

O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais

Por Maria Dalva Horácio da Costa*

Introdução

Neste texto tratamos sobre a participação e inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no Sistema Único de Saúde. Trata-se dos resultados de uma pesquisa realizada junto aos serviços públicos de saúde, em Natal (RN), e que foram trabalhados originariamente em minha dissertação de mestrado¹.

Meu envolvimento com essa questão deriva da minha experiência profissional, ocasião em que compartilhei com outros(as) assistentes sociais de inquietações a respeito do conteúdo das ações do Serviço Social nas unidades de saúde. No discurso profissional, essas inquietações estão associadas à imprecisão da profissão (o que é, o que faz), cujos traços voluntaristas e empiristas, no entender de muitos(as) assistentes sociais, contribuem para fragilização e conseqüente desqualificação técnica do Serviço Social na área da saúde.

Ao refletir sobre o assunto observei que, paradoxalmente, enquanto ampliava-se o discurso sobre as fragilidades ou indefinições da prática profissional, também verificava-se um aumento significativo de contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde². Enquanto o discurso dos profissionais atribuía ao voluntarismo e ao empirismo da ação profissional a responsabilidade por uma possível desqualificação técnica do Serviço Social, o cotidiano institucional deixava patente a existência de um conjunto de demandas que

* Professora Assistente do Departamento de Serviço Social da UFRN, Mestre em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Saúde Pública pela ENSP/UFRN e Doutoranda em Serviço Social da UFPE.

1 - Dissertação de Mestrado elaborada sob a orientação Prof^ª. Dra. Ana Elizabete Mota, defendida em 1998 no Mestrado em Serviço Social UFPE, intitulada **Os elos invisíveis do processo de trabalho no I tico de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais ãa saúde pública de Natal (RN)**.

2 - Conforme revelam os relatórios do II Encontro Estadual de Assistentes Sociais da Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN-SSAP/RN, tanto em nível nacional quanto local, os assistentes sociais são a 4^ª.categoria de nível superior na composição das equipes de saúde, "perdendo" apenas paia médicos, dentistas c enfermeiros.

revelavam a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde.

Sobre essa disjunção, afirma Netto (1992:68) que "um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho", posto que uma profissão não "se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional".

Assim, o que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde.

No nosso entendimento, tais constatações expressam uma espécie de tensão entre o trabalho concreto e o "dever ser", representado no ideário dos profissionais de Serviço Social. No dizer de Netto (1992:68), é a revelação de que "ao longo de toda a evolução do Serviço Social profissional, a *tensão entre os 'valores da profissão e os papéis que objetivamente lhes foram alocados* resultou numa hipertrofia dos primeiros na auto-representação profissional, resultou num voluntarismo que, sob formas distintas, é sempre flagrante no discurso profissional".

Subjacente à idealização da ação do Serviço Social, parece haver mm desconsideração das condições objetivas sob as quais se desenvolve a prática profissional, no contexto de produção dos serviços públicos de saúde. Nesse caso, as condições objetivas dizem respeito ao caráter subsidiário da prática em relação às atividades-fins das organizações de saúde³ e às relações de subordinação inerentes à condição de trabalhadores assalariados.

3 - Embora o trabalho cooperativo em saúde venha ampliando a divisão social e técnica trabalho, com a incorporação de outras profissões e atividades tal incorporação se dá de forma subsidiária e/ou subordinada à direcionalidade técnica do trabalho do médico (cf. Gonçalves, 1990.).

Na base dessa questão, está implicada a desconsideração de que a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho em sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. A rigor, "o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades" (ABESS, 1996:24). Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde.

Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (ABESS, 1996:36).

A não-consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços de saúde, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais.

Em função desse argumento entendemos que apreensão das particularidades da atividade profissional remetem a discussão para o âmbito da natureza e das formas de inserção da profissão no interior das práticas desenvolvidas nas organizações de saúde. Já a questão da subordinação e do controle implicam em tratar a *atividade do profissional* como um trabalho que está sujeito às regras mais gerais que qualificam o trabalho assalariado na sociedade capitalista.

Essas conclusões nos levaram a tratar sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais no interior do processo de cooperação que assegura a dinâmica do trabalho coletivo nos serviços de saúde. Utilizo a categoria "cooperação" — seguindo a

tradição marxiana — para designar o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços⁴ tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais. É no interior desse processo que discutimos as particularidades da inserção do trabalho dos(as) assistentes sociais no processo de trabalho coletivo no SUS.

1. As Particularidades do Trabalho dos(as) Assistentes Sociais no SUS

Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991:2) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a *cooperação vertical* — diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia — e a *cooperação horizontal* — diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política-administrativa dos serviços de saúde, com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

Também defende o autor que a natureza e a abrangência do processo de cooperação horizontal e vertical vêm determinando o incremento do mercado de trabalho na área da saúde. Explica que, diferentemente de outras áreas de produção de bens e serviços, nas da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos em função dos novos.

4 - De acordo com a terminologia correntemente utilizada nos serviços de saúde, as unidades de serviço são unidades de atendimento direto aos usuários, entre as quais se destacam as Unidades Básicas de Saúde, os hospitais, os Pronto Atendimentos, os centros clínicos e/ou ambulatoriais especializados (dentre os quais se incluem os CAPS – Centros de Atenção Psico-social), os laboratórios e demais serviços de apoio ao diagnóstico, bem como os serviços de reabilitação.

Assim, a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho.

Se, em termos genéricos, esse quadro é explicativo do crescimento quantitativo de profissionais do Serviço Social na área da saúde, ele ainda é insuficiente para desvendar os modos e as formas de objetivação do trabalho dos(as) assistentes sociais no interior do processo de cooperação, constitutivo do trabalho coletivo nos serviços públicos de saúde. Aqui a nossa preocupação principal está voltada para as práticas dos diversos trabalhadores que conformam o trabalhador coletivo dos serviços de saúde, onde se inclui o assistente social.

Entendemos que o processo coletivo de trabalho 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 sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais.

Como afirma Laurell (1989:19), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológica, organizacional⁵ e política daquela prática social. Isto requer pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço⁶ cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho, merecem conceituações de natureza teórica e histórica.

Vale destacar que, diferentemente do processo de trabalho industrial, o processo de trabalho dos serviços se funda numa inter-relação pessoal intensa, constituindo-se em um processo de “interseção partilhada”.

5 - Diz respeito à divisão técnica e social do trabalho – relações de poder entre unidades e serviços e profissões, hierarquia interna entre departamentos, setores, categorias profissionais, trabalhadores, saberes, habilidades.

6 - Serviço é o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho (Marx, 1978). Nesses termos, ainda que sob a égide da produção capitalista, serviço exprime o valor de uso particular do trabalho útil como atividade e não “como objeto”. (Cf. Costa, 1998).

Segundo Merhy (1997:132), quando um trabalhador dos serviços encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros em ato. No caso dos serviços de saúde, essa intersecção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento / aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

Nesse sentido, embora o processo de trabalho nos serviços de saúde se materialize como expressão do processo de trabalho em geral, tendo, portanto, características comuns a outros processos de trabalho da sociedade (como os da indústria, agricultura e os serviços em geral), merece destaque o fato de que nesse tipo de serviço o trabalhador, em função da relação direta que estabelece com o usuário, necessita imprimir uma direção ao seu trabalho que requer capacidade e relativa autonomia para "autogovernar" o seu trabalho (Merhy,1997:141) e os resultados esperados.

O conjunto dos processos de trabalho desenvolvidos na área da saúde pública, embora incorpore as características gerais do trabalho sob o capital, apresenta algumas singularidades que devem ser creditadas às particularidades do trabalho no setor dos serviços; essas particularidades respondem pelo fato de que:

- Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é "para uso" dos usuários dos serviços. Esse uso, entretanto, se dá a partir de relações mercantis, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como é o caso dos medicamentos, equipamentos, seja via mais-valia social. Sendo assim, o *trabalho não é imediatamente consumido* com a finalidade de gerar mais valor, apesar de ser objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas;

- Esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo co-participação do(s) usuário(s) no próprio processo de sua concretização/produção;
- Essa co-participação, por sua vez, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços, porque dessa interseção depende todo o desenvolvimento subsequente do processo de prestação do serviço, isto é, os momentos instituintes da realização daquele serviço;
- Como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e não sobre coisas, os resultados são de difícil previsão e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento;
- A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária;
- Os resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Considere-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas

características ao modelo de gestão e atenção e portanto aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação, qualificadas por Nogueira (1991) "de cooperação horizontal e vertical". Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

Dessa forma, pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que, para tanto, o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência, previdência, acesso à terra, etc.

Essa capacidade de articulação é que permitiria a identificação e a produção de informações acerca da relação entre as condições de vida e de trabalho e o tipo de doenças que estas produzem. Ou seja, recolocaria a saúde como problemática coletiva e partícipe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças, segundo a ótica da clínica anátomo-patológica e seu enfoque curativo e individual.

Os processo de descentralização por nível de governo com hierarquização por nível de complexidade requerem uma nova reorganização vertical e horizontal dos serviços e procedimentos implicando em mudanças nos processos de trabalho, afetando tanto a cooperação entre as diversas atividades, como o conteúdo de algumas tarefas, especializações e habilitações. Essas mudanças vêm se expressando e sendo determinadas: *pelos novos sistemas de controle, pela hierarquização, pelas inovações tecnológicas e pelo novo papel que adquiriu a informação e a comunicação em saúde.*

Em conseqüência, na nova sistemática de operacionalização do SUS, podemos observar a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e, ao

mesmo tempo, a emergência de novas problemáticas que derivam da atual reestruturação. Nas últimas, temos as questões relativas à implantação das novas estratégias de *reorganização dos serviços*. No que diz respeito à operacionalização, temos a histórica questão da *demand reprimida* e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil, de que é exemplo o seu corte curativo em detrimento de uma concepção preventiva e coletiva que considere a saúde como resultante da qualidade geral de vida da população e não uma política reduzida ao controle das doenças.

É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.

Essas requisições podem ser assim agrupadas: 1) as *derivadas* do histórico *déficit de oferta* dos serviços, para atender às necessidades de saúde da população, bem como da ênfase na medicina curativa; 2) as que dizem respeito às *inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas* implementadas no sistema; 3) as que respondem pelas necessidades que *derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa* do SUS.

