



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

ALINE CARVALHO SOUZA

**O SERVIÇO SOCIAL NAS CLÍNICAS MÉDICAS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL PELA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2019

ALINE CARVALHO DE SOUZA

**O SERVIÇO SOCIAL NAS CLÍNICAS MÉDICAS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL PELA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Alta Complexidade em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Camargo

FLORIANÓPOLIS

2019

SOUZA, Aline Carvalho. **O Serviço Social nas clínicas médicas de um hospital universitário: caracterização do trabalho profissional pela equipe multiprofissional de saúde.** Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMO: Este artigo aborda o tema trabalho do (a) assistente social na alta complexidade em saúde. Tem como objetivo geral explicitar como a equipe multiprofissional das Clínicas Médicas I e II do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) caracteriza o trabalho desenvolvido pelo (a) assistente social em âmbito hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório baseado em pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social e no método dialético crítico e suas categorias. Para a coleta de dados aplicou-se um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas a 18 profissionais pertencentes à equipe multiprofissional de saúde das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Odontologia, vinculados na condição de servidores públicos, contratados e residentes multiprofissionais com ênfase na Alta Complexidade em Saúde. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo com recorte temático e interpretados com base no referencial teórico de Serviço Social e Saúde. Os dados passíveis de quantificação foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de quadros. Com base nos principais resultados encontrados destaca-se que as equipes multiprofissionais das clínicas médicas são majoritariamente compostas por profissionais do sexo feminino, demonstrando a histórica e cultural relação de gênero e saúde. Constatou-se a predominância de contratações profissionais pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), após sua entrada no HU/UFSC no ano de 2016, como um novo modelo de gestão na saúde. O ensino em serviço mostrou-se a principal modalidade de formação continuada após a conclusão da graduação. Quanto à caracterização sobre o trabalho do (a) assistente social, parte da equipe multiprofissional de saúde demonstrou apropriação ao descrever ações profissionais relacionadas ao atendimento direto aos usuários e familiares, a ações socioassistenciais e emergenciais, educativas e de encaminhamentos às equipes de saúde e assistência social. No que se refere à identidade profissional do (a) assistente social, a maior parte da equipe multiprofissional de saúde a relaciona à “assistência”, acreditando que o Serviço Social no trabalho junto à equipe multiprofissional de saúde desenvolve ações profissionais vinculadas a informações sobre direitos, facilitação do processo de trabalho entre equipe multiprofissional, usuários e suas famílias, incentivo ao protagonismo de usuários e familiares, visando contribuir com o fortalecimento e facilitando o processo de alta hospitalar. Nessa perspectiva, ratificam-se as contribuições da pesquisa ao debate sobre o trabalho do (a) assistente social em âmbito hospitalar, tensionando à integralidade da atenção desenvolvida pela equipe multiprofissional de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social, Trabalho, Alta Complexidade em Saúde, Identidade Profissional, Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT: This article addresses the theme of social worker work in the high complexity of health. Its general objective is to explain how the multiprofessional team of Medical Clinics I and II of the Polydoro Ernani University Hospital of São Thiago of the Federal University of Santa Catarina (HU/UFSC) characterizes the work developed by the social worker in hospital. This is an exploratory study based on field research, with a qualitative approach, based on social theory and the critical dialectical method and its categories. For data collection, a semi-structured questionnaire with open and closed questions was applied to

18 professionals from the multiprofessional health team of Nursing, Pharmacy, Physiotherapy, Speech Therapy, Nutrition, Psychology and Dentistry, linked as public servants, hired and multiprofessional residents with emphasis on High Health Complexity. Qualitative data were subjected to thematic content analysis and interpreted based on the theoretical framework of Social Work and Health. Quantifiable data were submitted to simple statistical analysis and represented by middle of frames. Based on the main results found, it is noteworthy that the multidisciplinary teams of medical clinics are mostly made up of female professionals, demonstrating the historical and cultural relationship of gender and health. It was found the predominance of professional hiring by the Brazilian Company of Hospital Services (EBSERH), after its entry into the HU/UFSC in 2016, as a new health management model. In-service teaching proved to be the main mode of continuing education after graduation. Regarding the characterization of the work of the social worker, part of the multiprofessional health team showed appropriation by describing professional actions related to direct care to users and family, socio-assistance and emergency actions, educational and referrals to health and care teams. Social. Regarding the social worker professional identity, most of the multiprofessional health team relates it to “assistance”, believing that the Social Work in the work developed with the multiprofessional health team developing professional actions related to information about rights, facilitation of the work process among the multiprofessional team, users and their families, encouraging the protagonism of users and their families, aiming to contribute to the strengthening and facilitating the discharge process. From this perspective, the research contributions to the debate about the work of the social worker in the hospital context are ratified, stressing the integrality of the care developed by the multiprofessional health team.

Keywords: Social Work, Work, High Complexity in Health, Professional Identity, Multiprofessional Team.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como delimitação temática o trabalho do (a) assistente social nas Clínicas Médicas I e II do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), hospital-escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal temática advém das experiências vivenciadas enquanto assistente social residente com ênfase na alta complexidade em saúde, nos anos de 2018 e 2019, pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), com base nas contradições observadas cotidianamente na caracterização do trabalho do (a) assistente social por parte da equipe multiprofissional de saúde.

O interesse em compreender como a equipe multiprofissional caracteriza o trabalho do (a) assistente social, justifica-se na importância que tal reconhecimento pode representar no fortalecimento do trabalho coletivo com vistas à integralidade. Mesmo após a transição de quase um século, percebe-se que o Serviço Social ainda tem atribuído a suas raízes, sua

identidade rotulada como uma profissão do auxílio, caridade e assistência social, como observado na experiência profissional. Nessa perspectiva problematiza-se essa não desvinculação da profissão das amarras que a recobrem e conceituam no endogenismo de seus primórdios.

A proposta apresenta relevância profissional e acadêmica considerando suas potenciais contribuições para o desvendamento da identidade profissional do Serviço Social na alta complexidade em saúde, tendo em vista que o trabalho do (a) assistente social apresenta particularidades nos diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais a categoria profissional se insere. A discussão se torna plausível diante dos insuficientes conhecimentos de parte da equipe multiprofissional de saúde sobre o que realmente compete ao trabalho do (a) assistente social na alta complexidade e, mais especificamente, nas clínicas médicas, conforme observado na experiência profissional. Portanto, explicitar como a equipe multiprofissional de saúde caracteriza o trabalho do (a) assistente social nesse espaço sócio-ocupacional pressupõe “[...] adotar a ação profissional como o vetor fundamental para o desvelamento dos processos do fazer profissional” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 36).

