em equipe compreende a “[...] ação de um conjunto de pessoas a fim de atingir objetivos comuns, com responsabilidade e compromisso compartilhados, comunicação aberta e efetiva”. Portanto, o trabalho em equipe exige a valorização dos profissionais e de seus saberes, respeito às diferenças e concepções, assim como a valorização do esforço por cooperação e constante aperfeiçoamento profissional, a fim de que o desempenho do grupo seja maior do que a simples soma dos desempenhos individuais. Essa compreensão evidencia que o trabalho em equipe necessariamente deve ser realizado de forma interprofissional, e a natureza e alcance desse trabalho, indiscutivelmente, impacta na qualidade de atendimento às necessidades em saúde.

No entanto, essa organização do trabalho coloca desafios cotidianos para as equipes multiprofissionais, pois o processo exige a compreensão de sua finalidade, das especificidades e particularidades de cada disciplina e da importância da realização desse trabalho em equipe. Para tal, faz-se importante distinguir que a interprofissionalidade diz respeito à esfera da prática profissional onde se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, e a interdisciplinaridade refere-se aos diferentes saberes advindos das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento (PEDUZZI *et al.*, 2013).

No que diz respeito às especificidades do Serviço Social, verifica-se que os assistentes sociais trabalham sobre o conjunto das expressões da questão social que emergem de forma material na vida dos seres sociais. Deste modo, no âmbito da saúde, as expressões da questão social se tornam visíveis quando se retoma o conceito ampliado de saúde. Assim sendo, ao considerarmos as condições de vida da população, bem como o acesso aos bens e serviços sociais, são identificadas possíveis vulnerabilidades, privações e necessidades dos usuários. Portanto, os determinantes sociais em saúde são expressões da questão social e, conseqüentemente, objeto de trabalho dos/as assistentes sociais.

A questão social é determinada pela relação fundante do ser social e a contradição existente entre capital *versus* trabalho, permeada por resistência e luta de classes. Essa análise permite apreender as diversas formas de existência, meios e modos de vida, os quais são

criados e recriados com finalidade de alcançar melhores condições de sociabilidade, acesso a bens e serviços e maior distribuição da riqueza socialmente produzida. Deste modo, para compreender essas realidades, é necessário realizar análises que contemplem a totalidade. A categoria totalidade significa:

[...] de um lado, que a realidade objetiva é um todo coerente em que cada elemento está de uma maneira ou de outra, em relação com cada elemento e, de outro lado, que essas relações formam, na própria realidade objetiva, correlações concretas, conjuntos, unidades, ligados entre si de maneiras completamente diversas, mas sempre determinadas (LUKÁCS, 1967, p. 240).

Portanto, para desempenhar o trabalho em saúde, é imprescindível uma análise acerca da totalidade dos processos sociais, observando os fatores determinantes e condicionantes de saúde, a fim de promover o cuidado integral, pois os objetos são apresentados pelos sujeitos que os vivenciam, objetiva e subjetivamente no cotidiano das relações, das mais variadas formas. Segue, assim, que, no trabalho em saúde, a compreensão acerca das complexidades do ser social, bem como das objetividades e subjetividades distintas, exige que o trabalho seja coletivo e reflexivo, e que haja a fusão entre os saberes e tecnologias.

Ao tratarmos o trabalho na saúde, entende-se que “[...] o processo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil” (COSTA, 2009, p. 308). Portanto, é a partir desta condição histórica que se analisa e compreende as mudanças organizacionais e políticas que perpassam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Costa (2009), atualmente, o modelo de organização da Política de Saúde, ao mesmo tempo em que atende as reivindicações históricas da sociedade civil, demonstra fortes contradições, dentre as quais o autor aponta a demanda reprimida/exclusão, precariedade de recursos financeiros e humanos, burocratização do acesso e ênfase na assistência médica curativa e individual.

Conforme o documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, verifica-se que ambos

os projetos de saúde (Privatista e Reforma Sanitária) apresentam distintas requisições aos profissionais assistentes sociais. Cabe aqui ressaltar que o projeto ético-político da profissão dialoga com o projeto de Reforma Sanitária, requisitando dos profissionais posicionamento frente à demanda solicitada pelo projeto privatista de saúde. No entanto, existem demandas históricas que são postas para assistentes sociais e que não necessariamente são suas atribuições, seja no âmbito da natureza técnico-administrativa ou naquelas que demandam outro tipo de formação específica⁹.

Verifica-se que muitas demandas são atribuídas a assistentes sociais, e essas se tornam mais complexas no cotidiano profissional, podendo, por vezes, resultar num pragmatismo profissional, levando a “[...] funções compatíveis com ações irrefletidas, reiterativas, paliativas, instrumentais, até utilitárias, nas quais a resolução imediata em face dos conflitos deve se expressar no lócus institucional, tornando-se o parâmetro da eficiência e da competência” (RAMOS; FORTI, 2018, p. 92).

O profissional, então, precisa estar atento às demandas dos usuários e suas determinações sociais, valendo-se de uma análise crítica que supere o imediatismo e que resulte em intervenções capazes de captar a amplitude dos processos sociais.

No exercício da profissão, cabe aos assistentes sociais a formulação de estratégias que busquem reforçar a saúde enquanto direito social, atentando para que o trabalho profissional esteja articulado com o projeto ético-político da profissão, dialogando com os demais projetos societários da classe trabalhadora e, principalmente, com o projeto de Reforma Sanitária. Em linhas gerais, conforme destacam Ramos e Forti (2018), compete aos assistentes sociais interpretar a realidade na sua totalidade, levando em consideração as mudanças societárias e

⁹ Conforme Matos (2009), as requisições do trabalho de assistentes sociais são direcionadas, entre outras demandas, para marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulâncias para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o/a assistente social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção).

visando compreender a dinâmica dos processos sociais, o que permite inferir que a “[...] finalidade desse profissional na área da saúde comporta o desvelamento dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença” (RAMOS; FORTI, 2018, p. 96).

O trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a Assistente Social: resultados e discussão

Esta seção será apresentada com base em três categorias empíricas identificadas no decorrer do processo de análise das informações¹⁰ do estudo: a) demandas e necessidades em saúde; b) o trabalho do/a assistente social e sua particularidade; e c) o conceito ampliado de saúde, suas potencialidades e desafios para o trabalho interprofissional.