As requisições relacionadas à demanda reprimida, em grande medida, estão associadas ao fato de que:

- Ao instituir-se que as unidades de atenção básica (UBSs e PSF) é a porta de entrada do sistema, houve um aumento da demanda por seus serviços, porém não houve ampliação das equipes nem da capacidade operacional (equipamentos, material de laboratório etc.), resultando na deflagração de problemas de manutenção, bem como na desintegração entre as ações desenvolvidas nas UBS - unidades básicas, PSF/PACS, pronto atendimentos, hospitais e centros clínicos. Esse fato tem como principal consequência a contraditória⁷ descentralização, burocratização e informatização das filas de espera;

7 - Contraditória no sentido de que o atual processo de organização dos serviços do SUS não tem conseguido resolver o histórico problema das filas; ao contrário, as tem disfarçado e informatizado-as, pois as tem ↓

- A rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada também tem aumento de demanda sem a equivalente ampliação das equipes e da capacidade operacional, o que provoca obstáculos à integração do sistema e, conseqüentemente, interfere na chamada cooperação horizontal. Assim, além de não assegurar atendimento para todos os que procuram os serviços, tem se constituído an espaço de "quebra" , obstrução da integralidade das ações, entre os diversos níveis de complexidade (unidades de atenção básica > centros clínicos > hospital geral > hospital especializado, etc) comprometendo a racionalização e qualidade da atenção;
- A questão da demanda reprimida e da capacidade real e potencial de oferta junta-se a cultura institucional hospitalocêntrica e a hegemonia do saber/poder médico, bem os interesses corporativos de instituições, profissionais e gestores dentro e fora do sistema de saúde compondo uma espécie de núcleo de resistência à proposta de reorganização dos serviços e ações, da gestão do trabalho e dos processos de cooperação voltadas para a efetivação do direito à saúde. Aqui, a principal problemática diz respeito à negação dos sistemas de referência e contra-referência, conflitos em relação a implementação dos mecanismos de regulação da atenção, à não-disponibilização da totalidade dos leitos e das consultas especializadas para os sistemas integrados através das centrais de marcação de consultas e leitos, sob o argumento de supostas "reservas técnicas" de leitos e consultas tanto para os hospitais e ambulatorios especializados disponíveis para demandas espontâneas ou clientelaes específicas vinculadas às atribuições tradicionais das unidades que as prestam (especialmente no que se refere aos serviços oferecidos pelos hospitais universitários e militares, etc.). Além disso, verifica-se verdadeiros esquemas de drenagem de serviços e procedimentos de alto custo da rede pública para a rede privada e/ou filantrópica conveniada;

descentralizado / transferidas dos ambulatorios especializados e hospitais para a marcação feita através das unidade de atenção básica , mediante processo informatizados e hierarquizados de marcação de exames, consultas e leitos.. Assim sendo, além de não superar tal problemática,, criam-se novos tipos de filas virtuais e filar tradicionais nos locais de triagens e autorizações de exames, leitos e consultas.

- Ademais, o grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja pela falta de articulação intersetorial, por insuficiência de uma efetiva política de educação, informação e comunicação em saúde, bem como ações no campo da macro-economia capazes de reduzir as desigualdades sociais. Em conseqüência, por um lado, têm se mantido os principais determinantes da produção de doenças, por outro, muitas vezes, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera inibe o usuário de procurar o serviço antes da deflagração aguda das doenças, de forma que se vêm impelidos a só procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativas individuais.

Dentre as requisições relacionadas às inovações tecnológicas, administrativas e políticas implementadas no SUS, podemos destacar àquelas .vinculadas ao próprio protocolo⁸ que permeia o funcionamento do sistema de referência e contra-referência e à autorização e marcação dos internamentos, e consultas ambulatoriais especializadas de forma unificada, hierarquizada e em parte informatizada, bem como as triagens para autorizar a realização de exames de média e alta complexidade, de que são exemplos as ultrasonografias, tomografias, mamografias, densiometria óssea, ressonância magnéticas, etc.

Quanto às requisições que derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa, elas vinculam-se à adoção de novas rotinas também relativas ao processo de marcação de internamentos, exames e consultas e outros atendimentos; ao uso de equipamentos e redes informatizadas. Relacionam-se, ainda, com as necessidades de coparticipação dos usuários na prevenção, controle e recuperação da saúde e com as novas modalidades de incorporação da participação dos usuários e trabalhadores do setor nos órgãos de gestão colegiada do SUS.

8 - Tais protocolos, nos casos de cirurgias, incluem a triagem obrigatória realizada por um auditor para autorizar cirurgias eletivas e procedimentos que demandem internamento ou exames e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade — sendo necessário levar paciente em pessoa, com potenciais riscos de vários retornos (viagens) para conseguir autorizar/ acessar tais serviços.

Segundo nossa hipótese, essas necessidades se materializam em demandas que perpassam o conjunto das novas e antigas atividades ocupacionais do SUS, determinando, também, as atuais características dos processos de trabalho na saúde. Todavia, em face do nosso objeto de estudo, discutiremos sobre as que interferem na definição das atividades dos assistentes sociais.

2. O Trabalho do Assistente Social no Contexto de Produção dos Serviços Públicos de Saúde em Natal (RN)

Ao examinarmos o processo de organização do SUS em Natal, constatamos uma ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais e trabalhamos a hipótese de que esse crescimento resulta de três ordens de fatores:

1. Da ampliação técnico-horizontal das subunidades e serviços;
2. Da redefinição das competências ocupacionais, fruto de novas necessidades técnicas e operacionais; e
3. Da necessidade de administrar as contradições principais e secundárias do sistema de saúde no Brasil.

Contudo, a constatação primordial é a de que as atuais contradições, presentes no processo de racionalização/reorganização do SUS, constituem-se no principal vetor das demandas ao Serviço Social. Isto é: as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços. Nesse sentido, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil.

Aqui, as referências principais são a crescente demanda da população por meios que assegurem a sua saúde, o déficit na oferta de serviços, a efetividade dos mecanismos de

controle e acompanhamento requeridos pelo processo de reorganização do SUS e a administração da demanda reprimida.

Ao analisarmos as principais atividades realizadas pelos assistentes sociais, identificamos que, contraditoriamente, *as tensões do sistema implicaram uma ampliação e redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais.* De forma que as atividades do Serviço Social estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional que relacionam-se intimamente com as requisições. São elas: **ações de caráter emergencial assistencial⁹, educação, informação e comunicação em saúde¹⁰, planejamento e assessoria¹¹ e mobilização e participação social¹².**

9 - Ações de caráter emergencial — estas se expressam nas atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc. Demandam a mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde. Constituem emergências sociais que interferem no processo saúde doença e no acesso aos serviços de saúde, geralmente intrinsecamente relacionadas às precárias condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas para atender às reais necessidades dos usuários. Tais emergenciais sociais acabam sendo tratadas como situações excepcionais, uma vez que os mecanismos institucionais existentes não as absorvem rotineiramente.

10 - Educação, informação e comunicação em saúde — estas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na solução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias. Na atualidade, podemos acrescentar o desenvolvendo de ações estratégicas de comunicação em saúde com o objetivo de facilitar a comunicação interna entre unidades da rede SUS, setores e profissionais, bem como a comunicação entre serviço e usuários / sociedade com vistas à qualificação e humanização da atenção, destacando-se a participação de equipes multiprofissionais no processo de implantação das ouvidorias e comitês de humanização.

11 - Planejamento e Assessoria — estas atividades consistem, sobretudo, na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS, principalmente no que se refere a: elaboração dos planos municipais de saúde, programas e projetos, bem como assessoria ao planejamento local das unidades de saúde, envolvendo os processos de programação das ações e atividades de educação em saúde, vigilância alimentar, epidemiológica e sanitária; e mais recentemente amplia-se a formação de equipes para participar de processos de monitoramento, e avaliação das ações, programas e projetos, bem como integrando equipes de treinamento, preparação e formação de recursos humanos, cujas atividades são voltadas para a capacitação de trabalhadores da saúde, lideranças e representações da comunidade, chefias intermediárias, etc. Sua finalidade é qualificar os recursos humanos na esfera operacional das unidades, além de participar como monitores, instrutores e articuladores de reuniões, treinamentos, oficinas de trabalho, etc.. que se referem a processos de discussão e implantação de novos sistemas de registro das atividades e de controle da produtividade. Em suma, envolvem a instrumentalização de equipes para atender as novas exigências do modelo de gestão e financiamento/pagamento do sistema, especialmente os sistemas de regulação e os sistemas de informação e controle das ações e serviços realizados, incluindo os da produtividade do trabalho, tais como: SIA/SUS, SIH/SU / SIOPS, etc..Essas atividades são mediadoras dos processos de cooperação e constituição dos diversos processos de trabalho envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

12 - Mobilização e participação social — as atividades voltadas para a mobilização da comunidade, embora possam constituir-se tarefa da equipe de saúde em todos os níveis de complexidade e gestão do sistema, em geral integram-se às demais atividades dos membros da equipe dos distritos sanitários e das unidades básicas de saúde. Consistem basicamente em ações educativas, voltadas para a sensibilização, articulação e mobilização da comunidade no

O conjunto dessas atividades, por sua vez, é operacionalizado por meio dos seguintes núcleos de objetivação do trabalho do assistente social, quais sejam:

- Levantamento de dados - caracterização e identificação das condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários;
- Interpretação de normas e rotinas - procedimentos de natureza educativa, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos individuais e coletivos;
- Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial - assistencial - constituem emergências sociais que interferem no processo saúde doença, bem como relacionam-se à demanda reprimida / déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas e sobretudo relacionam-se às desigualdades econômicas, políticas e sociais e culturais a que estão submetidos a maioria da população usuária do SUS. Nesses termos, são atividades voltadas para agilização de internamentos/leitos, exames e consultas (extras), tudo que envolve o tratamento e acompanhamento dos usuários e sua família ou cuidadores, tais como o acesso a transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo adequado, traslado, atestados / declarações, etc. Demandam a mobilização e articulação de recursos assistenciais inerentes à política de saúde e as demais políticas sociais, portanto dentro e fora do sistema de saúde;
- Procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde: ação transversal aos demais núcleo de objetivação que consiste em: 1) assegurar aos usuários as informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, direitos, aos trâmites burocráticos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas, etc... 2) ampliar a democracia institucional e a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos e

sentido de explicar e convocar usuários e trabalhadores do SUS à participarem dos processos de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde no âmbito local (das unidades de saúde), distritos sanitários, municipal e estadual, especialmente com o propósito de articular o engajamento de lideranças tanto em relação a participação nos referidos conselhos, quanto na organização de trabalhos educativos voltados para a prevenção e o controle de ↓ doenças, principalmente endemias e epidemias. Nesse sentido, constituem atividades de cunho político-organizativo e sócio-educativo.

através da construção e dinamização de espaços coletivos em que se analisa e delibera sobre questões relativas à gestão e à prestação dos serviços. Exemplos: instalação e funcionamento de ouvidorias, conselhos gestores de unidades, rodas de conversa, etc;

- Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político – consistem em articulação e/ou realização de atividades junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema, à grupos organizados, lideranças comunitárias e à comunidades em geral¹³, que envolvem desde a realização de reuniões, oficinas de trabalho, cursos, seminários voltados para discussão de temas afetos ao processo de construção e consolidação permanente do SUS, interesse da área da saúde pública, à assessoria para elaboração de relatório, documentos reivindicatórios como abaixo assinado, apoio à organização de processos eleitorais, etc.