No Brasil, a saúde é atualmente reconhecida como um direito social universal e apresenta-se como uma das principais áreas de inserção profissional de assistentes sociais desde a década de 1930. Na década de 1980, com o “[...] movimento da Reforma Sanitária, visava-se efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas, com o advento posteriormente do Sistema Único de Saúde” (SILVA et al., 2017, p. 367). Nesse sentido, os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o sistema público de saúde vigente são compatíveis com o projeto ético-político profissional do Serviço Social e sua histórica inserção nos diversos espaços sócio-ocupacionais da saúde.

Nessa perspectiva, o trabalho do (a) assistente social vai ganhando visibilidade principalmente após a aprovação da Resolução n. 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual se consideram os determinantes sobre a “[...] relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como, do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1998, p. 1), reconhecendo-se o Serviço Social como uma das diversas categorias profissionais da área da saúde. Posteriormente, por meio desse documento, incitam-se estratégias no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e da Educação para a inclusão do Serviço Social em programas de residência integrada multiprofissional em saúde no País.

Conforme a Resolução n. 2/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), os programas de residência integrada

multiprofissional em saúde demandam que os profissionais da equipe multiprofissional tenham conhecimento sobre a atuação de cada profissão, “por meio da integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (BRASIL, 2012, p. 2). Nesse sentido, acredita-se que o estreitamento da relação interdisciplinar e multiprofissional em saúde é condição indispensável à garantia da atenção integral em saúde.

A partir desses elementos apresentam-se apontamentos sobre a temática e os resultados encontrados na pesquisa, organizados em duas seções. Na primeira seção descrevem-se os procedimentos metodológicos da pesquisa, resgatando-se o tipo de estudo, a abordagem, o método, o processo de coleta, análise e representação dos dados, bem como a interpretação dos resultados encontrados. Na segunda seção, expõem-se a análise e a interpretação dos resultados da pesquisa, organizados em quatro eixos temáticos: a) Composição da equipe multiprofissional de saúde das clínicas médicas; b) caracterização do trabalho do (a) assistente social pela equipe multiprofissional de saúde; c) identidade profissional do Serviço Social nas clínicas médicas perante a equipe multiprofissional de saúde; e d) as contribuições do assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde. Por último, tecem-se as considerações finais, retomando-se as motivações para a realização da pesquisa e a síntese dos principais resultados encontrados.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

No desenvolvimento da pesquisa tomou-se por base os principais autores de referência na área de Serviço Social e Saúde caracterizando-se como um estudo exploratório, baseado em pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social e no método dialético-crítico e suas categorias. Para tanto, formulou-se como problema de pesquisa: “*Como a equipe multiprofissional das clínicas médicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) caracteriza o trabalho do (a) assistente social?*” e como objetivo geral: “*Explicitar como a equipe multiprofissional das clínicas médicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) caracteriza o trabalho do (a) assistente social*”. O problema de pesquisa e o objetivo geral foram complementados pelas questões norteadoras e os objetivos específicos, conforme informações disponibilizadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Questões norteadoras e objetivos específicos da pesquisa

QUESTÕES NORTEADORAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Qual a composição da equipe multiprofissional de saúde das clínicas médicas?	Identificar a composição da equipe multiprofissional de saúde das clínicas médicas.
Como a equipe multiprofissional caracteriza o trabalho do (a) assistente social na alta complexidade em saúde?	Compreender como a equipe multiprofissional caracteriza o trabalho do (a) assistente social na alta complexidade em saúde.
Qual a identidade profissional do Serviço Social nas clínicas médicas perante à equipe multiprofissional de saúde?	Compreender a identidade profissional do Serviço Social nas clínicas médicas perante à equipe multiprofissional de saúde.
Quais as contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde?	Evidenciar as contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde.

Fonte: Souza (2019).

O método dialético-crítico possibilita uma aproximação com a realidade, por meio das categorias: historicidade, totalidade e contradição visando alcançar a “[...] essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento” (NETTO, 2011, p. 22). Dessa forma, não compreende os eventos de forma isolada, mas como frutos de um processo sócio-histórico em suas contradições e totalidade.

A abordagem qualitativa busca interagir “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 2002, p. 21-22), justificando-se pela possibilidade de conhecer a vivência dos sujeitos e o significado que suas respostas trazem ao contexto que se encontram. O estudo do tipo exploratório busca proporcionar maior familiaridade com o problema, “têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (Gil, 2002, p. 41). Minayo (2009, p. 61) indica que nesse tipo de estudo, o campo propriamente dito “permite a aproximação da pesquisadora com a realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade”. Por meio da pesquisa de campo é possível investigar o grupo social delimitado a ser estudado, o objeto, as concepções e as perspectivas dos sujeitos pesquisados.

Do universo da pesquisa, representado pelos 62 profissionais que compunham as equipes multiprofissionais de saúde das Clínicas Médicas I e II do HU/UFSC (Divisão Auxiliar de Pessoal HU/UFSC/EBSERH e a Coordenação da RIMSHU/UFSC, 2019) pertencentes às áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição,

Psicologia, Odontologia e Serviço Social, elegeu-se uma amostra do tipo não probabilística ou não probabilista intencional. Esta amostra de pesquisa consiste naquela em que “[...] a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador” (MATTAR, 1996, p. 132).

Para tanto, definiu-se como critério de inclusão na pesquisa, a multiplicidade de vínculos profissionais existentes na equipe multiprofissional de saúde, contemplando-se: servidores públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU), contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e residentes multiprofissionais da RIMS/HU/UFSC com ênfase na Alta Complexidade em Saúde, pertencentes às áreas de: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Odontologia, buscando-se dessa maneira dar visibilidade às diferentes concepções profissionais. Como critérios de exclusão estabeleceram-se a pertença à área de Serviço Social, a vinculação com a ação profissional indireta e complementar à assistência em saúde (setor administrativo, de manutenção e higienização hospitalar), a vinculação à equipe multiprofissional exclusivamente por processo formativo em nível de graduação (estagiários, bolsistas e acadêmicos), a recusa ao convite de participação na pesquisa.