Este estudo contou com a participação de nove profissionais residentes em saúde das seguintes profissões: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina e Psicologia. Os participantes eram provenientes do mesmo hospital, inseridos em dois Programas de Residência em Saúde (Multiprofissional e Médica). Foram entrevistados um profissional residente de cada profissão da residência multiprofissional, sem distinção do ano de inserção (R1/R2), e dois residentes da residência médica (R1/R2/R3). A escolha dos participantes foi por meio de sorteio, mediante técnica de amostra não probabilística, por conveniência, a fim de dar representatividade ao grupo de estudo. Tivemos a perda amostral de um participante, por indisponibilidade do sorteado. Os participantes estão identificados como P01 a P09.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa¹¹ da Instituição e demonstrou risco mínimo aos participantes, tendo como benefícios a contribuição para a produção de conhecimento e qualificação do trabalho profissional, refletindo na atuação profissional nos processos de trabalho coletivo em saúde.

¹⁰ Neste trabalho, iremos utilizar a expressão “informações” por entendermos que os resultados da pesquisa não são “dados” passíveis de quantificação.

¹¹ Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa mediante CAAE nº 05025218.7.0000.5327.

Demandas e necessidades: construindo coletivamente o conceito ampliado de saúde

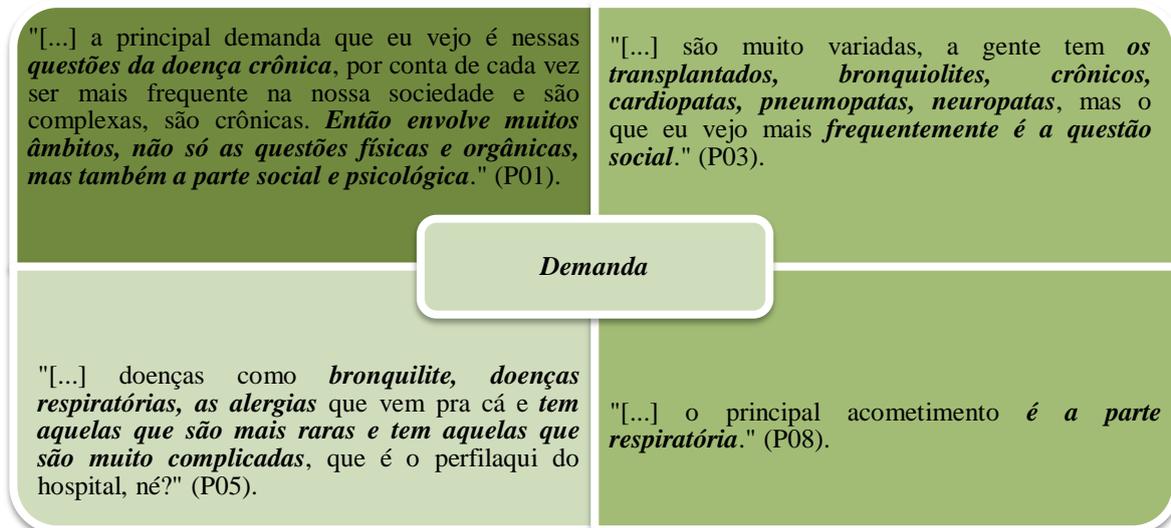
Os achados da pesquisa nos convocam a pensar sobre o que é “demanda de saúde” e “necessidade de saúde” pois surgem como expressões sinônimas. Conforme Cecílio (2006, p. 120), “[...] a demanda é o pedido explícito, a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário. [...] A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames”. Assim, a demanda é a expressão do imediato, o pedido explícito e mais aparente – o que ficou evidenciado a partir do discurso dos sujeitos da pesquisa.

A maioria dos entrevistados entende as doenças crônicas como a principal demanda do serviço de Pediatria. Dentre as doenças crônicas especificadas pelos entrevistados, destacam-se a fibrose cística, hidrocefalia, diabetes melito, deficiências auditivas e visuais, paralisia cerebral, malformações congênitas, cardiopatias congênitas e doenças renais (incluindo usuários em lista para transplante ou a recuperação dos já transplantados).

Há coerência dessa realidade apresentada com os mais recentes relatórios de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), os quais indicam que as taxas de mortalidade infantil foram reduzidas ao longo das últimas décadas em nível mundial. Isso está atribuído à diminuição da mortalidade relacionada a doenças agudas, tais como infecções respiratórias, diarreia, prematuridade, entre outras. No entanto, o percentual de mortalidade infantil relacionado a doenças crônicas é estável ou até mesmo crescente em alguns países. Conforme González e López-Herce (2019), estudos demonstram que em alguns países a mortalidade infantil relacionada às condições crônicas aproxima-se a 50%. Em menor frequência, os entrevistados deste estudo referiram as doenças agudas respiratórias, bronquiolites, gastroenterites, alergias alimentares, contaminações por vírus e infecções, traumas por queda e/ou agravos de violência como sendo demandas do serviço de Pediatria.

No Quadro 1 são evidenciadas algumas informações sobre as principais demandas identificadas:

Quadro 1 – Classificação de demanda



Fonte: elaboração própria dos autores

Portanto, podemos definir, com base nos resultados da pesquisa, que a demanda em saúde nos serviços de alta complexidade acaba sendo pelo tratamento clínico das doenças agudas e crônicas. No entanto, verifica-se que os usuários vivenciam condições de vulnerabilidades sociais, as quais incidem no processo de saúde-doença e muitas vezes complexificam e dificultam o processo de recuperação do usuário.

Deste modo, é necessário identificar as necessidades em saúde que estão para além das demandas imediatas, objetivando

[...] a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido, pela equipe (CECILIO, 2006, p. 120).

Posto isso, cabe ressaltar que as necessidades em saúde, mesmo que expressas individualmente, são frutos de um processo social dialético e historicamente construído. Consequentemente, a apreensão destas torna-se um desafio para as equipes de saúde, pois

exige, para além da compreensão, o atendimento e satisfação das necessidades em saúde.

As necessidades em saúde são singulares, sendo inevitável adotar uma classificação que contemple a amplitude conceitual. No entanto, Cecílio (2006) nos convida a refletir a partir do reconhecimento de quatro grandes aspectos ou conjuntos.