As atividades contempladas nesses núcleos de objetivação podem ser desenvolvidas concomitantemente em um mesmo processo de atendimento aos usuários ou de forma isolada, no interior do processo mais geral de cooperação, envolvendo as diversas unidades, subunidades, setores, saberes e atividades profissionais.

Como descrito a seguir, evidenciamos cada núcleo do trabalho, demarcando seu conteúdo e, em seguida, demonstramos sua articulação com as demais atividades profissionais:

a) Levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários:

Essa atividade consiste basicamente na realização de um levantamento dos dados socioeconômicos e culturais dos usuários e/ou da comunidade. Responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, da sua família ou do grupo de referência, com a finalidade de: 1) conhecer as variáveis

13 - Comunidade em geral refere-se tanto à usuários, grupos organizados e lideranças das áreas de abrangência das unidades, quanto ao conjunto dos trabalhadores lotados na unidade de saúde em que o trabalho esteja sendo desenvolvido.

que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; 2) identificar as possibilidades e condições de participação da família, responsáveis, cuidadores, agregados, vizinhos e até de empregadores na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do usuário.

Esse processo, em geral, é realizado através de instrumentos como entrevistas, questionários, formulários cadastrais, fichas sócias, fichas de evolução / diagnósticos sociais, nos quais são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais. A sua principal utilidade reside em facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família/cuidadores do usuário para agilizar a resolução de problemas surgidos no decorrer do processo de prestação dos serviços.

Em geral essa atividade relaciona-se a necessidade do sistema de saúde de obter informações e controle a respeito dos fatores intervenientes no processo saúde/doença do usuário, seja em nível individual ou coletivo, fatores esses considerados indispensáveis ao diagnóstico e ao tratamento. Ocorre em menor ou maior nível de aprofundamento, dependendo da concepção de saúde e do modelo que informa e organiza o sistema.

Essa necessidade, na prática médica liberal, era totalmente incorporada às tarefas do médico. Ao integrar o trabalho coletivo em saúde e em função da necessidade de controlar os níveis de saúde das populações, sofreu um processo de redivisão e ampliação do seu conteúdo, tornando-se, inclusive, objeto da prática de outros profissionais que compõem a equipe de saúde, entre os quais destacam-se os assistentes sociais.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

Note-se que embora faça parte do conjunto de procedimentos necessários, conforme depõem inúmeros assistentes sociais, os demais membros da equipe de saúde pouco utilizam tais informações. Muitas vezes esse fato é interpretado pela categoria como uma indiferença ao saber do assistente social, porém, avaliamos que a consideração de tais informações ainda é um processo em construção dependente do nível de efetiva incorporação, pelo conjunto dos profissionais e trabalhadores da saúde, acerca da concepção de saúde na qual se baseia o SUS. Assim, tal indiferença relaciona-se a ainda marcante presença da concepção tradicional de saúde, sobretudo na prática médica.

Nesse sentido podemos afirmar que a objetivação desse trabalho do assistente social é determinada tanto pela concepção de saúde prevalecente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Portanto, ao longo da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vêm se constituindo cada vez mais uma das tarefas dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde. Com essa atividade, o Serviço Social atende tanto às exigências mais gerais do sistema, como as necessidades operacionais das unidades de saúde.

No atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. A objetivação dessa atividade se dá a partir do encaminhamento dos médicos de plantão, quando da autorização de um internamento. Note-se que não apenas o médico, mas os demais profissionais da equipe do pronto-socorro, reiteram o encaminhamento da família e/ou responsável pelo paciente ao setor de Serviço Social.

Nos *hospitais*, essa atividade relaciona-se, principalmente, com a necessidade de agilizar iniciativas e providências para realização de exames, aquisição de medicamentos, notificação de alta ou óbito etc. Vincula-se, ainda, com uma outra necessidade do sistema, qual seja, a de garantir a rotatividade dos leitos, seja por

pressão da demanda reprimida, seja pela lógica de remuneração/produzividade leito/dia.

Nos centros clínicos e *atendimentos ambulatoriais especializados*, geralmente o assistente social trabalha com programas específicos: alcoolismo, controle de doenças crônicas, hostomizados, etc. Para cada programa, busca coletar informações específicas sobre as condições de vida dos usuários e sua relação com a doença em questão. No entanto, dedica maior espaço à obtenção de informações relativas às possibilidades e às condições socioeconômicas, sanitárias e culturais que o usuário dispõe para cumprir o tratamento e evitar a reincidência da doença.

Dada a especificidade do atendimento nesse nível de prestação de serviço, constatamos dois tipos de finalidades a que se associam essa atividade:

1) vincula-se à necessidade de identificação do usuário para efeito de localização e mobilização da família em casos de abandono de tratamento, necessidade de comunicação de resultados de exames e diagnósticos, bem como agilização de ações emergenciais - assistenciais e convocação para ações educativas;

2) relaciona-se às novas modalidades de atendimento, sobretudo as que se referem ao trabalho realizado através de grupos operativos, nos quais a entrevista, o questionário ou a ficha social constitui um procedimento essencial para o acompanhamento do usuário durante todo o tratamento. Isto é, os dados coletados pelo assistente social apontam para uma reconstrução da história de vida e a doença do usuário, e sua finalidade principal é apoiar o diagnóstico, diferentemente da realidade dos hospitais e centros de saúde, cuja finalidade é viabilizar a prestação dos serviços nos demais níveis.

Nesse caso, o assistente social é o profissional que faz o primeiro contato/atendimento com os pacientes encaminhados para as diversas clínicas especializadas. Seus principais objetivos são identificar os pacientes que necessitam participar dos grupos terapêuticos e mobilizar o grupo de referência familiar para colaborar no sucesso do tratamento. Para tanto, as atividades do assistente social

articulam-se com as de outros profissionais da equipe, sobretudo médicos, enfermeiros e psicólogos.

Essa atividade deve auxiliar na busca de alternativas para assegurar o diagnóstico e o tratamento em nível ambulatorial, evitando, assim, internamentos, contribuindo igualmente nos casos de urgência, para agilizar internamentos, na tentativa de evitar possíveis óbitos.

Nas unidades e equipes de atenção básica, essa atividade¹⁴ faz parte da coleta de informações que devem ser anotadas na ficha individual que integra o prontuário do usuário na unidade. Esse prontuário é utilizado pelo assistente social para registrar os problemas que determinaram a busca do atendimento naquele momento. Também funciona nos moldes de um atendimento individual (uma espécie de "consulta social"), na qual se registra o "diagnóstico social" e se anota os encaminhamentos/orientações realizadas.

Além do registro nos prontuários, em algumas unidades básicas de saúde os assistentes sociais elaboram questionários ou entrevistas dirigidas para cada programa (controle do diabetes, hipertensão, Crescimento e Desenvolvimento (CD), Atenção ao Idoso, programas de saúde bucal etc.). Somente nos programas de saúde mental e nos de saúde do trabalhador o profissional trabalha com entrevistas e questionários padronizados para toda equipe.

O objetivo dessa atividade é identificar os aspectos socioeconômicos, culturais e sanitários que interferem na capacidade dos usuários cuidarem da própria saúde, interferindo diretamente na eficácia dos programas. É utilizada também nos processos de triagem socioeconômica, para validar a inclusão/exclusão dos usuários em programas especiais.

14 - As entrevistas e os demais atendimentos com vistas a identificação e caracterização do usuário até Março de 2000 eram registradas no SIA/SUS, com o Código 0031.0 -• Ato executados por profissional de nível superior.

Além dessas finalidades, essa atividade facilita a localização da família ou dos próprios usuários, nos casos de abandono de tratamento, ou para comunicação de resultados de exames que envolvam urgência no tratamento ou providências/colaboração da família na sua resolução.

Nesse tipo de unidade, os profissionais também participam de levantamentos sócio-sanitários junto às comunidades¹⁵. Essa atividade deriva diretamente do processo de reorganização, descentralização, racionalização e municipalização dos serviços. Sobretudo, é decorrente da incorporação, no nível local, da necessidade de construção do diagnóstico (cenário) sobre a realidade epidemiológica, sanitária, socioeconômica e cultural da população e comunidade que fazem parte da área de abrangência das unidades /equipes, indispensável ao planejamento das ações no atual processo de reorganização dos serviços. Nesse processo, o assistente social tem sido requisitado para coordenar a elaboração, revisão e aplicação de instrumentos de coleta de dados, bem como para participar da análise e interpretação de tais dados.

b) Interpretação de normas e rotinas:

Essa atividade consiste na transmissão de informações e na interpretação das normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde. É voltada para a formação de atitudes e de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas unidades. Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos etc. No cotidiano dos serviços, sua utilidade tem sido a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários e acompanhantes às

15 - Esse tipo de procedimento até março de 2000 era registrado no SIA/SUS, sob o código 0038.8 - Atendimento em grupo realizado por profissional de nível superior, ou como 0036.1 - Educação em Saúde / atendimento em grupo.

normas e rotinas da unidade, embora também constitua momento em que já se identifica a necessidade de abertura de exceções à regras.

Nos hospitais, suas principais esferas de atuação incidem sobre o cumprimento de horários e duração das visitas, o número de visitantes permitidos para cada paciente internado, os comportamentos do usuário e sua família a serem adotados durante a visita, a permanência no hospital e, até mesmo pós-alta médica (período de convalescência) etc.

Nas unidades atenção básica, essa ação consiste em interpretar as normas e rotinas dos programas¹⁶. Os principais aspectos trabalhados dizem respeito:

- ⇒ À observância de horários, períodos e prazos de retorno;
- ⇒ Ao cumprimento rigoroso dos procedimentos terapêuticos recomendados, como é o caso do esquema de imunização previsto para as crianças até cinco anos e para gestantes durante o pré-natal;
- ⇒ A compreensão e capacidade de cumprir os trâmites e normas que disciplinam o fluxo dos atendimentos face ao processo de hierarquização dos serviços nos diversos níveis de complexidade.

Nos Centro clínicos e *ambulatórios especializados*, a exemplo das demais unidades, essa atividade também objetiva-se na explicitação das normas e rotinas dos programas desenvolvidos, incluindo horários, prazos e condutas necessárias à realização do atendimento, seja ele uma consulta ou um exame.