Considerando-se os critérios de inclusão e exclusão definidos na pesquisa, excetuando-se as 7 profissionais pertencentes à área de Serviço Social, 55 dos 62 profissionais atuantes nas Clínicas Médicas I e II do HU/UFSC tornaram-se elegíveis para compor a amostra da pesquisa. Apesar do interesse em abranger a totalidade de profissionais da equipe multiprofissional foi possível realizar somente duas tentativas de entrega do instrumento de coleta de dados da pesquisa, sendo a primeira efetuada na metade do mês de setembro e a segunda na primeira quinzena do mês de outubro de 2019, tendo em vista a disponibilidade de tempo para cumprir as demais etapas do projeto de pesquisa e da elaboração do presente artigo.

Da totalidade dos 20 questionários distribuídos¹, 18 retornaram à pesquisadora até o mês de outubro de 2019, quando se encerrou o prazo de coleta de dados. Juntamente com os questionários respondidos, retornaram os respectivos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), respeitando-se ao estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012 (BRASIL, 2012).

¹ Antes de iniciar o processo de coleta de dados propriamente dito, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, conforme orientação presente na Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata das diretrizes e norma de pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi registrado na Plataforma Brasil e devidamente aprovado no mês de setembro de 2019.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, dispostas a partir de quatro núcleos temáticos, quais sejam: a) composição da equipe multiprofissional de saúde das clínicas médicas; b) caracterização do trabalho do (a) assistente social pela equipe multiprofissional de saúde; c) identidade profissional do Serviço Social nas clínicas médicas perante a equipe multiprofissional de saúde; e, d) contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde.

Segundo Gil (1999, p. 128), o questionário é uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”. Compreende-se que a utilização de questões abertas e fechadas são as que melhor respondem aos pressupostos da pesquisa, por permitirem aos profissionais a exposição dos seus conhecimentos a respeito da profissão e também as suas dúvidas.

Os dados qualitativos obtidos por meio do questionário foram interpretados com base no referencial teórico do Serviço Social e Saúde, e analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo com recorte temático com base em Bardin (1979). Bardin (1979, p. 42) se refere à análise de conteúdo como o “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos”. Assim, a pesquisa vai além da coleta ou materialização de dados, mas, da compreensão sobre a realidade social e do contexto histórico em que os sujeitos se encontram, como no significado do interior de sua escrita e a experiência da realidade concreta.

Na análise de conteúdo, ao analisar e interpretar os dados não se pretende apenas possuir uma opinião, mas sim explorar o “[...] conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende-se investigar” (GOMES, 2009, p. 79). Na pesquisa empreendida, utilizou-se como etapas na análise de conteúdo: a categorização, inferência, descrição e interpretação, visando à construção dos quatro núcleos temáticos citados anteriormente, explicitados a seguir. Os dados passíveis de quantificação foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de quadros.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DAS CLÍNICAS MÉDICAS DO HU/UFSC

Ao abordar o tema saúde nos hospitais universitários é premente entender que as políticas públicas de saúde instituem-se primeiramente pela Constituição Federal de 1988 como um “direito de todos e dever do Estado” e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990² (BRASIL, 1990) por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde é regida pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, não se limitando apenas à ausência de doença, mas ao cuidado de forma ampliada, à qualidade nos atendimentos, à promoção em saúde e à redução das desigualdades sociais.

Não obstante a isso, o HU/UFSC visa o acesso à saúde dos usuários, de forma pública e gratuita, direcionada ao cuidado multiprofissional organizado em diversas especialidades. Inaugurado em 1980, caracteriza-se como o único hospital federal no estado de Santa Catarina, possuindo foco na assistência à média e alta complexidade. Por ser uma instituição pública, disponibiliza apenas atendimentos pelo SUS e desde 2004 foi certificado como hospital de ensino que pactua atividades de formação, ensino e pesquisa (EBSERH, 2016).

As Clínicas Médicas I e II integram a Alta Complexidade em Saúde no HU/UFSC e são unidades nas quais internam idosos, pessoas com doenças crônicas, oncológicas e/ou infectológicas, diabéticos, hipertensos, pacientes renais e com inúmeras outras comorbidades. De modo geral, o público atendido permanece internado por período prolongado, constituindo vínculo com a equipe multiprofissional e apresentando em sua maioria vulnerabilidades no contexto social e da rede de apoio familiar, principalmente quando envolvem questões referentes ao “cuidar” e à alta hospitalar.

Como particularidade, a clínica médica I caracteriza-se como uma unidade de isolamento de contato de bactérias multirresistentes como por exemplo *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase (KPC)*. Contudo, o isolamento também pode ser respiratório como nos casos de suspeita do Vírus *Influenza (H1N1)*, da tuberculose, dentre outros (as) que exijam restrições de controle padronizadas pelas normativas de saúde. Também recebe a internação de usuários da oncologia e oncologia clínica, com a imunidade baixa e necessidade de isolamento durante a utilização de quimioterápicos.

Por sua vez, a clínica médica II recebe pacientes clínicos em geral, que não necessitem de isolamento. Sua principal particularidade são internações de pacientes oncológicos, visto que o HU/UFSC é referência regional em oncologia e oncologia clínica³.

² Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

³ É a área da medicina moderna que cuida das doenças malignas do sangue e gânglios ou ínguas. Fazem parte

Conforme informações disponibilizadas pela Divisão Auxiliar de Pessoal HU/UFSC/EBSERH e a Coordenação da RIMS/HU/UFSC, no mês de julho de 2019, as Clínicas Médicas I e II possuíam equipes multiprofissionais compostas por 62 profissionais, caracterizados como universo da pesquisa. No Quadro 2, a seguir, encontram-se informações sobre a composição das respectivas equipes multiprofissionais por área profissional:

Quadro 2 – Composição das equipes multiprofissionais das Clínicas Médicas I e II do HU/UFSC em 2019

PROFISSÃO	SERVIDORES HU/RJU	CONTRATADOS EBSEH	RESIDENTES R1 ⁴	RESIDENTES R2 ⁵
Enfermagem	15	9	4	0
Psicologia	2	0	4	1
Odontologia	1	0	2	0
Farmácia	1	0	3	0
Nutrição	1	1	2	1
Fisioterapia	0	1	2	1
Serviço Social	0	2	3	1
Fonoaudiologia	0	2	2	0
TOTAL	20	16	22	4

Fonte: Sistematização da Autora (2019).