O primeiro aspecto diz respeito às condições de vida, aos fatores externos, ambientais que impactam no processo saúde-doença, tais como os modos e meios de vida e acesso à riqueza socialmente produzida; o segundo aspecto diz respeito às tecnologias em saúde (leves, leve-duras, duras), bem como ao seu valor de uso na vida da população, sendo este definido a partir das suas necessidades em saúde; o terceiro aspecto é relativo aos vínculos afetivos e efetivos que são estabelecidos entre usuários-equipes-serviços; e o quarto aspecto se refere à construção de níveis elevados de autonomia e reconstrução dos sentidos da vida e do viver, assim como à luta pela satisfação das necessidades em saúde (CECILIO, 2006).

Portanto, a necessidade é tudo aquilo que está implícito na demanda imediata e que envolve os diversos âmbitos da vida humana e, ainda, que articula os quatro grandes aspectos acima descritos. Isso ficou demonstrado nas informações obtidas na pesquisa.

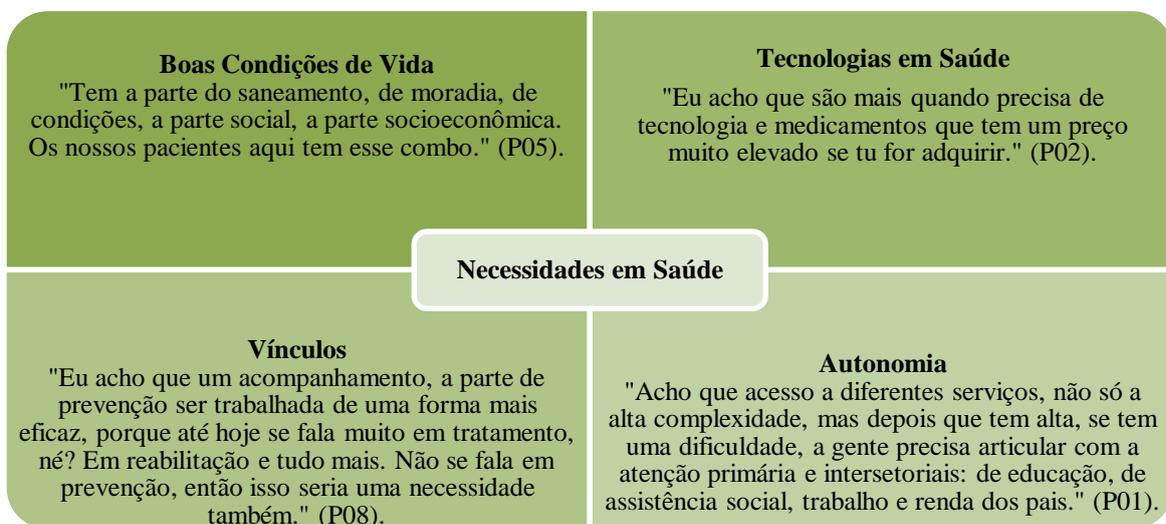
Ao serem questionados sobre as principais necessidades dos usuários do serviço de Pediatria, levando em consideração o contexto social em que estão inseridos, os entrevistados mencionaram que a principal necessidade é por um acompanhamento da Rede Básica de saúde, o que, na concepção dos entrevistados, evitaria o número de internações e diminuiria a taxa de reinternações.

O acesso a diferentes serviços da rede de saúde e intersetorial, de modo a garantir os direitos à alimentação adequada, transporte, habitação, educação, trabalho, renda, fortalecimento de vínculos familiares, acesso a medicamentos e tecnologias duras, acesso à informação e orientação qualificada e o acolhimento integral foram citados como de extrema importância para a manutenção da saúde da população pelos entrevistados.

Ficou explícito que, para além do atendimento às demandas, é imprescindível o atendimento das necessidades humanas. E, como desafio para a satisfação das necessidades,

os entrevistados mencionaram que é necessário fortalecer a prevenção em saúde por meio da rede básica de saúde, com a interlocução da rede intersetorial. Conforme destacado no Quadro 2, as informações obtidas na pesquisa nos levam à constatação da articulação dos quatro aspectos descritos por Cecílio (2006):

Quadro 2 – Aspectos das necessidades em saúde



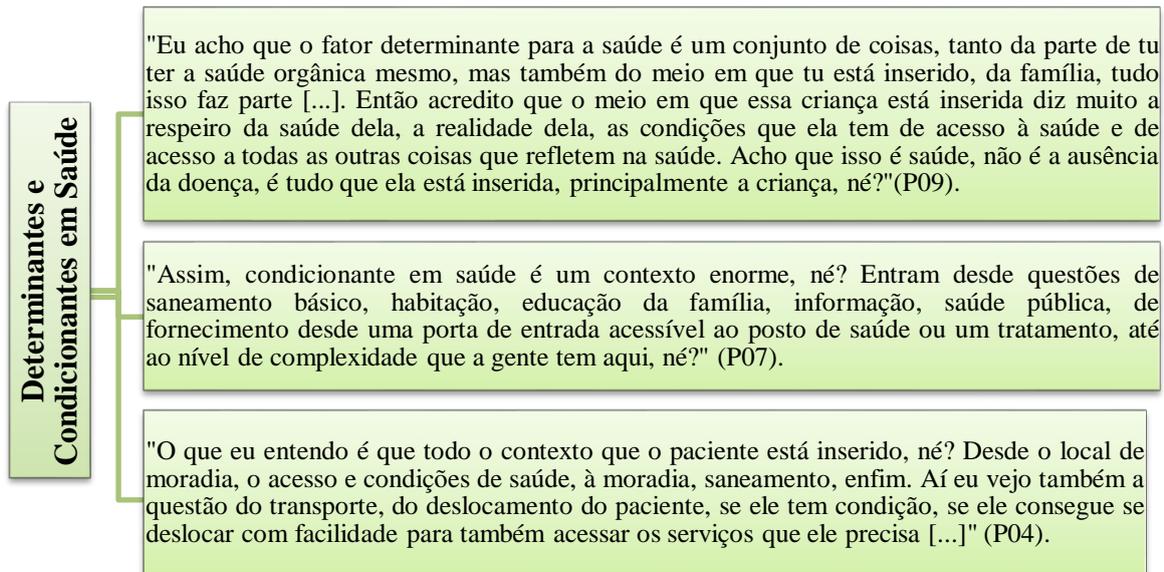
Fonte: elaboração própria dos autores

A partir desses relatos, verifica-se que o conceito ampliado de saúde está presente no cotidiano dos residentes, e que a abordagem do trabalho visa à integralidade do cuidado em saúde. No entanto, a integralidade não depende apenas de uma equipe ou serviço de saúde e, conforme mencionado anteriormente, é necessário (re)pensar as redes de proteção social e as políticas sociais que a compõem, numa dimensão intersetorial.