Face ao processo de reorganização dos serviços (hierarquização por nível de complexidade), o Serviço Social, em todas as unidades e em todos os níveis de prestação de serviços, é *convocado a interpretar a "nova sistemática" normativa do SUS*

16 - Entre os programas destacam-se: o de assistência à saúde integral à saúde da mulher e da criança - especialmente crianças com quadro de desnutrição, o programa de crescimento e desenvolvimento da criança; prevenção do câncer; saúde do idoso, e DST/AIDS. Além destes merece destaque as ações que envolvem o atendimento em domicílio e a colaboração para o cumprimento das normas relacionadas aos Programas Agente Comunitários de Saúde e Agente da Dengue.

para autorizações de exames, consultas especializadas, internamentos e a própria dinâmica de funcionamento resultante da descentralização e hierarquização dos serviços.

Para a realização desse trabalho, o assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores (sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e dos profissionais (principalmente médicos, psicólogos, fisioterapeutas etc).

Além de *interpretar normas*, o assistente social também é convocado para sua *elaboração*, a partir das exigências institucionais. Nesses casos, a ênfase nos aspectos passíveis de normatização depende do entendimento .que a equipe do Serviço Social tem da relação instituição/usuário, bem como da concepção sobre o processo saúde/doença.

Esse conjunto de atividades origina-se, de um lado, da rigidez das normas e da própria natureza do sistema de saúde, ao requisitar comportamentos, cuidados e precauções especiais para a circulação do paciente, dos seus familiares, acompanhantes e visitantes no interior das unidades, derivando-se, outro lado, de um conjunto de situações que se relacionam com o quadro de exclusão social, cultural e educacional a que está submetida a população usuária do SUS, a ponto de comprometer a própria capacidade dos usuários para decodificar normas e rotinas que poderiam ser repassadas por outros meios, principalmente por escrito.

Assim, ao mesmo tempo que o sistema de saúde no Brasil é capaz de incorporar tecnologias avançadas, constata-se que ainda se faz necessário realizar trabalhos que habilitem a população a lidar com as regras básicas de funcionamento dos serviços. Nesse sentido, a natureza dessa atividade transita entre o controle, o disciplinamento e a ação informativa / educativa, revelando-se igualmente como uma atividade "supridora" da inflexibilidade das normas diante da realidade da população, ou ainda como uma ação cujo conteúdo é trabalhar a cultura do usuário e da instituição. Assim, explicar e/ou interpretar a dinâmica de funcionamento dos serviços conforme o

modelo estabelecido e o trabalho de fazer cumprir as normas estabelecidas torna-se objeto da ação profissional e parte fundamental do processo de cooperação que assegura a operacionalidade do serviço. Nesses termos, o *locus* de sua inserção, no processo de trabalho em saúde, é assegurar que o usuário transite pelos diversos processos de atendimento segundo as normas estabelecidas de forma a seguir o fluxo pré-estabelecido de relações entre os diversos níveis de cooperação horizontal e vertical.

Mesmo assim, contraditoriamente, essa atividade é determinante de uma outra — o atendimento das "excepcionalidades" —, passando a ser constituidora de um novo núcleo de objetivação do trabalho. Referimo-nos às atividades relacionadas às situações que se constituem em "exceções às regras e normas estabelecidas". Estas, por sua vez, passam a ser consideradas "casos" que merecem individualização e medidas especiais. No entanto, a visibilidade e a essencialidade dessa ação não são o acaso, são a regra. Ou seja, a regularidade com que tais excepcionalidades ocorrem.

c) Procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde:

Em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo), e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a "educação", informação e comunicação em saúde, quer por meio de orientações, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões.

Em geral, inicialmente essa atividade acontece concomitante ao processo de interpretação das normas e rotinas, fazendo-se presente em todos os momentos do atendimento, desde a entrevista inicial, seguindo-se as orientações e informações sobre o tratamento, até a alta ou encaminhamento para outro nível de prestação de serviços, ou óbito.

De modo geral, o assistente social é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames

complexos, tratamento fora do domicílio, necropsias, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento e à doença etc. Além destas, são de responsabilidade do assistente social as comunicações em geral. No caso dos hospitais, essas comunicações referem-se a altas, óbitos e/ou estados de saúde do "paciente"¹⁷; nas unidades de atenção básica, centro clínicos e ambulatórios especializados, o assistente social concentra-se nas comunicações sobre resultados de exames, particularmente aqueles que indicam sério comprometimento do estado de saúde, ou de doenças transmissíveis como é o caso da AIDS, ou, ainda, de doenças crônico-degenerativas, ou ainda no caso das neoplasias, leucemias etc.

Para a viabilização dessas atividades, o instrumento utilizado é basicamente a linguagem e o conhecimento, tanto das razões que levam o usuário e/ou sua família a ter determinado comportamento, quanto das razões técnicas básicas que levaram o médico/equipe de saúde a optar por uniu determinada terapêutica.

Nos *hospitais*, o assistente social volta-se para a orientação sobre os cuidados a serem tomados durante a visita, prevenindo comportamentos que possam comprometer o estado de saúde do paciente, bem como Conduitas pós-alta, para auxiliar o cumprimento das recomendações terapêuticas, como é o caso da administração de medicamentos, dos cuidados com a higiene e precauções necessárias para evitar o contágio ou reincidência da doença. Objetiva-se, ainda, nas informações sobre prazos a serem observados, a importância do retorno para avaliação e esclarecimentos sobre o papel, a dinâmica de funcionamento e as normas de acesso às unidades de referência que devem ser procuradas para continuidade do tratamento. Também, nos casos de óbitos, ao assistente social compete repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), traslado e sepultamento, incluindo orientações sobre trâmites nos cartórios e junto à previdência social quando necessário.

¹⁷ Tradicionalmente, nos hospitais, o estado de saúde do paciente é **classificado e registrado nos boletins** de ocorrência da seguinte forma: Regular, Bom ou **Grave**.

Note-se que tanto nos hospitais, como no SVO, compete ao Serviço Social o trabalho de convencer a família (ou responsável) a autorizar a realização de necropsia, bem como as informações sobre a liberação do corpo. No geral, cabe ao Serviço Social a comunicação de alta ou óbito, as quais são realizadas através de contatos por telefone, avisos pelas emissoras de rádio e telegramas.

Nas unidades de atenção básica, nos *centros clínicos* e *ambulatórios especializados*, o papel do assistente social centra-se nas orientações e esclarecimentos quanto a condutas ou preparação para realização de exames e nos critérios para inscrição nos programas desenvolvidos na unidade e principalmente identifica-se com a articulação de atividades educativas como reuniões, palestras, cursos, seminários e discussões em grupos de espera, grupos terapêuticos, entre outros.

Nesse tipo de unidade, a atuação do assistente social incide sobretudo nos programas que dizem respeito à assistência à saúde da mulher e da criança, entre os quais se destacam especificamente o de imunização, o de acompanhamento do pré-natal e o de recuperação das crianças desnutridas até seis anos de idade. A essas atividades acrescenta-se a divulgação da programação das unidades de saúde junto a entidades comunitárias, ocasião em que o assistente social participa de campanhas de esclarecimentos sobre doenças epidêmicas, imunização em massa, reuniões dos conselhos de unidade, etc.

Nos *centros clínicos* e *ambulatórios especializados*, a ação do assistente social refere-se principalmente aos programas de controle de doenças crônicas: câncer, doenças cardiovasculares, mentais, renais, álcool e drogas, etc.

A realização dessa atividade responde por uma das mais antigas requisições postas ao Serviço Social na área da saúde. Embora faça parte do conjunto das atividades dos enfermeiros e eventualmente dos médicos, nutricionistas e mais recentemente dos psicólogos, a participação dos assistentes sociais se faz majoritária. Para objetivar esse trabalho, o assistente social precisa manter em seus arquivos registros de informações, manuais e normas sobre condutas e comportamentos exigidos para a realização de exames e rotinas dos serviços, listas de serviços e equipamentos sociais

com nomes, endereços e telefones. Para isso, é necessário não apenas conhecer e interpretar normas administrativas, mas dispor de um relativo domínio do discurso médico, que o habilita a explicar alguns procedimentos terapêuticos de caráter complementar/auxiliar e cuidados a serem tomados durante o tratamento, bem como capacidade de articulação e mobilização da população usuária e domínio de dinâmicas de trabalho com grupos e/ou práticas coletivas.

A objetivação dessa atividade requer o engajamento do profissional de Serviço Social em práticas multidisciplinares e interdisciplinares, tanto nas unidades básicas de saúde, nos hospitais, como nos centros clínicos e ambulatoriais especializados, junto com enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, organizando atividades educativas, como grupos de espera, formação de grupos de orientação e oficinas terapêuticas para acompanhamento do tratamento dos pacientes acometidos por câncer, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, doenças mentais, DST/AIDS etc. Esse tipo de atividade demanda que os assistentes sociais articulem, organizem, coordenem e realizem palestras; bem como distribuam material educativo e de divulgação — cartazes, folhetos e *folders* informativos; apresentações de *slides* e vídeos relativos às formas de prevenção e controle das doenças, bem como coordenam eventos e discussões sobre tabus, preconceitos e atitudes prejudiciais à saúde, como: hábitos alimentares, de higiene etc.

Para encaminhar e operacionalizar esse trabalho, numa perspectiva mais coletiva, o assistente social, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social¹⁸ existente, de que é exemplo a LOAS, LOS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária etc., e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento aos usuários.

18 - Exatamente reconhecendo tal necessidade o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, em parceria com os CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social, publicou e vem reeditando de forma atualizada uma coletânea de leis sociais disponibilizadas para assistentes sociais e outros profissionais e cidadãos interessados.

Para atender às exigências do processo de descentralização e de democratização dos serviços prestados pelo SUS, constatamos que nas unidades de atenção básica, mais que nos centro clínicos e ambulatoriais especializados, o trabalho de educação em saúde tende cada vez mais a assumir uma perspectiva coletiva, através da realização de eventos como oficinas, palestras, debates, cursos, seminários, campanhas e/ou semanas de prevenção, que em geral versam sobre os seguintes temas:

- AIDS, cólera, hipertensão, dengue, saúde bucal, prevenção de câncer na mulher etc;
- Coleta, acondicionamento e destino do lixo e dejetos;
- Qualidade, origem e manuseio de alimentos, sobretudo os perecíveis e os enlatados;
- Alimentação, medicação e medicina alternativa;
- Meio-ambiente, saneamento e saúde, particularmente acesso, qualidade, armazenamento e tratamento da água etc.

social é responsável pela articulação e organização do evento, desde a convocação e mobilização dos participantes – usuários, profissionais e autoridades e/ou palestrantes / debatedores / monitores, etc. Além disso, participa ativamente da concepção e elaboração do material de divulgação e convocação da comunidade, como se encarrega de fazer chegar ao público alvo, cujo processo envolve desde a realização de visitas e contatos pessoais formais ou informais junto a lideranças, dirigentes de instituições sociais e moradores dos bairros onde a atividade será realizada.