Conforme explicitado anteriormente, do universo da pesquisa, 18 profissionais compuseram a amostra ao devolverem o questionário à pesquisadora, dos quais 16 (80%) pertenciam ao sexo feminino⁶ e 2 (20%) ao sexo masculino, das (os) quais: 7 (39%) da Enfermagem, 2 (11%) da Fisioterapia, 3 (16%) da Fonoaudiologia, 1 (6%) da Nutrição, 2 (11%) da Psicologia, 1 (6%) da Farmácia e 2 (11%) da Odontologia. Em relação à faixa etária 7 (39%) possuíam entre 21 a 29 anos, 5 (28%) possuíam entre 30 e 39 anos e 6 (33%) possuíam entre 40 e 49 anos.

desse grupo os linfomas, leucemias, doenças mieloproliferativas (policitemia, trombocitemoa e mielofibrose), mielodisplasias e o mieloma múltiplo. Já a oncologia clínica é a especialidade médica responsável pelo tratamento medicamentoso á diversos tipos de câncer, tais como câncer de mama, pulmão, pâncreas, etc. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016).

⁴ Dos residentes multiprofissionais, 22 encontravam-se cursando o 1º ano de Residência (R1), realizando rodízio na Alta Complexidade em Saúde e não estavam fixos nas Clínicas Médicas I e II.

⁵ Dos 21 residentes multiprofissionais cursando o 2º ano de Residência (R2), 4 encontravam-se fixos nas Clínicas Médicas I e II. Os demais se encontravam dispersos em outras unidades, não constituindo-se sujeitos da pesquisa.

⁶ Para dar mais visibilidade ao dado encontrado, a partir daqui, a flexão de gênero feminino passa a se tornar a forma genérica de apresentação dos resultados.

Das categorias profissionais de saúde que compuseram a amostra da pesquisa, 16 (80%) apresentavam-se constituídas por mulheres. O dado demonstra a histórica e cultural relação de gênero e saúde, posto que o “feminino” foi e permanece sendo associado ao “cuidado”. Pastore et al. (2008, p. 3) afirmam que “o setor da saúde tem se caracterizado pela forte existência da divisão sexual do trabalho onde predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar”, e historicamente o espaço sócio-ocupacional da saúde é concentrado por um público feminino.

No que diz respeito ao vínculo com o HU/UFSC, 1 (6%) das profissionais eram servidoras públicas RJU, 8 (44%) eram contratadas pela EBSEH, 2 (11%) encontravam-se na condição de residentes de 1º ano (R1) e 7 (39%) na condição de residentes de 2º ano (R2). Desde a adesão à EBSEH, no ano de 2016, vinculando o HU/UFSC a um novo modelo de gestão em saúde, tem se observado o crescimento significativo do número de contratos profissionais em relação à realização de concursos públicos via RJU. Nesse crescente direcionamento da administração hospitalar e contratual por empresas denominadas estatais, “[...] o Estado assume o papel de ser um ‘Estado-empresa’, capturando os valores que se hospedam na reprodução social. Ou seja: visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais” (SODRÉ, 2013, p. 3). Essas questões refletem nas modificações trazidas por esse novo modelo de gestão em saúde, com impactos profissionais por meio de diferenças salariais, planos de carreira, instabilidade profissional, novas exigências institucionais, dentre outros elementos que precarizam as relações de trabalho e conseqüentemente a atenção em saúde.

Quanto ao tempo de conclusão da graduação, a maioria, 8 (44%) das profissionais concluíram-na há mais de 10 anos, 1 (6%) entre 6 e 10 anos, 4 (22%) entre 3 e 5 anos, 4 (22%) entre 1 e 2 anos e 1 (6%) graduou-se há menos de 1 ano. Quanto à natureza administrativa da instituição de formação em nível de graduação, 11 (61%) são provenientes de instituições pública federais, 2 (11%) de instituições públicas estaduais, 4 (22%) de são privadas e 1 (6%) de instituições comunitárias.

Quanto à formação continuada após a conclusão da graduação, observou-se a prevalência dos programas de residência integrada multiprofissional em saúde em (33%), isto é, 6 das (os) profissionais são egressas (os) de modalidades de ensino em serviço em que conforme Grams (2018, p. 5) “para esse novo profissional, preconizam-se as seguintes competências: prestar um cuidado integral, aprender a trabalhar em equipe, buscar novas alternativas e assumir responsabilidades com o usuário e com o serviço de saúde”.

Outras 2 (11%) possuíam Mestrado, seguidas de 1 (6%) com Doutorado, 4 (22%)

com outro tipo de Especialização e 5 (28%) que não cursaram nenhuma modalidade de formação após a conclusão da graduação. Nesse sentido, observou-se a emergência da RIMS como importante estratégia de qualificação profissional para atuação nos diversos espaços sócio-ocupacionais da saúde, bem como na constituição de equipes multiprofissionais direcionadas à integralidade em saúde.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

A concepção da ação profissional como trabalho parte do reconhecimento do (a) assistente social como trabalhador (a) assalariado (a), inserido na divisão sócio técnica do trabalho e, portanto, subordinado (a) às mesmas injunções da classe trabalhadora em prol da qual atua (IAMAMOTO, 2015). Em tempos de ofensiva neoliberal faz-se necessário explicitar a lógica que antecede a abordagem analítica do trabalho, ou seja, “[...] o significado do trabalho no processo de constituição do indivíduo social e na produção da vida material [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 339). Logo, é preciso reconhecer e tratar a questão social em suas múltiplas expressões, como matéria-prima ou objeto de trabalho do (a) assistente social, bem como o seu desvendamento pela utilização do instrumental de trabalho, com vistas ao alcance de resultados nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais o/a profissional se insere.

Com base nos dados obtidos na pesquisa, observou-se que em sua grande maioria, as ações profissionais caracterizadas pela equipe multiprofissional de saúde relacionam-se ao atendimento direto aos usuários e seus familiares, a ações socioassistenciais e emergenciais, educativas e de encaminhamentos às equipes de saúde e assistência que se direcionam ao que consta no primeiro dos quatro eixos norteadores apontados nos Parâmetros de Atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2010) denominado de “*Atendimento direto aos usuários*”.

Os parâmetros de atuação possuem como finalidade política e técnica apontar um direcionamento para as ações profissionais desenvolvidas pela categoria na saúde. Propostas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2010, visam à articulação da atuação profissional na saúde por meio de uma perspectiva de totalidade. Dentre os quatro eixos descritos no referido documento, além do “*Atendimento direto aos usuários*”, que contemplam as ações socioassistenciais, as ações de articulação com a equipe de saúde e as ações socioeducativas, encontram-se mais três eixos, que são: “*Mobilização, participação e*

controle social”; “*Investigação, planejamento e gestão*”; e “*Assessoria, qualificação e formação profissional*” (CFESS, 2010).