Pode-se constatar que a totalidade dos entrevistados trabalha a partir de uma compreensão de saúde compatível com o conceito ampliado de saúde, com base na apreensão dos determinantes sociais em saúde. Verifica-se também que há inúmeras dificuldades encontradas no cotidiano dos trabalhadores, as quais se tornam desafios postos pela conjuntura das políticas sociais públicas, que sofrem um crescente desinvestimento, bem como a diminuição de recursos pactuados.

O Quadro 3 traz três relatos que refletem essas questões.

Quadro 3 – Concepção de DSS



Fonte: elaboração própria dos autores

Os determinantes e condicionantes em saúde apontados nas narrativas acima evidenciam que, para além da saúde física, outros fatores estão associados. Verifica-se que, para os entrevistados, os fatores que determinam e condicionam a saúde da população “são um conjunto de coisas” (P09), ou, conforme Cecílio (2006), “cestinha de necessidades” e, portanto, envolve tanto as questões materiais quanto as subjetivas/relacionais.

É nesta relação que se manifestam as questões relacionadas ao meio onde os sujeitos estão inseridos, modos e meios de vida, relações familiares, condições de acesso à saúde nos diferentes níveis de complexidade, acesso ao saneamento básico, moradia adequada, alimentação, entre outros, que se encontra o eixo central do processo de saúde-doença, que vai para além da ausência de doença.

Tais aspectos evidenciam a necessidade de pensar o sistema de saúde como uma rede de múltiplas entradas, fluxos e conexões intersetoriais. Entretanto, também é necessário

considerar que o sistema está tensionado por uma lógica de “pirâmide”, com níveis de complexidade crescentes e hierarquizados.

Considera-se necessário, no entanto, superar a lógica de que o lugar que oferta o serviço “mais complexo” é o lugar de finalização do atendimento, que atende demandas pontuais, especializadas e específicas e, por isso, estaria “descompromissado” com a integralidade, fazendo, no máximo, e quando faz, a contrarreferência para o serviço que encaminhou (CECILIO, 2006).

Ao analisar as respostas dos residentes, verifica-se que o hospital ocupa um lugar importante e privilegiado na rede de saúde e que, por mais que encontre dificuldades, ao ser comparado com os serviços de menor nível de complexidade, vê-se que sua capacidade de garantir o atendimento é maior. Deste modo, é necessário fortalecer a luta por uma Política de Saúde que trabalhe na perspectiva de promoção de saúde e prevenção de doenças e/ou agravos de saúde. Isso pode ser verificado nas falas abaixo:

A gente dá alta aqui, para um paciente do alojamento conjunto, orientando que no sétimo dia precisa fazer a primeira consulta no posto. [...] **Daí depois você vai ver na realidade, se tu vais lá do outro lado, no posto, essa consulta foi agendada com três, quatro meses e às vezes nem tem pediatra para agendar.** Então, eu acho que é essa parte básica que faria toda a diferença para depois evitar essas demandas maiores de infecção, trauma e outras que a gente acaba atendendo muito aqui na pediatria. Acho que atualmente é essa a parte que mais falta! (P09).

[...]. Acho que as principais necessidades ainda são as básicas, as primárias, né? Depois que sai daqui e vai para casa, como se organiza, né? Como fica o emprego, como que fica a renda dessa família, como que fica a atenção psicológica dessa família na rede de atenção primária? Então, eu acho que as necessidades intersetoriais são as principais (P01).

Deste modo, fica evidente que é necessário, independentemente do nível de atenção, atender a integralidade dos sujeitos, tendo em vista que, para a efetivação das necessidades em saúde, não se depende apenas de um serviço, mas sim de uma “articulação em rede, institucional, intencional, processual” (CECILIO, 2006, p. 123).

No cerne da discussão, verifica-se que não há universalidade do acesso e integralidade

do atendimento se não houver equidade. Neste trabalho, entende-se que equidade diz respeito à “[...] superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas” (MALTA, 2001, p. 135-136 *apud* CECILIO, 2006, p. 124), e, portanto, é necessário que as necessidades singulares sejam atendidas por meio das políticas sociais.

Conforme os entrevistados, é unânime a afirmativa de que o cuidado em saúde deve ter como objetivo o olhar à totalidade do sujeito, e que a atenção seja integral. As informações da pesquisa demonstram que as concepções de integralidade estão de acordo com o conceito ampliado de saúde e que não é possível atender à demanda em saúde se não se olhar a integralidade do usuário e, deste modo, ampliar a assistência em saúde de modo que atenda às necessidades em saúde.

Ao analisar o lugar da integralidade entre os princípios doutrinários do SUS, Ayres (2009a) afirma que os princípios do SUS são mutuamente interligados, pois a universalidade nos exige o acesso para todos, a equidade requer o atendimento de todas as necessidades singulares, e a integralidade é um desafio que exige a reflexão sobre “o que fazer” e “como fazer” para responder às necessidades dos usuários.

Tais princípios serão possíveis de serem alcançados se houver, em primeiro lugar, o reconhecimento do usuário enquanto um sujeito de direito, que traz consigo uma história particular, com necessidades particulares. Compreendido isso, faz-se necessário ter uma escuta qualificada e diálogo com as gestões dos serviços.

Deste modo, verifica-se que a qualificação dos processos de trabalho em saúde se associa à capacidade técnica que os trabalhadores têm de traduzir e trabalhar com as necessidades em saúde e não apenas com as demandas em saúde, tomando para si o que é de sua competência profissional, mas entendendo que também há aspectos comuns a todas as profissões.

Assim, no próximo item iremos apresentar o que a pesquisa apontou acerca das atribuições do/a assistente social inserido nos processos de trabalho coletivo em saúde.

O trabalho do/a assistente social na internação pediátrica: reflexões a partir da concepção de residentes em saúde

A missanga, todos a veem. Ninguém nota o fio que, em colar vistoso, vai compondo as missangas. Também assim é a voz do poeta: um fio de silêncio costurando o tempo.
Mia Couto, 2009, p. 06.