Embora a realização dessa atividade seja multidisciplinar, a participação dos demais profissionais se dá de forma pontual, sobretudo na realização de palestras sobre temas de suas especialidades. Assim, a maior parcela do trabalho é de responsabilidade dos assistentes sociais, visto que na prática passa a ser de sua competência a mobilização da comunidade, a definição dos temas, as formas de

organização dos eventos (seminário, curso, palestra etc.) e o agendamento e divulgação da programação.

Esse fato, atinente à divisão sociotécnica do trabalho, tem sua origem no modelo médico-hegemônico, cujo objeto das suas práticas é o atendimento clínico, curativista e individual. Eis a razão pela qual, historicamente, o trabalho de "apoio" aos tratamentos sempre esteve na órbita do Serviço Social.

A partir de 2001, esse trabalho passou a ser reforçado e recomendado mais incisivamente para toda equipe de saúde, com a implantação pelo Ministério da Saúde do Programa Humaniza SUS - Programa Nacional de Humanização, com o propósito de resgatar o respeito à vida humana. Esse processo inicialmente mais focalizado no desenvolvimento de experiências em hospitais públicos através do PNHAH – Programa Nacional de Humanização Hospitalar em 2001, foi redefinido e ampliado a partir de 2003 passando a ser concebido como eixo articulador de todas as práticas em saúde, ou seja como ação transversal aos modelos de gestão e atenção, passando a ser estimulado em toda a rede - apontando para:

- O desenvolvimento de mecanismos de escuta dos usuários e profissionais tais como: ouvidorias, conselhos de unidades, rodas de conversa, caixas de sugestões/reclamações, etc;
- O estímulo à realização de capacitações voltadas para melhorar a comunicação em saúde de forma a desenvolver capacidades para se conceber e implantar iniciativas de humanização como medida estratégica para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários.

Nesse processo os assistentes sociais historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento, passa a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltadas para trabalho interdisciplinar de humanização, bem como integrar os grupos de humanização dos hospitais. Mais recentemente denominados "comitês de humanização" estimulando a sua formação

em todas as secretarias de saúde e unidades de saúde. Outrossim, têm sido convocados para colaborar no processo de criação e implantação das ouvidorias, em muitos casos formalmente sendo convidados a assumirem o cargo de ouvidores, bem como a integrar equipes responsáveis pela elaboração de projetos de qualificação e articular outras iniciativas que viabilizem oportunidades de discussão sobre o tema, bem como trabalhar / articular ações no sentido de ampliar a adesão dos diversos profissionais que integram a equipe de saúde.

Preocupa-nos o fato de que a categoria passe a implementar tal política sem uma efetiva e coletiva discussão crítica. Sobretudo se considerarmos que tal reconhecimento do profissional de serviço social em lidar com a questão da humanização e a sua própria adesão à tal política ainda é associada a tradição e à influência do pensamento Humanista Cristão, a qual nos seus primórdios do Serviço no Brasil, incorpora ao discurso e a prática profissional uma preocupação com a questão da humanização onde o homem era visto como indivíduo isolado, necessitado de ajuda resultante de atitudes voluntárias de pessoas e profissionais de boa vontade, que associada à concepção de saúde restrita à assistência médica individual elege como objeto de suas ações o alívio de tensões derivadas de “situações” problemáticas, ou seja a harmonização das relações.

Porém cabe aos assistentes sociais e ao Serviço Social qualificar a sua participação na implementação do HUMANIZA SUS resgatando os valores do nosso atual código de ética e do próprio SUS, que do ponto de vista teórico¹⁹ aponta claramente para o rompimento com a concepção humanista cristã, o que reitera a direção ético-política e técnico-operativa que nortearam os debates pré-revisão curricular nos anos 80 e no processo de revisão do novo Código de Ética que culminaram com a elaboração do Código de Ética Profissional de 1986 e em seguida no atual Código de Ética do Assistente Social, no qual o homem passa a ser visto enquanto inserido na produção e em classe social, sujeito de direitos, portador da capacidade de luta contra as

19 - Conforme pode ser analisado no documento Marco Teórico da Política Nacional de Humanização do SUS. MS Brasília-/df, 2004.

desigualdades de classe e de organização para transformação da sociedade. Considere-se que a revisão curricular dos anos 90 reafirma essa concepção e avança no sentido da compreensão do homem como ser social genérico, recolocando como objeto das práticas a práxis em defesa da autonomia e emancipação, concebendo os usuários como sujeito de direitos que deliberam com autonomia sobre os problemas.

Assim, o grande desafio do Serviço Social é fazer uma discussão crítica acerca das práticas de humanização no sentido de romper com as práticas individualizantes, de favor, de ajustamento e disciplinamento dos usuários, bem como de alívio das tensões e amenização de conflitos e avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais se incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos, como por exemplo o direito à acompanhante para todos os usuários internados em toda a rede SUS, seja pública ou conveniada, o fim da restrição às visitas em casos de internamento, etc.

d) Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial:

A maioria das atividades do assistente social, em todos os tipos de unidades de saúde (seja unidades básicas, hospitais ou ambulatórios e/ou serviços especializados), consiste em tomar providências no sentido de:

- Atender às urgências sociais que envolvem o processo de prestação de serviços, tais como providenciar transporte, marcação de exames, consultas e leitos extras, mobilização de recursos assistenciais dentro e fora do sistema de saúde.

Em geral, essa atividade consiste em contatar e sensibilizar profissionais e gestores de unidades e serviços, instituições assistenciais governamentais e não governamentais, previdenciárias, casa de apoio, etc., ações estas que se estendem às pessoas que ocupam cargos políticos: prefeitos, vereadores, deputados etc., para conseguir meios e condições necessários à viabilização do atendimento aos usuários. Os principais

motivos dessas ações são: aquisição de medicamentos, alimentos, transporte, exames de alta complexidade, órteses e próteses, auxílio-funeral (translado e sepultamento), cestas básicas, vagas nos programas de distribuição de gêneros alimentícios, sobretudo programas do leite, pão vitaminado, sopão, mais recentemente articula ações junto ao Fome Zero, Bolsa Família, PET – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, entre outros.

Nas unidades de atenção básica e centros clínicos / ambulatórios especializados, as "urgências sociais" se referem principalmente à:

- Agilização de exames e consultas extras;
- Prorrogação da permanência em programas de suplementação alimentar, distribuição de leite, participação em grupos terapêuticos de controle das doenças diabetes, hipertensão, desnutrição, etc.;
- Inscrição em programas, *fora do prazo* estabelecido, que consistem em renegociar a manutenção de um atendimento perdido por falta de comparecimento do usuário no dia e hora marcada por razões de ordem ,, social, como: falta de transporte, impedimento por determinação do empregador etc.;
- Antecipação de data e muitas vezes do horário de marcação de um exame ou consulta, acesso a um medicamento ou de preservativos (quando o usuário necessita viajar, ou quando tem compromisso inadiável que o impossibilite de comparecer na data prevista etc.);
- Agilização da liberação de carteira de saúde, seja em função do risco de perda do emprego, seja em função da disputa de uma vaga pelo usuário no mercado de trabalho etc.;
- Adoção de providências em relação a transporte social e clínico para deslocamento de pacientes graves, argumentando para obter agilidade e liberação de ambulâncias, mesmo no atual contexto de expansão do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel. Inclusive, nos casos em que o paciente pode utilizar transporte

comum, consiste em arranjar vales-transporte e até carona, de modo a garantir o deslocamento e atendimento na unidade urgência de referência;

- A intermediação desses meios se dá segundo negociação entre os assistentes sociais e os profissionais dos setores aos quais se vinculam as demandas do usuário, ou através de encaminhamentos a outras unidades e instituições sociais.

Nos hospitais, uma das principais requisições "emergenciais" ao Serviço Social é a de providenciar transporte para os pacientes, seja no caso de transferência de um hospital para outro, seja para realização de exames fora da unidade em que o paciente encontra-se internado. Também ocorrem demandas de transporte para saídas extras e eventuais dos pacientes, como nos casos de recebimento de pagamentos da previdência, de documentos (procurações particulares para parente ou responsável), e, principalmente, de assegurar transporte para o retorno ao domicílio pós-alta médica.

Note-se que segundo as normas, as ambulâncias existem para conduzir o paciente ao hospital em casos de emergência e não para deixá-lo no domicílio pós-alta médica, freqüentemente o assistente social é acionado para intermediar a flexibilização das normas, ou seja: abrir exceções, de modo que possibilite locomover "pacientes" que já estão de alta e cuja família não tem condições de providenciar a locomoção adequada.

A marcação de exames, consultas e internamentos extras, diante da grande demanda reprimida por consultas, leitos e exames, tem levado as direções das unidades a solicitarem a mediação do assistente social junto às diversas instâncias do sistema, às instituições sociais, à família, aos políticos etc., para conseguir atender tal necessidade.

No caso dos exames, uma outra problemática é determinante desse tipo de excepcionalidade: trata-se da realização de exames pagos pelo SUS, quando têm sua quota esgotada, ou referem-se a exames que o próprio SUS não autoriza.

Tais problemas agravam-se em decorrência da relação subordinada²⁰ do SUS ao sistema privado de apoio ao diagnóstico, responsável por 90% dos "exames mais complexos". Nesse caso a rede conveniada, que programa o atendimento aos usuários do SUS, submete-os a longas esperas e à freqüente suspensão do atendimento, o que acarreta a procura pelo Serviço Social para intermediar o atendimento.

Assim, verificamos que tanto os atrasos no pagamento, quanto o insuficiente número de quotas, têm gerado grandes problemas administrativos e técnico-políticos e assistenciais para gestão das unidades, transformando essa questão em permanentes e rotineira urgência médica e social, na maioria das vezes sendo resolvidas pelo Serviço Social através de negociação direta junto às clínicas privadas, desde prazos à abatimentos nos preços dos exames para assegurar a realização dos mesmos em tempo hábil. Assim, pouco se registra uma parceria do Serviço Social com os Conselhos de Saúde, o Ministério Público e as Defensorias Públicas no sentido de encaminhar ações e respostas capazes de senão evitar, pelo menos inibir a permanente recorrência desses (des) casos.