Assim, buscou-se analisar as informações relacionando como a equipe multiprofissional de saúde caracteriza e como efetivamente se desenvolve o trabalho do (a) assistente social por meio do primeiro eixo norteador que consta nos Parâmetros de Atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2010), que é o que mais se identifica com a caracterização apontada pela equipe multiprofissional de saúde enquanto trabalho profissional, conforme ilustrado no Quadro 3:

Quadro 3 – Caracterização do trabalho do (a) assistente social pela equipe multiprofissional de saúde

EIXO I - ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS	
AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS (23 AÇÕES)	Atendimento a usuários e familiares (6), medidas de ou dar assistência social (2), atuar no abandono familiar nas instituições (1), visita domiciliar (1), situações de vulnerabilidade gerais (2) e violência (1), bem-estar do paciente (1), necessidades humanas básicas (1), fornecimento materiais de higiene (3), peças de roupas (2), dietas enterais (1), fraldas (1), alimentação de acompanhantes (1), alojamento (3), consultas (1), encaminhamentos e orientações para: transferência (4), alta hospitalar (3), medicamentos de alto custo (2), transporte (7), óbito (2), cartório (1), casa de apoio para familiares (2).
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE (4 AÇÕES)	Encaminhamentos/contato com a rede de serviços (5), equipamentos para uso domiciliar (1), oxigenoterapia (1), exames - medula óssea (1).
AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS (11 AÇÕES)	Compreensão da realidade social dos pacientes (2), auxílio nas “questões sociais” (4), contatar rede de apoio do paciente (5), aproximação de familiares e cuidadores (1), favorecimento da autonomia do paciente (1), fragilidade nos vínculos familiares (3), obrigatoriedades sociais (2) deveres do usuário (1) orientações referente a direitos sociais (18), benefícios (3), previdenciárias (10).

Fonte: Sistematização da Autora (2019) com base em CFESS (2010).

O eixo “*Atendimento direto aos usuários*” delimita-se a todos os espaços em que seja possível a atuação do (a) assistente social, desde a atenção básica até a média e alta complexidade e apontam-se três ações existentes dentro desse eixo. A primeira delas diz respeito às ações socioassistenciais, apontadas como as mais frequentes no cotidiano profissional, com a descrição de 23 ações profissionais pela equipe multiprofissional de saúde. Ocorre que, após a contrarreforma⁷ as políticas públicas como a política de saúde, vem

⁷ “Os processos de contrarreformas nas políticas sociais no Brasil vêm ocorrendo desde a década de 1990, em nome da propalada crise capitalista. A partir de diferentes conjunturas: no neoliberalismo (Fernando Collor e FHC), no social-liberalismo como variante do neoliberalismo (Lula da Silva e Dilma Rousseff) e no recrudescimento do neoliberalismo (Michel Temer)” (SILVA, NÓBREGA, MATIAS, 2017, p. 24).

sofrendo com a mercantilização e a defasagem dos serviços, a burocratização do acesso e com a grande demanda nos atendimentos (BRAVO, 2009). Fatores esses, que refletidos nas informações trazidas nos questionários reproduzem-se nas principais demandas socioassistenciais, retrocedidas a um modelo de práticas pontuais, como por exemplo na entrega de materiais de higiene, fraldas, roupas, transporte, casa de apoio, dentre outros, como nas inúmeras expressões da questão social⁸, relacionadas às vulnerabilidades trazidas pelo desemprego, fome, violência, pobreza, abandono, etc.

Em uma das questões abertas 2 (11%) das 18 profissionais apontaram como caracterização do trabalho do (a) assistente social “*medidas de ou dar assistência social*”. Observa-se que aqui, vincula-se a profissão diretamente à assistência social, sendo que a mesma é uma política e o Serviço Social atua nas políticas públicas e sociais, não apenas no âmbito ou em medidas de assistência, mas na saúde, educação, previdência, etc.

Em outra questão aberta, 1 (6%) das (os) profissionais caracterizaram o trabalho do (a) assistente social como “*atuar no abandono familiar nas instituições*”. Entende-se que o Serviço Social atua em prol dos direitos dos usuários para que tenham condições de acesso à moradia, saneamento ou para encaminhamento a instituições como no caso das clínicas médicas com perfil de usuários idosos, acamados e dependentes. Contudo, pontua-se que não se deve responsabilizar o/a profissional pelo cuidado em saúde, já que o Estado é responsável em garantir as demandas de saúde como direito social, considerando-se no caso de usuários internados, que o fato de se ter um acompanhante é um direito, mas não uma “*obrigatoriedade social*”, ou um “*dever dos usuários*”, familiares e/ou acompanhantes como trouxeram outros 2 (11%) e 1 (6%) das profissionais.

Referente à ação de “*contatar a rede de apoio*” mencionada por 5 (28%) das profissionais, emergem duas questões: em primeiro lugar, a fragilidade em que se encontra o usuário durante a internação ao não dispor de uma rede de apoio/um acompanhante, e em segundo lugar os impactos da ausência de uma rede de apoio/um acompanhante na rotina das profissionais de saúde perante os cuidados. Observa-se que, durante a internação, o usuário necessita de cuidados para os quais a equipe multiprofissional de saúde, majoritariamente da área de Enfermagem, não possui quantitativo suficiente para suprir tais demandas como auxílio nas alimentações, banhos e/ou até mesmo alcançar um copo de água.

⁸ “O Serviço Social tem na Questão Social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. (IAMAMOTO, 2009, p. 27).

Quanto à resposta apontada como “*bem-estar do paciente*”, trazida por 1 (6%) das profissionais, não cabe apenas ao Serviço Social garantir o bem-estar dos usuários, mas esta ação também se relaciona aos princípios do SUS, cabendo a toda equipe multiprofissional a compreensão do conceito ampliado de saúde. No que diz respeito às “*necessidades humanas básicas*”, apontadas por 1 (6%) das profissionais reitera-se o compromisso do Serviço Social com a superação de ações de políticas sociais residuais, pontuais e focalistas, a partir do qual não se deve relacionar as necessidades humanas básicas aos mínimos sociais, e/ou a satisfação de necessidades básicas atribuídas a ideologias neoliberais (PEREIRA, 2006). Mas, através do enfrentamento das desigualdades sociais, por meio de políticas sociais igualitárias e não mínimas, que não abrangem apenas medidas sócio-emergenciais como o “*fornecimento de materiais de higiene ou Peças de roupas*” trazidos por outras 5 (28%) das profissionais.