Diante da proposta que norteia este artigo, é analisada a percepção dos residentes em saúde acerca do trabalho do/a assistente social na unidade de internação pediátrica, bem como o enviesamento da compreensão de suas atribuições profissionais. Compara-se tal concepção ao que, conforme a epígrafe acima e expressa no título desse artigo, chamaremos de (in)visível, pois, assim como a voz do poeta, também é o trabalho do/a assistente social, um fio condutor, como no colar de missangas.

O presente nos convoca a ter coragem de transformar o nosso conhecimento em conhecimento partilhado. Portanto, é preciso elucidar e deixar visível “[...] o que nós sabemos e assumir que sabemos, pois o saber que o Serviço Social domina vem de todos os seus conhecimentos teórico-metodológicos, mas vem também do conhecimento da realidade onde atuamos” (MARTINELLI, 2006, p. 15).

Verifica-se que a inserção de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais garante maior visibilidade às realidades sociais, em particular aos modos e meios de vida da população, bem como evidencia os determinantes sociais e econômicos que se atravessam na vida dos sujeitos e impactam nos processos de saúde-doença.

Constata-se, também, que o que particulariza o trabalho dos assistentes sociais é a apreensão da dimensão da totalidade nos processos sociais, conectando o modo e meio de vida da população com as situações que se apresentam no serviço de saúde. Deste modo, o/a assistente social evidencia a necessidade de aprofundamento das análises, na sua totalidade, e contribui para que novas abordagens de cuidado sejam efetivadas, tendo como eixo central o

sujeito, portador de individualidades e participe de um processo social que é desigual e expressa múltiplas singularidades.

Nesse sentido, os entrevistados indicaram que a contribuição do trabalho do/a assistente social está na compreensão ampliada dos modos de ser e viver da população; ou seja, no âmbito do Serviço Social, há uma visão crítica e de totalidade dos seres e dos processos sociais. A fala abaixo é bastante exemplificativa e traduz tal concepção:

[...] eu acho que **vocês quando fazem todo esse estudo**, acabam indo atrás desses serviços que tem disponível nesse território da pessoa. **Faz tipo um panorama do contexto da família, do local onde ela vive, da rede e não só da rede de saúde**, porque dependendo da idade da criança tem que ver a escola, creche. **É pensar o todo, uma pessoa não só como uma pessoa com uma doença, mas uma pessoa vivendo em um local** (P06, grifos nossos).

No entanto, a partir da aproximação da realidade¹² em sua totalidade, faz-se necessária a realização de mediações, visando compreender o movimento do real. Com a mediação, busca-se apreender as formas de existência e condição de vida, bem como as formas e possibilidades de participação social, cultural e econômica.

Porém, conforme ressalta Kosik (2002), a realidade não se apresenta diante de nós de forma explícita, é preciso desvendá-la, compreendê-la: “[...] acumular todos os fatos não significa conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem, ainda, a totalidade” (KOSIK, 2002, p. 44).

Com base nas informações da pesquisa, pode-se verificar a preocupação dos profissionais com relação à realidade dos usuários, bem como com a apropriação desta por parte desses profissionais, sendo que, muitas vezes, isso só é possível a partir da contribuição do trabalho do/a assistente social:

Eu acho que é muito importante o assistente social, o que ele nos coloca. Às vezes a gente para ler toda aquela evolução que vocês colocam e tu fica pensando: Nossa, eu já sabia que era ruim a condição do paciente, mas ela é muito pior! Então, eu acho que nos colocar a par daquela realidade do

¹² “O conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de crítica, interpretação e avaliação de fatos – processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos” (KOSIK, 2002, p. 54).

paciente e fazer esse nosso contato maior, o link entre a realidade do paciente que muitas vezes a gente fica pensando no hospital, na doença do paciente, no antibiótico que ele está usando e a gente esquece um pouco da realidade dele e o quanto isso está influenciando no tratamento dele e fazer esse link da gente com a realidade. (P09).

Portanto, o trabalho do/a assistente social possibilita estabelecer uma mediação entre a situação apresentada no ambiente hospitalar e a realidade cotidiana dos usuários. Conforme Kosik (2002, p. 55) “o fato é a cifra da realidade” e, portanto, o fato – ou situação apresentada – carece de interpretação, visando compreender a realidade.

Trabalha-se numa perspectiva que visa ir além da imediatez expressada na demanda, além da aparência dos fatos, e que, portanto, visa o mediato (concreto), pois, ao ir além do imediato, é possível superar a invisibilidade dos processos sociais, a fragmentação e o pragmatismo do trabalho coletivo em saúde, tornando, assim, o trabalho mais integral. Deste modo, é necessário realizar leituras de realidades que contemplem a totalidade dos processos sociais e, a partir disto, realizar as mediações necessárias. Conforme Pontes (1995, p. 81), “[...] a totalidade é essencialmente processual, dinâmica, cujos complexos, em interação mútua, possuem um imanente movimento”, e a mediação está presente e surge nestes processos complexos e possui um “alto poder de dinamismo e articulação”.

A inserção de assistentes sociais em equipes multiprofissionais se dá mediante a prestação de consultoria/assessoria¹³, mas não se restringe a isso, pois a organização do trabalho interprofissional permite que os profissionais estejam inseridos nas equipes de trabalho. Ao questionar sobre as situações nas quais os/as assistentes sociais estavam inseridos nas equipes, obteve-se tais respostas dos entrevistados:

Todas (risos). Os casos que eu atendo, o Serviço Social está inserido, ou faz uma avaliação ou está acompanhando o caso (P01).

Então como está inserido na equipe, não é só... A gente trabalha como consultoria, mas não é só uma consultoria! A gente está inserida na equipe, eu acho que é mais, entendeu? (P04).

¹³ No âmbito do Serviço Social, cabe ao consultor: “[...] pôr instrumentos que possibilitem o desvelamento do movimento da realidade social, ocultado pelo movimento cotidiano das relações sociais, o que faz parecer inexistentes quaisquer alternativas e possibilidades de ação profissional” (VASCONCELOS, 1998, p. 127).

Essa inserção nas equipes possibilita maior visibilidade ao trabalho e possibilita maior integração dos saberes e disciplinas, garantindo a execução de um trabalho interprofissional.