Verificamos ainda que as autorizações e/ou intermediação para liberação de visitas extras²¹ acompanhamento especial para crianças e adolescentes, idosos e pacientes

20 - Embora legalmente previsto nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o caráter complementar da rede privada de saúde e determinar que a relação público/privado seja regida privilegiando o direito e o interesse público. Na realidade, além de ser hegemônica na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico de alta complexidade, a rede privada, quando não dita as regras, descumpra totalmente o princípio do direito público, freqüentemente expondo os usuários do SUS a tratamento e atendimento discriminatórios e a variadas formas de situações vexatórias, que incluem desde submeter os pacientes a prazos mais longos de espera para realizar exames, quanto a altas precoces de internamentos e/ou tratamentos prolongados que representem progressiva perda de lucratividade. Isso ocorre porque o SUS ao longo de sua construção vem gastando aproximadamente 70% dos seus recursos com pagamentos à rede privada conveniada (tanto em nível local, quanto nacional), desencadeando o seguinte ciclo vicioso: se encaminha para os serviços conveniados porque os serviços públicos não conseguem assegurar cobertura de sua demanda somente com os serviços próprios. Não investe na rede própria, porque tem 70% de seus recursos comprometidos com o pagamento da rede conveniada. A tais problemas, acrescenta-se a frágil capacidade de regulação, assim apesar dos esforços nesse sentido, grande parte dos serviços que poderiam ser realizados nas unidades próprias do sistema público é drenada para o privado, através de "parceria"/associação de interesses de corporação formado por alguns profissionais da rede pública (que são aliados, associados e muitas vezes, proprietários de serviços privados) e os empresários da saúde, principalmente donos de hospitais e grandes clínicas de apoio ao diagnóstico. Além dos interesses político-eleitorais que atravessam a celebração e renovação de contratos, inclusive inaugurando uma prática de pagamento de PLUS – pagamento de até 100% acima dos valores pagos pela tabela SUS.

21 - Visitas fora do horário estabelecido, ou em número de visitantes superior ao "permitido" por visita.

graves internados; bem como a entrada de objetos (ventiladores, pastas, sabonetes, alimentos); utilização do telefone para ligações interurbanas, acesso de religiosos, tabeliães etc., constituem-se urgências, cuja principal demanda consiste em obter autorizações da unidade através dos assistentes sociais, os quais são autorizados a autorizar a abertura de exceções à regra. Trata-se, como referimos anteriormente, de uma ação resultante da rigidez e inadequação das normas à realidade dos usuários e sua família, cuidador e/ou responsável.

Já as atividades relativas a providências de procurações, atestados, termos de responsabilidade, em geral, configuram-se como urgência nos casos em que a aquisição do atestado relaciona-se à comprovação de internamento, óbito, ou tratamento ambulatorial, e até mesmo de comparecimento ao serviço de saúde (seja como paciente, ou como acompanhante), entre outras finalidades para comunicação ao empregador ou à previdência social.

Na maioria das unidades de saúde, o Serviço Social elabora pequenos formulários de autorização para visitas extras, acompanhamentos, saídas temporárias durante o internamento, termos de responsabilidade e atestados por ele próprio fornecidos.

Em suma, na realidade dos serviços de saúde, especialmente nos hospitais, todo e qualquer problema que envolva dificuldade de deslocamento, de acesso a medicamentos, exames, alimentos, documentos etc., é encaminhado ao assistente social.

Tanto em hospitais quanto em unidades básicas de saúde, o principal instrumento de registro das atividades são os livros de ocorrências. Ao analisarmos as anotações feitas nos livros de ocorrências, das unidades pesquisadas em todos os níveis de complexidade, constatamos que em geral as anotações são feitas de forma sumária e com o objetivo de repassar informações/recados, pendências para o outro profissional.

Em geral, essas atividades realizadas pelo assistente social tem funcionado como estratégia para amenizar as conseqüências mais graves da demanda reprimida, tanto

para a instituição quanto para o usuário²². Cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível.

e) Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político:

Este trabalho é mais comum nas unidades básicas de saúde, porém também se coloca como requisição para os(as) assistentes sociais que trabalham nos demais níveis de prestação dos serviços. Trata-se da realização de atividades em que o profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, cartas-convite, *folders*, reuniões, visitas a lideranças e entidades comunitárias, articula profissionais, saberes, recursos audiovisuais, etc. Nas unidades de saúde, sua finalidade é a assessoria ao processo de implantação, (re)estruturação e funcionamento dos conselhos gestores das unidades, dos conselhos distritais e municipal.

Ainda que pontuais, no sentido de contemplar poucos municípios brasileiros, algumas experiências do Serviço Social nas equipes de PSF, acrescentam à suas atividades o trabalho de assessorar a criação, reestruturação, unificação e legalização de entidades comunitárias com vistas a potencializar a organização e participação através de entidades e movimentos organizados.

O conteúdo dessa atividade relaciona-se, prioritariamente, com as mudanças realizadas em função do processo de descentralização, municipalização, hierarquização dos serviços e mais recentemente demandas relativas à política nacional de humanização. A estas juntam-se às especificidades decorrentes do funcionamento das unidades, particularmente as que envolvem as dificuldades enfrentadas pelo corpo de funcionários, bem como aquelas que requerem atividades

22 - Para o usuário, esse trabalho do Serviço Social muitas vezes tem significado a própria porta de acesso ao sistema. Já para a instituição, tem representado uma forma de evitar escândalos, óbitos por negligência, ou seja, relativa preservação da imagem da gestão do sistema e do próprio sistema público.

educativas e formativas, como é o caso das campanhas de combate a doenças de notificação compulsória²³, endemias e epidemias.

Em Natal (RN), esse núcleo de objetivação vem se consolidando desde a década de 90, e está diretamente relacionado as demandas relativas aos processos de instalação e "funcionamento" dos CMS — Conselhos Municipais de Saúde, inclusive ocupando cargos de secretárias executivas, assessoria para organização e realização das Conferências de Saúde, especialmente as municipais, incluindo a elaboração dos relatórios. Entretanto, especialmente destacamos as discussões pró-implantação de conselhos distritais e a (re)estruturação dos conselhos gestores de unidades de saúde²⁴, conformando um conjunto de requisições que passaram a demandar a constituição de equipes tanto em função da explicação da proposta, da própria implantação e sobretudo na assessoria técnica necessária ao seu funcionamento, criando novas atividades e ocupações, entre as quais vem se destacando a participação dos assistentes sociais.

A rigor, o processo de distritalização tem requisitado o remanejamento de um contingente de profissionais de saúde para as atividades de planejamento e assessoria, em patamares superiores aos experimentados no modelo tradicional / centralizador. Entre os profissionais requisitados para as atividades de *assessoria, planejamento e coordenação de ações e/ou programas* (considerando os patamares

²³ Por exemplo: DST/Aids, tétano, sarampo, poliomelite, meningites, difteria, febre tifóide, hepatite, tuberculose, dengue, etc. (ver Manual do Ministério da Saúde).

²⁴ - Em Natal, de 90 a 96 os Conselhos de Unidades tinham caráter deliberativo e os (as) direções das unidades eram eleitas diretamente pelos usuários e funcionários. Em 1997, por força de um decreto do executivo municipal extinguindo as eleições para diretores de unidades e o caráter deliberativo dos conselhos de unidades de saúde, os quais, foram reduzidos à condição de consultivos, já as direções das unidades, passaram a ser "escolhidas" por indicação do secretário de saúde. Atualmente, com base em uma resolução do CMS/Natal, foi reestabelecida a reorganização dos conselhos gestores de unidade de saúde em todas unidades de saúde gerenciadas pela SMS/Natal, abrangendo as unidades de pronto atendimento, centros clínicos e demais unidades especializadas, cujo processo de eleição está em curso. Ademais estão previstos conselhos de unidades para todas as unidades de saúde integrantes do SUS no âmbito do município de Natal/RN, sejam públicas, filantrópicas ou privadas conveniadas. Esse processo tem demandado uma grande participação dos assistentes sociais, de fato, tem sido claramente visível que as os distritos e unidades que dispõem de assistente social na equipe tem apresentado maior facilidade e rapidez para compreender, desencadear, encaminhar e realizar os processos de eleição e (re) implantação dos conselhos gestores de unidades e m Natal/RN.

anteriores), destacam-se os assistentes sociais²⁵, inclusive tendendo a ser identificada como uma das categorias mais identificadas com esse trabalho²⁶.

Esse trabalho consiste: desde a mobilização e articulação dos usuários e trabalhadores do setor, à assessoria ao processo de preparação e organização de reuniões (do próprio conselho), eventos (seminários, conferências, debates), visitas técnicas, elaboração de projetos, propostas, documentos (sobretudo relatórios) e avaliação das próprias atividades desenvolvidas.

Quanto ao trabalho pedagógico com funcionários, o papel do assistente social relaciona-se sobretudo à sua atuação junto ao setor de Gestão do Trabalho, seja fazendo parte da equipe técnica desse setor nas unidades que o tem estruturado (os hospitais, equipe técnica dos distritos e em nível central), seja como colaborador ou instrutor junto a programas de treinamento em serviço. Este trabalho geralmente consiste em: "atender" funcionários em relação a questões de relações e gestão do trabalho, saúde do trabalhador, alcoolismo, etc. Quando a unidade dispõe desse tipo de setor / núcleo o assistente social participa ativamente, na organização e realização de treinamentos, cursos e reuniões voltados à discussão sobre rotinas, disciplina, bem como atendendo individualmente problemas envolvendo funcionários e usuários.

Para realizar tais atividades, o assistente social lança mão de cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, conversas informais, encaminhamentos a outros profissionais, programas como combate ao alcoolismo, abordagens n colegas de trabalho que se relacionam com o funcionário envolvido, bem como familiares dos mesmos. Isso ocorre mesmo em unidades que não dispõem de setor de gestão do

²⁵ Atualmente, vem crescendo o número de assistentes sociais na coordenação de programas em nível central, inclusive nas equipes de PSF, de planejamento e de gestão do trabalho, bem como também integrando tais equipes também em nível distrital, bem como ocupando o cargo de gerentes dos distritos sanitários em Natal/RN. Nos últimos 10 anos em Natal, dos 04 distritos sanitários existentes em média 03 são gerenciados por assistentes sociais. Segundo dados do Relatório da Pesquisa sobre: "Perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde que participaram das Oficinas de Capacitação de Conselheiros", realizada pelo NESC/UFRN (1997), até março de 1997, do total de Secretários(as) de Saúde 7,22% são Assistentes Sociais, ocupando a 4^ª. posição entre as categorias de nível superior a ocupar tal cargo, situando depois dos médicos, enfermeiros e dentistas.

²⁶

trabalho estruturado, como é o caso dos centros de saúde e ambulatórios especializados. Nestes, o Serviço Social incorpora aos seus afazeres as atividades consideradas de "recursos" humanos.

Ainda que incipientes, as mudanças operacionalizadas no SUS têm apresentado novas requisições para o trabalho dos profissionais de saúde, particularmente do assistente social. Dessa forma, além das tradicionais requisições, no contexto de implantação do SUS vem demandando que esse profissional:

- Tenha a capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas, e as em curso;
- Conheça a realidade econômica, social, cultural e, sobretudo, o nível de organização política dos usuários da localidade e área em que trabalha;
- Domine conhecimentos e técnicas para assessorar e mesmo desencadear processos de mobilização, em que, mais que interpretar as mudanças em curso, requer o trabalho de mobilizar no sentido de convocar vontades (discursos, decisões e ações) no sentido de se engajar no referido processo.