Destacam-se também, experiências de práticas observadas nos atendimentos em que o Serviço Social é solicitado a resolver situações sobre manutenção de equipamentos como cadeiras, tomadas, televisões, compra de passagens, ou até mesmo para a sensibilização a induzir usuários a abrirem diagnósticos de doenças a familiares, o que vai totalmente contra os princípios éticos profissionais.

Outros fatores caracterizados pela equipe no questionário são apontados para “*contatos com cartório*”, auxílios para demandas referentes a “*exames*”, marcação de “*consultas*”, “*dietas enterais*”, liberação para “*alimentação de acompanhantes*”, que não necessariamente caracterizam ações privativas do (a) assistente social, mas acabam sendo direcionadas ao Serviço Social e poderiam ser realizadas por todo e qualquer profissional da equipe multiprofissional de saúde. Em pesquisa semelhante referente às ações profissionais do (a) assistente social na saúde, Vasconcelos (2009) salienta tratarem-se de ações imediatas, isoladas “*não articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente as demandas implícitas*” (VASCONCELOS, 2009, p. 250).

Problematiza-se que, possivelmente, devido à leitura enviesada e histórica não rompida do trabalho desenvolvido pelo (a) assistente social, a profissão acabe não focando, por vezes, nas ações profissionais que correspondem às atribuições privativas e competências profissionais previstas na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1903), que não ocorrem com tanta frequência como atuar na gestão, avaliação, monitoramento, e também apontadas nos Parâmetros de Atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2010), supervisão, assessoria dentre várias outras previstas para além das demandas sócio-emergenciais.

Como aponta Guerra (2019), a ação profissional do (a) assistente social no cotidiano profissional realiza-se pela sua inserção na execução de políticas sociais, limitada ou potencializada por sua ação profissional, marcada por um padrão de:

Políticas sociais privatista, mercantilista e assistencialista, que fragmenta, segmenta e setoriza as necessidades e categorias sociais, predispõe um tipo de intervenção: pontual, focalizada, imediata, burocrática, miméticas, repetitiva, pragmática e eminentemente instrumental, exigindo pouca qualificação para responder às demandas imediatas, condicionando o exercício profissional às características e dinâmica do cotidiano e se limitando a ele. (GUERRA, 2019, p. 11).

Cabe ressaltar que dentro das ações socioassistenciais o/a profissional não deve apenas realizar ações pontuais, mas promover a democratização das informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos sobre direitos sociais, construção do perfil socioeconômico dos usuários determinando todos os seus condicionantes de saúde como habitação, trabalho, família, conhecer e facilitar a realidade dos usuários como sua rede de serviços, elaborar estratégias de intervenção e estudos socioeconômicos (CFESS, 2010), por meio de ações profissionais que visem apreender a realidade em sua totalidade e não de forma isolada.

Quanto às ações de articulação com a equipe de saúde, foram caracterizadas como quatro principais ações do (a) assistente social: demandas relacionadas a encaminhamentos e/ou contatos com a rede de serviços, acesso a equipamentos domiciliares, oxigenoterapia, exames. Destaca-se que o/a assistente social em seu trabalho profissional “[...] dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores” (CFESS, 2010, p. 46). Ao ser apontada a articulação com as equipes de saúde, salientam-se também as necessidades que envolvem a alta hospitalar, cabendo ao Serviço Social a identificação e encaminhamentos às redes de saúde e assistência social.

Salientam-se, além das ações profissionais caracterizadas pela equipe multiprofissional de saúde, outras ações desenvolvidas pelos (as) assistentes sociais na saúde, como: esclarecer suas competências e atribuições aos demais profissionais da equipe de saúde, elaborar propostas de trabalho, treinamento, capacitações com vistas a qualificar ações junto aos usuários, identificar e atuar nos determinantes sociais, planejar, avaliar, executar, projetos que envolvam usuários, famílias entre outros propostos pela equipe (CFESS, 2010).

Quanto às ações socioeducativas foram caracterizadas pela equipe multiprofissional de

saúde ações profissionais como: compreensão da realidade social, auxílio nas “questões sociais”, organização da rede de apoio, aproximação de familiares e cuidadores, favorecimento da autonomia do paciente, fragilidade nos vínculos familiares, orientações referente a direitos sociais, e previdenciárias. Essas ações consistem na reflexão e orientação de informações abrangentes, tendo como intencionalidade não apenas o esclarecimento de informações, mas “a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencialização dos sujeitos para a construção de estratégias coletivas” (CFESS, 2010, p. 55). Além das ações profissionais dessa natureza caracterizadas pelos sujeitos da pesquisa, destacam-se: sensibilização dos usuários sobre direitos, democratização de informações, realização de debates, oficinas, atividades socioeducativas, mobilização e incentivo das famílias no controle social (CFESS, 2010).

Observou-se que ao caracterizar o trabalho do (a) assistente social na saúde, a equipe multiprofissional, em sua grande maioria, apontou demandas e/ou situações que representam as expressões da questão social que se manifestam por meio da violência, pobreza, vulnerabilidades, que demandam a ação profissional do Serviço Social.

3.3 A IDENTIDADE DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NAS CLÍNICAS MÉDICAS PERANTE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

No Brasil, o Serviço Social surge em meados da década de 1930, influenciado por referenciais europeus e, posteriormente americanos, para intervir face ao processo de industrialização. Os detentores do capital ao “[...] unir-se ao Estado e a Igreja, como poderes organizados a classe dominante, procuravam conceder estratégias com força disciplinadora e desmobilizadora” (MARTINELLI, 2011, p. 122), com a intenção de conter as reivindicações da população que questionava as desigualdades existentes. Costa (2008, p. 39), refere que o “Serviço Social se institucionalizou no país como uma profissão estratégica no processo de controle racional dos conflitos entre capital e trabalho e conseqüentemente, da questão social”.

Nesse contexto, a profissão manifestava-se por intermédio da sociedade capitalista por um viés filantrópico, atrelado a um caráter conservador, de uma vertente positivista. Grande parte das primeiras assistentes sociais era proveniente da burguesia, sendo jovens mulheres participantes da igreja, que exerciam funções como de assistência médica, empréstimos, auxílio de materiais e a atividades que visavam ao controle dos movimentos sociais como

estratégias da burguesia de amenizar as reivindicações do proletariado (MARTINELLI, 2011).