Ainda, conforme as entrevistas a seguir, há uma dimensão pedagógica no trabalho do/a assistente social. Segundo Yazbek (2003, p. 150), o “[...] assistente social é o intermediador direto tanto no atendimento concreto às necessidades apresentadas, como responde pelo componente socioeducativo que permeia a produção dos serviços assistenciais.”

A gente tem muito a solicitação do Serviço Social, **tanto na questão de educação dos pacientes** para pós-alta, quanto na articulação de demandas para aquisição de medicamentos, ou com alguma tecnologia que o paciente precisa (P01).

O que eu vejo bastante, e vejo que fazem isso, **também é a questão do trabalho de educação com as equipes**, né? Eu acho que não só na assistência, mas o Serviço Social está ali junto, educando as equipes, falando o que é demanda social e se tem ou não, se insere em *rounds* e discute os casos (P02).

Portanto, a dimensão pedagógica do trabalho profissional envolve um conjunto de valores éticos, políticos, ideológicos e culturais, sendo que “[...] a dimensão educativa do trabalho do/a assistente social caracteriza-se, não só pelas informações que transmite, mas, principalmente, pela possibilidade de trabalhar a maneira de ver, de pensar, de sentir e de agir dos usuários” (NICOLAU, 2005, p. 24) – e não só em relação aos usuários, mas fazendo mediações importantes também no interior das equipes que compõem.

No que tange as atribuições profissionais do/a assistente social, verifica-se que os residentes em saúde compreendem as competências profissionais e reconhecem a importância de assistentes sociais estarem inseridos nas equipes de trabalho. Mediante pesquisa, pôde-se categorizar o trabalho do/a assistente social em diferentes competências profissionais, quais sejam: articulação intersetorial, defesa dos direitos sociais e direitos humanos, consideração de situações de violência e violação de direitos, e orientação para o acesso aos recursos institucionais, conforme demonstrado no Quadro 4.

Essas falas exemplificam a concepção dos residentes acerca das atribuições profissionais dos/as assistentes sociais. Verifica-se que esse profissional atua na construção dos fios visíveis e invisíveis, trabalha no que é de sua particularidade, mas também coopera no que é comum a todos os profissionais, dando sentido às realidades e, conseqüentemente, contribuindo para a construção destas.

Quadro 4 – Sistematização das competências profissionais do/a Assistente Social

<p>ORIENTAÇÃO SOBRE O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS:</p>	<p><i>“Eu vejo muito quando é preciso medicação e tecnologias, para usar em casa, o Serviço Social é uma chave para isso. O pessoal, mesmo da saúde, não conhece muito bem os direitos que os pacientes têm. E acredito que as maiorias dos pacientes também não sabem dos seus direitos. Então o Serviço Social quando entra com as informações, com as articulações e orientações, eu acho que, eu acho não... Eu tenho certeza que é fundamental!” (P02).</i></p> <p><i>“Mas eu vejo, principalmente, quando envolve uma questão financeira, pois tem alguns benefícios do tipo BPC, Bolsa Família e, enfim, algum suporte para a família” (P03).</i></p>
<p>SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS:</p>	<p><i>“[...] em casos de violência, além da Psicologia, vocês que tem um envolvimento maior nas questões de abuso, abuso de poder, abuso sexual, negligência, acho que até uma violência que não é proposital, digamos assim, uma violência que a família não consegue prover e por si só se torna uma violência/negligência.” (P03).</i></p> <p><i>“Assim, tem as situações mais gritantes, quando a gente suspeita de alguma coisa de maus-tratos, de abusos, de negligência. [...] Um pouquinho também a ausência da família durante a internação.” (P07).</i></p>
<p>DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS:</p>	<p><i>Eu acho que essas situações que, de novo, fogem do “padrão” que eu falei antes. Porque, às vezes acaba que a equipe traz um preconceito, quando tu não tem noção daquela vivência, às vezes tu não tem empatia por falta de conhecimento e, muitas vezes, por vocês trabalharem com isso e saberem como é na prática vocês conseguem trazer uma visão diferente. Eu acho que acaba então, diminuindo certos preconceitos e quebra alguns tabus.” (P03).</i></p>
<p>ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL:</p>	<p><i>“Eu vejo que vocês fazem bastante contato com o restante da rede, né? Com a unidade básica de saúde, com os CAPS vocês fazem contato quando precisa de outras informações e, principalmente, assim que eu não vejo nenhuma outra pessoa fazendo contato é com o judiciário. Assim, não vejo nenhuma outra pessoa tendo essa capacidade, essa atribuição, além do assistente social. Na maioria das vezes é o assistente social que se comunica com a parte externa.” (P05).</i></p>

Fonte: elaboração própria dos autores

(Re)Pensando o trabalho interprofissional e a materialização do conceito ampliado de saúde

A equipe multiprofissional e o trabalho interprofissional são de suma importância para a materialização do conceito ampliado de saúde, havendo potencialidades e dificuldades nesse processo. Nesse sentido, os residentes entrevistados trouxeram esses fatores, assim como as contribuições de cada núcleo profissional para o trabalho coletivo em saúde.

Ao serem questionados sobre a importância da integralidade, todos os entrevistados mencionaram que essa dimensão é fundamental no trabalho em saúde, pois proporciona um bom desfecho ao tratamento e atenção humanizada para com os sujeitos envolvidos. Ficou evidente que não se trabalha apenas na perspectiva curativa e que os profissionais investem na educação dos usuários/pacientes e famílias, o que é avaliado como um ponto positivo nos processos de cuidado.

É consenso entre os entrevistados a necessidade de “olhar o todo”, concebendo os usuários como partícipes de uma trama social, advindos de um território com particularidades, modos e meios de vida singulares, bem como enquanto partícipes de redes de apoio intersetorial e/ou familiar.

Foram apontados alguns desafios que são postos no cotidiano profissional e que, muitas vezes, são empecilhos para se “olhar o todo”. Tais desafios revelam que a qualidade do serviço prestado vai além das aspirações individuais e depende das condições que os profissionais possuem para exercer o seu trabalho. Assim, verifica-se que a integralidade é uma potencialidade, mas, ao mesmo tempo, é um desafio para os profissionais.