Assim, a *objetivação do trabalho do assistente social*, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde.

Conclusões

Não há dúvidas quanto a relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social necessita conhecer não

apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como *um elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pêlos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações.

Embora o assistente social desenvolva atividades de natureza educativa e de apoio pedagógico à mobilização e participação social da comunidade, para atender às necessidades de co-participação dos usuários/comunidade no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, a recuperação e o controle do processo saúde/doença, o conjunto das atividades realizadas em todos os núcleos de objetivação apresenta uma predominância de ações voltadas para a interação entre os diversos níveis de concretização da cooperação horizontal e vertical.

Desse modo, pode-se concluir que a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o *elo "perdido", quebrado pela burocratização das ações*, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais²⁷ e / ou setoriais.

Essa particularidade não apenas evidencia o reconhecimento técnico dessa prática profissional na equipe de saúde, mas a qualifica de modo particular no interior do processo de trabalho em saúde.

27 - Distinguímos a política de saúde em relação às demais políticas setoriais na perspectiva de atribuir-lhe não no sentido de afirmá-la como uma política setorial específica mas a necessidade de articular-se e constituir-se como política de seguridade social onde a intersectorialidade é fundamental.

Assim, em tese, a realidade parece negar o discurso profissional quanto ao não-reconhecimento da utilidade e da eficácia da ação dos assistentes sociais como parte do conjunto das práticas profissionais voltadas para o alcance dos objetivos da política de saúde no contexto de implementação do SUS.

Todavia, o modelo médico-hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativa individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação, informação e comunicação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: insistentes sociais, nutricionista, sociólogos e, em certa medida, psicólogos.

Portanto, somente uma análise mais apurada, buscando recompor tais atividades e suas conexões com os objetos e objetivos do SUS, pode dar visibilidade à qualificação técnica que esse trabalho ocupa, no interior do processo de trabalho em saúde.

Ao recompor o processo de cooperação, a reorganização do trabalho e do trabalhador coletivo na área da saúde pública, matizando aquilo que denominamos de núcleos de objetivação do trabalho profissional dos assistentes sociais, foi possível perceber como vem se concretizando o trabalho coletivo na saúde e as atuais formas de parcelamento e integração das tarefas.

Nossa primeira síntese permite afirmar que as práticas do SUS revelam a superação de um processo de trabalho vigente até os anos 70, em que os profissionais podiam atuar isolada e autonomamente. O modelo atual aponta para a emergência de um conjunto de práticas, dentre as quais emergem novas ocupações e atividades que são resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da área da saúde.

Essa redivisão do trabalho, cuja origem é de natureza sociopolítica e técnico-operativa, é produto do modelo organizacional existente que tem como filosofia básica a desconcentração física, a descentralização político-administrativa e a integração das unidades e serviços. A gestão operacional de tal modelo é feita através da implementação de sistemas de informações gerenciais e assistenciais, bem como mecanismos de controle, assentados no

chamado "sistema de referência e contra-referência" e intermediados pelo uso de tecnologias informacionais.

O pressuposto dessa nova racionalidade é a idéia de que a capacidade de resolutividade dos serviços depende do pleno funcionamento do sistema, que deve ser acionado de forma integrada e posto em atividade através da coordenação dos diversos processos de trabalho. Assim, a maior cobertura e a satisfação do usuário dependem da eficiência e eficácia do modelo idealizado e, conseqüentemente, da capacidade de neutralizar e superar qualquer obstáculo à sua realização.

Sobre essa dinâmica e os princípios que a sustentam nossa crítica é a de que os modelos organizacionais, em si, não têm o poder de superar o atual quadro sanitário brasileiro, uma vez que o enfrentamento das desigualdades sociais e da superação da indiferença face as condições socioeconômicas, culturais e de saúde da população usuária que garante a efetividade ou o desvelamento das contradições do sistema público de saúde no Brasil. Conseqüentemente, é no interior da tensão entre o processo de racionalização, as condições objetivas dos usuários e as possibilidades de operacionalização das propostas do SUS que se redefinem os diversos processos de trabalho na saúde.

Ao nos debruçarmos sobre a dinâmica do trabalho realizado a partir do que denominamos núcleos de objetivação do trabalho profissional, como parte do processo de trabalho coletivo em saúde, pudemos constatar que, contraditoriamente, as tensões do sistema implicaram uma ampliação e redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais. Em todos os tipos de atendimentos e em todas as fases do processo de acompanhamento dos usuários, seja individual ou coletivo, no núcleo familiar, institucional e/ou comunitário, identificamos a participação dos profissionais de Serviço Social.

Se analisado do ponto de vista histórico, esse dado revela tanto uma inflexão das práticas da saúde coletiva sobre as práticas curativas quanto um conjunto de requerimentos que respondem pelo processo de democratização dos serviços de saúde.

Todavia, contraditoriamente, também pudemos constatar que muitas das demandas constitutivas da ampliação do espaço ocupacional dos assistentes sociais, originam-se de uma "refuncionalização" das tradicionais práticas do Serviço Social na área da saúde. Aqui, estão situados as "emergências sociais", as triagens socioeconômicas, os aconselhamentos e encaminhamentos voltados para o "ajustamento" das necessidades dos usuários ao modelo em curso.

O que de novo se coloca é o fato de que essas práticas não são mais mediadas pela ideologia da ajuda e sim, pelas necessidades advindas da "transição ao novo modelo", marcadas pelas reformas do Estado, pela falta de recursos, pela racionalização burocrática, pelas falhas das tecnologias informacionais, pela superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários.

De outro modo, ao recompor as atividades, os conteúdos e finalidades do Serviço Social no SUS de Natal (RN), observamos que as necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais, na medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais. Paradoxalmente, são "estes portadores materiais de necessidades não contempladas pelo sistema" — os que não têm a quem recorrer — que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, seja na condição de *excluídos da sociedade*, seja na de *excluídos do atendimento* realizado.

Nesse sentido, o cotidiano das vivências desses usuários, longe de representar o efêmero ou excepcional, é constitutivo da realidade dos serviços de saúde pública no Brasil. Todavia, dadas as contradições do SUS, esses usuários passam a ser alvo de um processo de trabalho cujo principal agente-trabalhador é o assistente social.

Espécie de nômades das unidades de saúde, esses usuários do sistema, através da procura ao Serviço Social, negam o discurso da igualdade de oportunidades e de acesso aos serviços ao pôr em evidência o conteúdo, as determinações sociais da doença e a precariedade das condições de atendimento em relação às suas reais necessidades de saúde.

Frente a essa situação, poder-se-ia dizer que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho na saúde se constrói "pelo avesso", ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde e, particularmente, no SUS.

Trata-se, portanto, de uma atividade ocupacional que particulariza sua inserção no conjunto dos processos de trabalho na saúde, prioritariamente em função dos segmentos excluídos social e culturalmente²⁸. Isto significa que as principais situações-objeto da intervenção do Serviço Social são aquelas que envolvem os excluídos, os "inaptos" e os incapazes de receber, total ou parcialmente, o atendimento das unidades.

Considerando a conjuntura de crise vivenciada no país e, ao mesmo tempo, as representações forjadas pela Constituição de 1988, as quais deram visibilidade à saúde como direito do cidadão, não obstante, as precárias condições de atendimento — em geral mobilizadoras da ação do Serviço Social — terminam imputando aos assistentes sociais "a função, quase sempre silenciosa, de administrar o que é impossível de ser administrado" (ABESS, 1996:34).

Do ponto de vista do usuário, entretanto, o conjunto dessas atividades representa a possibilidade de "ser mais que ouvido", ser escutado e efetivamente incluído no atendimento de que necessita. Todavia, pelo que se pode observar, esses atendimentos, longe de se constituírem em mecanismos que protagonizem mudanças na estrutura de funcionamento das unidades, parecem reiterar a prática do emergencial, do atípico e do ocasional. Aqui, na prática, o ocasional é o permanente.

Nessa perspectiva, o atendimento de algumas das necessidades mediatas e imediatas dos usuários, não contempladas pelo SUS, no contexto da redivisão do trabalho coletivo na saúde, cada vez mais identifica-se e vincula-se com as competências profissionais do assistente social, justificando, desse modo, a ampliação do mercado de trabalho profissional na área da saúde.

28 - Referimo-nos à exclusão cultural para nos reportarmos tanto as dificuldades das classes populares de interpretar sensações corporais, discurso médico etc., quanto à exclusão decorrente da discriminação relativa a preconceitos sobre determinadas doenças (AIDS, hanseníase, tuberculose etc.) e tratamentos — amputações de membros, necropsia, medo de contágio etc.

No entanto, para o conjunto dos profissionais da saúde, inclusive os próprios assistentes sociais entrevistados, essas atividades têm um caráter meramente circunstancial, razão pela qual não as consideram como uma atividade "técnico-profissional", ou seja, como um trabalho que se tornou vital na cadeia mais geral do processo de cooperação na saúde no Brasil.

Para a maioria dos assistentes sociais, essas demandas são resultantes da ausência de uma "especificidade" profissional, do "baixo" *status* da profissão na escala hierárquica das ocupações, ou representam uma desqualificação do seu trabalho.

Essas interpretações têm levado uma parcela dos profissionais do campo da saúde a minimizar a dimensão operativa e política das suas práticas, reduzindo-as a uma questão de subordinação e até de desvalorização profissional. O que a maioria dos assistentes sociais parece não perceber é que as suas atividades são determinadas pelas próprias contradições do sistema e pelas inúmeras formas de administrá-las.

Longe das concepções voluntaristas, fatalistas ou messiânicas, o que constatamos é que a objetivação do trabalho do assistente social passa rotineiramente pela implementação de alternativas de enfrentamento dos problemas de atendimento ao usuário, configurando-se como fundamental para assegurar o desempenho institucional e do próprio processo de trabalho em saúde. Mais que isso, sugere que onde houver limitação ou impedimento de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do conjunto dos procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento, o assistente social inclui-se no processo coletivo de trabalho.

O exame das atividades dos assistentes sociais também permitiu identificar que a imprevisibilidade dos resultados, bem como a fluidez da sua intervenção não decorrem da natureza "indefinida" do Serviço Social, mas originam-se nas próprias características do trabalho em saúde, cujos objetos das práticas são sempre "as situações concretas" nas suas múltiplas expressões. Nessas situações, estão incluídos fatores que vão desde a imprevisibilidade da cura de algumas doenças até o não-cumprimento de ações terapêuticas, passando pela impossibilidade material de aquisição de medicamentos, ou mesmo impedimentos de ordem psicossocial, emocional, entre outros.