Entre as década de 1970 e 1980, o Serviço Social apresenta avanços significativos, com o Movimento de Reconceituação na América Latina pautado na perspectiva marxista⁹. Embasado por essa perspectiva teórica e com a ruptura com o conservadorismo, o Serviço Social desvincula-se do que anteriormente era conhecido por sua atuação, atribuída à visão tradicional e endogenista voltada à ajuda, caridade e ao assistencialismo. O Serviço Social passa assim, a discutir a legitimidade e a natureza da profissão, desconstruindo a gênese herdada pela relação intrínseca à igreja e ao capitalismo (MARTINELLI, 2011).

A problematização da pesquisa acerca da identidade profissional partiu do pressuposto de que, apesar do processo de reconceituação, a profissão permanece vinculada à uma identidade atribuída à sua atuação profissional como aquela direcionada à ajuda e assistência aos outros, aos pobres, como na gênese de sua identidade atribuída pela classe dominante através da “[...] produção de uma prática que se expressava fundamentalmente como um mecanismo de reprodução das relações sociais de produção capitalista, como uma estratégia para garantir a expansão do capital” (MARTINELLI, 2011, p. 124).

No que diz respeito à identidade profissional do (a) assistente social, as profissionais apresentaram divergências em suas respostas apontando mais de uma opção em perguntas fechadas. Das 18 profissionais participantes da pesquisa, 13 (72%) afirmaram que o (a) assistente social é o/a profissional da assistência social, 8 (44%) referiram-no (a) como o/a profissional que luta pelos direitos dos usuários, 2 (11%) identificaram o/a assistente social como a profissão voltada à caridade, e outras 2 (11%) como o/a profissional relacionado à filantropia. Nessa perspectiva, observa-se que a equipe multiprofissional de saúde atribui ao Serviço Social uma identidade em conformidade com a “atividade profissional a serviço do ajustamento entre capital e trabalho, um elo intermediário entre o proletário e a burguesia, entre as classes subalternas e as classes dominantes” (MARTINELLI, 2011, p. 130).

Ao apresentarem dúvidas sobre o trabalho do (a) assistente social 11 (61%) das profissionais referiram consultar ao/à próprio (a) assistente social, 7 (38%) das profissionais referiram perguntar aos/às colegas, e 3 (16%) referiram que na maioria das vezes sabem o que o/a assistente social faz, 1 (6%) referiu saber exatamente o que o/a assistente social faz e outras 1 (6%) referiram que já deixou de solicitar atendimento por não conhecer o trabalho do

⁹ “A aproximação com o marxismo, iniciado no movimento de reconceituação em suas limitações iniciais e adensada anos 1980 é um ponto de inflexão na trajetória da profissão no campo do conhecimento” (CLOSS, 2015, p. 3).

(a) assistente social.

Problematiza-se nesse sentido, as dificuldades que a comunicação pode impactar na equipe multiprofissional, como observado por 1 (6%) das (os) profissionais que já deixaram de solicitar atendimento por não conhecer o trabalho do (a) assistente social, podendo esse fator refletir na fragmentação de intervenções necessárias ao usuário, já que a RIMS é uma proposta pedagógica tendo como “[...] objetivo a articulação entre serviço, ensino e gestão, além de permitir a construção de competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipes.” (GRAMS, 2018, p.6), e nesse sentido é necessário que os profissionais estejam integrados entre “[...] núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (BRASIL, 2012, p. 2).

Outra questão relevante é que 7 (38%) das (os) profissionais indicaram que quando apresentam dúvidas sobre a atuação do (a) assistente social, perguntam a respeito disso aos/às colegas, o que pode fragilizar a identidade da profissão, já que conforme as informações trazidas parte dos profissionais reconhecem o/a assistente social como o/a profissional da assistência social, até mesmo associando-o à filantropia e à caridade.

Essa insuficiência de conhecimentos acerca da profissão pode fortalecer a atribuição da identidade profissional a práticas assistencialistas em que o/a assistente social é acionado a amenizar conflitos através do controle da população e/ou de intervenções pontuais. Assim, entende-se importante que as categorias profissionais sejam oportunizadas a compartilhar informações e conhecimentos, já que a RIMS deve buscar “a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (BRASIL, 2012, p. 2), com vistas à integralidade e ao fortalecimento da equipe multiprofissional de saúde, que reflitam na qualificação do atendimento aos usuários.

3.4 CONTRIBUIÇÕES DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NO TRABALHO DESENVOLVIDO JUNTO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

Quanto às contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde, a maioria das respostas relaciona-se às ações socioeducativas e ações socioassistenciais, destacando-se as contribuições dispostas no Quadro 4:

Quadro 4 – Contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde

AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS	AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS
<p>Informações trazidas a equipe multiprofissional sobre direitos (2), facilitação no processo de trabalho da equipe com o paciente (1), relações interpessoais que podem ser interrompidas durante a internação (1), instrumentalizar/empoderar os pacientes e família a buscarem seus direitos (1), informar aos pacientes e familiares sobre direitos sociais (1) e previdenciários (4), reforçar o vínculo com a rede de saúde e assistência social (2), proporcionar novas perspectivas sobre os casos (1), fortalecimento do paciente e família em situações vulneráveis (1).</p>	<p>Orientações de assistência social, quando ninguém mais poderia ajudar (1), realização de estudo social levando em consideração a realidade do usuário (1), observação dos aspectos sociais (2), facilitar o processo da alta hospitalar (8), tranquilizar pacientes e familiares (1), avaliar o paciente em sua totalidade, integralidade e não apenas na recuperação da saúde (1), auxílio na aquisição e empréstimo de equipamentos (1).</p>

Fonte: Sistematização da Autora (2019).

A maioria das profissionais participantes da pesquisa indicou acreditar que o Serviço Social contribui por meio da facilitação da comunicação entre a equipe multiprofissional, o usuário e sua família, seja no processo de alta hospitalar, na referência e contrarreferência, na rede de apoio, nos cuidados durante a internação por meio de orientações e observações do aspecto social e de direitos que os usuários não sabem que possuem, dentre outros fatores significativos. Assim, o/a assistente social insere-se no processo sócio-histórico de luta em defesa da democracia e em prol dos direitos sociais, inserido diretamente nas políticas públicas e sociais, sendo uma profissão regulamentada e com um projeto ético-político vinculado a:

Um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero, [...] afirmando a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbitrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2009, p. 155).