[...] eu acho que a integralidade ainda é um desafio. E acho que ainda vai ser por um bom tempo ainda, pois primeiro a gente precisa ter bem claro o nosso papel, o papel do outro e como esses papéis vão se conversar [...] (P01).

A fala abaixo traz o que os profissionais entendem por integralidade:

Eu acho que é de tu saber que o paciente é muito mais do que aquela doença que tu está tratando, que essas outras coisas influenciam muito no tratamento da doença em si, por mais simples que ela seja, se tu não está observando o todo dele, de onde está inserido, tu pode estar deixando passar várias coisas

que são importantes e que determinam a saúde dele também. **Então, eu acho que é sempre tu ver além daquele paciente, não só aquilo que tu estás tratando ali, de tu ter a noção que ele é muito mais do que isso** (P09).

Conforme já apontado, o trabalho do/a assistente social contribui para superar e ir além do imediato, das questões expressas pela demanda mais aparente. Deste modo, a integralidade é alcançada quando o trabalho passa a ser de fato coletivo e se volta para as necessidades visíveis e invisíveis que impactam e determinam as condições de saúde da população.

No que tange às possibilidades para a efetivação da atenção integral, verifica-se que essas extrapolam a intencionalidade do trabalho dos profissionais de saúde. Isso pode ser observado na seguinte fala:

A gente sabe que tem muitos fatores envolvidos dentro dessa integralidade e a gente até tenta dar uma atenção, mas não é o ideal, né? (P07).

É importante analisar e ter clareza acerca dos recursos institucionais, investimentos na área da saúde, bem como das novas práticas e abordagens em saúde, a fim de que o trabalho interprofissional contemple a integralidade da atenção. Nesse sentido, dentre os desafios apontados pelos entrevistados, com maior frequência surgiram a) o acesso ao sistema de proteção social e seus serviços no que tange a busca de direitos e a burocratização para o acesso; b) a falta de uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde; c) as lacunas existentes dentro das políticas sociais; d) a dificuldade de dialogar com os outros serviços da rede intersetorial; e) a dificuldade para realização de reuniões ampliadas; e f) a judicialização da saúde. Em menor frequência, surgiram como desafio a motivação e a disposição dos/as trabalhadores/as.

Quando questionados sobre a contribuição dos núcleos profissionais para o trabalho coletivo em saúde, os entrevistados evidenciaram que o todo é a complementação e articulação de saberes, disciplinas e práticas de cuidado em saúde, superando a lógica de que o todo é um “amontoado de partes”.

Eu vejo uma pessoa como um todo. Eu vejo que a questão clínica é uma

questão mega importante, mas se a questão psicológica não está boa, não vai fluir. Ou, se as duas estiverem boas, mas a questão de vulnerabilidade social, tanto financeira ou quanto de apoio familiar e lá fora não fluir, a pessoa não vai ter condições para desenvolver as habilidades. Então, eu acho que se a gente quer tratar o paciente e resolver o problema vendo ele como um ser humano e não como uma patologia, a integralidade é essencial. (P03)

Com base nas informações obtidas, verifica-se que todos os profissionais possuem saberes técnicos distintos e que se complementam, e todos reconhecem que possuem papéis comuns e complementares entre si no que tange aos processos de trabalho. Deste modo, fica evidenciada a importância de cada núcleo profissional no processo de cuidado aos usuários.

Também se observou que a formatação das equipes de saúde no hospital estudado é multiprofissional, e que o trabalho é executado na perspectiva interprofissional, com abordagem interdisciplinar¹⁴. Dos nove entrevistados, cinco disseram que o trabalho é interprofissional, três mencionaram que há uma tendência para que o trabalho seja interprofissional, e um afirmou que o trabalho é dinâmico e, por vezes, interprofissional, havendo “momentos” em que fica evidenciada a troca de saberes das disciplinas, o que contribui para o trabalho coletivo em saúde.

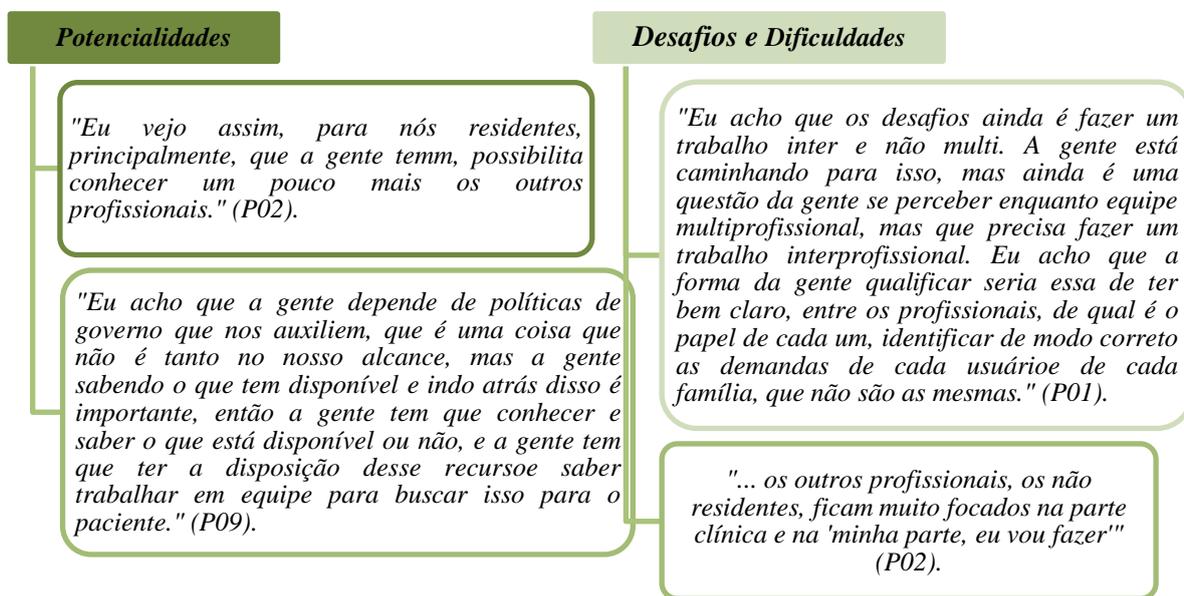
Em relação ao seu cotidiano de trabalho, os entrevistados mencionaram diferentes potencialidades, desafios e dificuldades. O Quadro 5 traz fragmentos das entrevistas que revelam esses apontamentos encontrados dia a dia do trabalho coletivo em nível mais assistencial, trazendo também os desafios diante da conjuntura sociopolítica do país, expressados de forma concreta nas políticas sociais.