Aliás, uma das particularidades do processo de trabalho em saúde consiste na relação direta que se estabelece entre produção e consumo, no ato próprio da prestação do serviço. Por isso mesmo, os resultados do trabalho em saúde são sempre passíveis de imprevisibilidades e, diferentemente da produção industrial, têm uma dependência direta das situações e condições objetivas e subjetivas das partes envolvidas. Esse aspecto requer que a organização do trabalho em saúde incorpore mecanismos flexíveis, capazes de apreender as necessidades existentes com vistas a dar respostas concretas.

Essas respostas, longe do imprevisto e da excepcionalidade, exigem a incorporação das necessidades dos usuários como parte da dinâmica dos serviços. Ou seja, a incorporação das necessidades não atendidas, ou de necessidades não previstas, pode ser um meio de geração de novos direitos e de normas de funcionamento adequadas à realidade.

A rigor, esse movimento permitiria que atividades como as dos assistentes sociais protagonizassem a transformação das modalidades de atendimento das demandas e necessidades emergenciais, através da criação de programas e propostas de ordem permanente. Por sua vez, esse fato tornaria possível aos profissionais construir uma nova modalidade de inserção no processo coletivo de trabalho na saúde em prol da superação das contradições que marcam o funcionamento do sistema.

Na realidade, diante das atuais condições de funcionamento do SUS, as necessidades de inter-relação e co-participação requeridas por quem produz e quem consome os serviços também terminam por materializar uma outra demanda profissional aos assistentes sociais. Trata-se de suprir as "lacunas" gestadas nas práticas dos demais profissionais²⁹ no interior do processo de trabalho em saúde.

Inegavelmente, os objetos das práticas dos trabalhadores da saúde, nos quais se inclui o assistente social, dependem dos objetivos e dos meios através dos quais se desenvolve a

29 - A necessidade de explicar os procedimentos para a realização de determinados exames, tratamentos etc., por exemplo, faz parte das atribuições do médico; mas dada a standardização e a busca de produtividade priorizando a quantidade de procedimentos e atos curativos a serem executados, somados a desresponsabilização social que ainda impera nos serviços de saúde, resulta no fato que o trabalho de explicar, ouvir, se envolver com o usuário tem cada vez menos espaço na rotina da prática médica e torna-se uma tarefa do assistente social.. A propósito esse problema tem sido um dos aspectos mais destacados na política nacional de humanização – HUMANIZA SUS.

saúde pública na sociedade brasileira e cuja marca histórica é o privilegiamento das ações curativas em detrimento das ações preventivas.

Essa dicotomia entre saúde coletiva e individual, presente nas unidades públicas, reflete-se no processo de cooperação e na fratura dos elos dos processos de trabalho, como é o caso das atividades cotidianas realizadas nas unidades básicas, hospitais e ambulatórios especializados, que passam a ser considerados, na prática, como instâncias de serviços de caráter "mais preventivo" ou "mais curativo".

Todavia, como a saúde do indivíduo ou de uma coletividade requer a articulação e a interação das ações de saúde nos níveis curativo, preventivo e promocional, o privilegiamento das ações curativas em detrimento das ações básicas transforma-se em problemática que compromete a capacidade de atendimento, a eficácia e a resolutividade de todo o sistema de saúde.

Por isso mesmo, a resolutividade de um nível fica comprometida pela ausência desta em um outro nível. Isto acontece tanto em função da desarticulação da política de saúde com as demais políticas sociais, quanto pela precariedade e dificuldades internas do próprio sistema, como é o caso das dificuldades de acesso aos serviços de apoio ao diagnóstico e ao tratamento em todos os níveis de prestação dos serviços, especialmente nos de média e alta complexidade.

Também sob esse prisma, há rebatimentos significativos sobre as práticas do assistente social e a natureza da sua inserção nos processos de trabalho, que articulam os diversos níveis de intervenção nos serviços de saúde. Note-se que, em termos genéricos, são as precárias condições de vida e acesso às riquezas produzidas e a bens e serviços, que enquanto expressão das desigualdades colocam-se como questões sociais que interferem na eficácia dos programas de saúde, seja em termos das medidas endógenas à política e ao sistema de saúde, seja em termos mais gerais; da sua articulação intersectorial enquanto política de seguridade. Todavia, no interior do processo de trabalho em saúde, tais situações transformam-se em problemas que comprometem eficácia das ações, programas e projetos estratégicos, portanto da própria política de saúde.

Esse contexto, na maioria das vezes, tem o poder de emergir sob a forma de questões que envolvem médicos e pacientes, instituição e comunidade, paciente/ família, ou mesmo da participação e controle social dos usuários em programas especiais.

Em suma, conforme anotamos anteriormente, tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível da mediação do assistente social, independentemente do local de ocorrência: seja no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia, no serviço de nutrição [copa e cozinha], nas enfermarias, lavanderia ou até na esfera mais privada das relações sociais e relações de trabalho, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc. Esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade "repor" (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação, superespecialização e terceirização do trabalho.

Essa peculiaridade é indicadora de que a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, cumpre a tarefa de restabelecer o elo orgânico entre setores, profissões, instituições e saberes, quebrado pela burocratização e verticalização das ações que se revelam tanto nas relações internas às subunidades do SUS, quanto entre estas e as demais políticas sociais e instituições.

De outra forma, também é necessário reconhecer as novas exigências e mudanças significativas no trabalho dos assistentes sociais. Esse "novo" trabalho consiste em colaborar na construção de estratégias de efetivação direitos de cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade para atrair lideranças e/ou representantes desta para participar do processo de criação, instalação e funcionamento de canais ou instâncias interlocução entre população e instituição, mais especificamente os conselhos e conferências conforme determinada a Lei 8080/90 e Lei Complementar 8142/90.

Importa ressaltar que, a despeito das contradições e das tensões que perpassam a inserção dos assistentes sociais, a emergência de novos vetores inclusão do assistente social nas equipes de saúde abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar a sua inserção nos processos de trabalho na saúde elaborando estratégias de atendimento às necessidades imediatas como as ações voltadas para a construção da

democratização do acesso e qualificação da atenção, com vínculo e responsabilização social, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira a partir do fortalecimento das relações com usuários como sujeito de direitos.

Entretanto, pelo que pudemos observar, embora detentor de um razoável volume de informações e de um grande acúmulo de experiências, o Serviço Social, em geral, não vem conseguido imprimir uma direção intelectual — no sentido gramsciano — ao seu trabalho, que lhe permita dar visibilidade política e até técnico-administrativa ao conjunto de questões com as quais trabalha cotidianamente. Pode-se supor que este seja um produto da sua condição de trabalhador assalariado e subordinado às exigências do trabalho sobre o capital.

Entretanto, essa tendência tende a se agravar diante das mudanças em curso que primam por dar relevo aos mecanismos de registro e quantificação da produtividade, privilegiando os atendimentos curativos individuais e avaliando a produtividade dos profissionais em função da quantidade de procedimentos realizados.

Essa nova estratégia de aferir a produtividade do trabalho, tão cara à ideologia da qualidade total e produtividade, tem produzido sérios impactos à prática dos assistentes sociais. Em primeiro lugar, por transpor para o conjunto das atividades da área da saúde os parâmetros quantitativos de avaliação das práticas médicas curativas (consultas, intervenções, cirurgias etc.); em segundo lugar, porque se aliena desse mapa da produtividade o "nomadismo dos usuários", "as emergências sociais" e, principalmente, o reconhecimento das contradições universais e particulares da política de saúde. Também estão excluídos da contabilidade da produtividade as condições de trabalho dos profissionais, principalmente os problemas relativos à capacitação continuada, manutenção de equipamentos e disponibilização de instrumentos adequados à realização de atividades.

A desconsideração de que a dinâmica do SUS não é garantida somente pelo modelo idealizado, mas pelos processos de trabalho coletivo (em geral desconhecido das estatísticas e mapas de produtividade), termina por colocar em xeque um conjunto de atividades profissionais que, de fato, asseguram o funcionamento rotineiro do sistema.

Pressionados pela cultura da produtividade e em face do restrito acúmulo de discussões sobre o assunto, a maioria dos profissionais decodifica tais exigências sob a égide de algumas indagações tradicionais, tais como: o que é o Serviço Social? qual a especificidade da profissão? o que faz esse profissional na área da saúde? qual o nível de cientificidade da profissão? etc. Essas indagações, no nosso entendimento, revelam não apenas o grau de estranhamento (Antunes, 1995) dos trabalhadores assistentes sociais em relação ao conteúdo e dimensão do seu trabalho na conformação do trabalho e trabalhador coletivo em saúde, como a naturalização, banalização, simplificação e invisibilidade política e institucional das contradições do SUS.

Assim, discordamos do discurso profissional sobre a desqualificação da profissão na área da saúde, por entendermos que a efetiva subordinação da profissão na área se dá em função dos objetos prioritários da saúde pública ainda centrada em um modelo assistencial curativista individual, no qual as próprias contradições e precariedades do sistema são vistas de forma marginal e secundária nas práticas em saúde, bem como revela a sua indiferença em relação à realidade de desigualdades sociais a que está submetida a maioria da população usuária do SUS e a incapacidade do sistema de saúde, em atuar considerando as reais necessidades dessa população. Por isso mesmo, a luta pela superação do modelo médico hegemônico é condição essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde na perspectiva da defesa da vida, em meio aos quais também se incluem os assistentes sociais.

Referências Bibliográficas

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional**: novos subsídios para o debate. Recife, 1996.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

CEFESS. **Serviço Social na área da saúde no Brasil**. Brasília: 1995. (mimeo).

COSTA, Maria Dalva H. da. **Os serviços na contemporaneidade**. In: FERNANDES, Ana Elizabete S. da Mota (org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 1998.

GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Processo de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

LAMPEDUZA, G. T. di. **O leopardo**. 3. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1963.

I. AURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, Karl. Capítulo VI (inédito). In: MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda., 1978. O processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 1. ed. v. I e II: Processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MBRHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho** (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). In: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde de nº. 8080/90 e Lei complementar de n. 8142/90**. 2. ed. MS — Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

_____. **Tabela de procedimentos** — SIA/SUS. Tabela alterada conforme o Diário Oficial da União em 22.9.1994. Portaria n. 156/14-09-94. RGM do Brasil Informática. Dr. Adib Domingos Jatene. Brasília, 1994.

_____. **Programa Nacional de Humanização em Saúde**. Relatório de Atividades 2003 / Secretária-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização em Saúde. Brasília, 2004.

MOTA, Ana Elizabete F. da. **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Capital e trabalho nos serviços de saúde**. Introdução e o conceito de serviços; determinação geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989, (mimeo).

_____. **O processo de produção dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz/ENSP, 1990.

_____. **O trabalho em serviços de saúde**. Adaptação do texto apresentado no seminário "O choque teórico", promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991. (mimeo).

_____. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

SESAP-RN — Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. ECOAS/SESAP-RN (Encontro Estadual de Assistentes Sociais da SSAP-RN). Relatório. Natal, março 1987.