Ao categorizar empiricamente as potencialidades do trabalho coletivo em saúde, verifica-se os seguintes grupos: os programas de residência em saúde; o vínculo das equipes de trabalho; a proatividade profissional e a comunicação efetiva; a capacitação e educação continuada e permanente; e o conhecimento de recursos das políticas sociais. Em relação aos desafios e dificuldades desse trabalho, pontuam-se: as falhas na comunicação; a falta de

¹⁴ Aprofundar o debate acerca da diferença conceitual destas categorias não é objetivo do nosso trabalho. No entanto, se torna necessário apontar tal diferença porque corriqueiramente são tratados como sinônimos. Conferir: Peduzzi, et. al. (2013) e Furtado (2007).

reconhecimento acerca das particularidades profissionais no âmbito do trabalho interprofissional; a assistência centrada na Clínica Médica; a falta de recursos institucionais (físicos e humanos); a alta demanda de trabalho; o número elevado de usuários em comparação ao número de profissionais; e o modelo de saúde médico centrado.

Quadro 5 – Sistematização das potencialidades, desafios e dificuldades do trabalho coletivo em saúde



Fonte: elaboração própria dos autores

A partir desta análise, reitera-se a necessidade de integrar os saberes como meio para se alcançar o trabalho coletivo em saúde. Fica evidente que a perspectiva uniprofissional e a fragmentação do trabalho em equipe são insuficientes diante das demandas e necessidades postas pelos usuários dos serviços, especialmente no que tange o trabalho com crianças e adolescentes, pois, sem a interprofissionalidade, não é possível pensar em um plano integral de saúde e de proteção a essa população.

Considerações Finais

Neste estudo ficou evidente que o cuidado às crianças e adolescentes exige atenção de equipe multiprofissional por meio de um trabalho interprofissional, assim como exige uma compreensão ampliada de saúde, que contemple a visualização e atendimento das demandas e das necessidades em saúde.

Percebe-se que o que particulariza o trabalho dos/as assistentes sociais é a apreensão da dimensão da totalidade nos processos sociais, conectando o modo e meio de vida da população com as situações que se apresentam no serviço de saúde. Deste modo, o trabalho evidencia a necessidade de aprofundamento das análises dos processos de trabalho em saúde, na sua totalidade, e contribui para que novas abordagens de cuidado sejam efetivadas, tendo como eixo central o sujeito, portador de individualidades e partícipe de um processo social, o qual é desigual e expressa múltiplas singularidades. Verificou-se também que os/as assistentes sociais realizam mediações a partir do desvelamento da realidade vivida pelos usuários/as e contribuem para que o trabalho da equipe de saúde supere o imediatismo, pragmatismo e puro tecnicismo.

É necessário destacar a necessidade do trabalho interprofissional para essa compreensão ampliada da saúde, considerando, portanto, a interdisciplinaridade; assim, aponta-se para o necessário conhecimento do que é comum e do que é particular das profissões envolvidas no cuidado em saúde. Neste panorama, surgem possibilidades, dificuldades e desafios concretos para a efetivação da integralidade.

Neste estudo, evidenciaram-se as dificuldades e desafios envolvendo, principalmente, o acesso e viabilização dos direitos sociais e empenho para o acesso e desburocratização das políticas sociais. Entende-se, assim, que é necessário que haja maior investimento no setor da saúde pública, a fim de que as demandas e necessidades sejam atendidas integralmente.

É importante resgatar que a integralidade diz respeito ao “todo”, o que significa a complementação e articulação dos saberes e profissões, de modo que se permita atender, traduzir, dialogar e encaminhar as demandas e necessidades dos usuários. Assim sendo, todos os profissionais, usuários e redes de proteção contribuem no processo de proteção, prevenção

e recuperação da saúde.

Verifica-se também que, no âmbito da saúde, especialmente no trabalho com crianças e adolescentes, a perspectiva do trabalho uniprofissional se mostra insuficiente diante das demandas e necessidades postas pelos usuários dos serviços.

No âmbito da formação profissional em serviço, em especial a residência multiprofissional em saúde, que abarca várias profissões da saúde, destaca-se a necessidade de analisá-la na perspectiva da educação interprofissional, de modo a contribuir para o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde. Percebe-se que o tema do trabalho em saúde, por vezes, vem sendo abordado de forma fragmentada e incipiente, prejudicando a compreensão da materialização do conceito ampliado de saúde e, conseqüentemente, repercutindo na efetivação do princípio da integralidade como modo de concretizar a saúde enquanto direito universal.

Recebido em dezembro de 2020 – aprovado em dezembro 2020

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a. p. 121-143.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009b.

BARR, Hugh; LOW, Helena. **Introdução à educação interprofissional**. Reino Unido: CAIPE, 2013.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

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

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social**

- e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 88-110.
- BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 117-130.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- COUTO, M. **O fio das missangas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu), v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.
- GONZÁLEZ, R.; LÓPEZ-HERCE, J. Mortality of patients with chronic disease: an increasing problem. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 6, p. 625-627, 2019
- GRISCI, C. L. I. Trabalho em equipe. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo**. São Paulo: Senzala, 1967.
- MARTINELLI, M. L. Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional. **Emancipação**, v. 6, n. 1, p. 9-23, 2006.
- MATOS, M. C. Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/UnB,

2009, p. 513-539.

NICOLAU, M. C. C. **O aprender do fazer: Serviço Social, trabalho profissional, formação e representações sociais.** Natal: EDUFRN, 2005.

OLIVEIRA, P. A. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: Zouk, 2011.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 4, p. 973-979, 2013.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas e questões.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

PORTO, M. F. S.; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 207-229.

RAMOS, A.; FORTI, V. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS, A.; FORTI, V. (Orgs.). **Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

VASCONCELOS, A. M. Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 56, 1998.

VIEIRA, E. A. **A república brasileira: de Getúlio a Lula (1951 – 2010).** São Paulo: Cortez, 2015.

WÜNSCH, D. S.; MENDES, J. M. R. Os elementos constitutivos do Processo de Trabalho. In: LEWGOY, A. M. B.; CARLOS, S. A. **Supervisão de estágio em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.