Muito da realidade dos usuários internados nas Clínicas Médicas I e II do HU/UFSC, relaciona-se a fatores influenciados pelas desigualdades sociais vivenciadas, fragilidades no contexto familiar e da rede de apoio que desencadeiam demandas sociais referentes à responsabilização dos cuidados durante e após a internação, habitação, hábitos culturais, dificuldades financeiras, dentre outros. Sendo assim, demonstra-se a importância da atuação profissional do Serviço Social em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde, buscando apreender a totalidade das contradições existentes, no contexto da realidade em que cada usuário se insere e de sua fragilização, levando em consideração que:

[...] O trabalho em equipe deve ser utilizado enquanto ferramenta essencial no enfrentamento das instabilidades e ou impasses com os quais se deparam em suas práticas cotidianas para garantir o direito à saúde, possibilitando uma abordagem mais integral e resolutiva. Ressaltamos que a atuação conjunta permite um sentimento de segurança aos pacientes, familiares e cuidadores reduzindo a tensão emocional e colaborando com melhor adesão ao tratamento (SILVA, 2017, p. 373).

Dessa forma, o Serviço Social se insere no âmbito da equipe multiprofissional de saúde efetivando estratégias de atendimento às expressões da questão social materializadas em demandas e torna-se, “[...] objeto de intervenção sistemática e contínua do Estado. Com isso, instaurando-se um espaço determinado na divisão social e técnica do trabalho [...]” (GUERRA, 2000, p. 6). Essas demandas perpassam a questão social refletida na realidade dos usuários, que em sua grande maioria apresentam-se para o Serviço Social traduzidas pelas contradições existentes entre capital x trabalho, nas quais o/a assistente social intervém a favor dos direitos sociais a exemplo do direito social à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbrou-se assim, a necessidade de abordar a relação das políticas públicas de saúde nas quais se insere o Serviço Social no HU/UFSC enquanto categoria junto à equipe multiprofissional, não apenas para informar aos/às profissionais da saúde sobre o trabalho do (a) assistente social, mas também o porquê e para quê encontram-se inseridos (as) nesse campo, já que atualmente mostra-se crescente o número de atendimentos aos usuários internados que demandam intervenções sociais, principalmente nas unidades como nas Clínicas Médicas I e II.

A pesquisa tem o intuito de fomentar a importância do esclarecimento sobre o significado da profissão e da relação entre a caracterização trazida pela equipe multiprofissional e do que efetivamente compete ao trabalho do (a) assistente social. Por meio dos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010), buscou-se relacionar a caracterização apontada pela equipe multiprofissional aos eixos norteadores da ação profissional que mais se identificaram com as respostas caracterizadas pelas profissionais, visando fundamentar a dimensão de aspectos da ação profissional.

Com base nos principais resultados encontrados na pesquisa, destaca-se que o perfil das equipes multiprofissionais das clínicas médicas são compostas por profissionais majoritariamente do sexo feminino, demonstrando sua histórica e cultural relação de gênero

com profissionais atuantes na saúde, com predominância de contratações profissionais pela EBSEH, após sua entrada no HU/UFSC em 2016, sob um novo modelo de gestão na saúde. O ensino em serviço mostrou-se a principal modalidade de formação continuada após a conclusão da graduação.

Observou-se que a equipe multiprofissional caracteriza o trabalho do (a) assistente social na saúde como ações profissionais de atendimento aos usuários, familiares, socioassistenciais e emergenciais, educativas e de encaminhamentos às equipes de saúde e assistência social que se direcionam ao que consta no primeiro dos quatro eixos norteadores apontados nos Parâmetros de atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2010) intitulado “*Atendimento direto aos usuários*” que se relaciona às ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e a ações socioeducativas.

Quanto à identidade profissional do Serviço Social, a equipe multiprofissional de saúde relaciona o/a assistente social ao profissional da assistência social, sendo que a assistência social é uma política, e o profissional atua nas políticas públicas e sociais em prol dos direitos da população usuária intervindo nas mais diversas expressões da questão social no âmbito da saúde, educação, habitação e não apenas da “assistência”.

Quanto às contribuições do (a) assistente social no trabalho desenvolvido junto à equipe multiprofissional de saúde, destacaram-se ações profissionais vinculadas a informações sobre direitos, facilitação do processo de trabalho entre equipe multiprofissional, usuários e suas famílias, incentivo ao protagonismo de usuários e familiares, visando contribuir com o fortalecimento e facilitando o processo de alta hospitalar, que se identifica com as ações socioeducativas, também atribuídas nos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010).

A pesquisa buscou contribuir com o debate referente ao trabalho do (a) assistente social em âmbito hospitalar, considerando-se os impactos que as informações sobre o trabalho profissional podem trazer à equipe multiprofissional de saúde. Sabe-se que o/a assistente social é o/a profissional da assistência social que atravessa os espaços sócio-ocupacionais e este aspecto não deve ser apontado negativamente, pois integra a sua identidade histórica. No entanto, é necessário o esclarecimento do significado de suas ações, com vistas à democratização do acesso aos direitos dos usuários e não apenas de ações voltadas a um viés assistencialista relacionado à construção histórica da profissão. A integração entre a equipe multiprofissional de saúde visa qualificar os atendimentos em saúde e orientar os profissionais de outras áreas sobre o trabalho do (a) assistente social. As questões norteadoras buscaram esclarecer o problema de pesquisa, tendo em vista o significado que a ação profissional pode

assumir na equipe multiprofissional de saúde, sobre o que se entende por um contexto ampliado, interdisciplinar e integral de saúde, que vai diretamente ao encontro da proposta trazida pelos programas de residência integrada multiprofissional em saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 mai. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 5 mai. 2019

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9. ed. rev. e atual. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. 60 páginas “Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n. 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11”.

BRASIL. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. **Resolução n. 2**, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, de 13 abril de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 16 abr. 2012.

Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 8 dez. 2019.

BRASIL. **Resolução n. 287**, de 08 de outubro de 1998. Conselho Nacional de Saúde.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CLOSS, Thaisa T. **Fundamentos do Serviço Social: uma análise das produções nos periódicos da área**. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis/SC, 2015. Disponível em: <http://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_255.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

COSTA, Francilene Soares de Medeiros. **Instrumentalidade do Serviço Social: dimensões**

teórico metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional. Dissertação de Mestrado, 2008, UFRN. Disponível em:

<<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/FrancileneSMC.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

EINSTEIN, Hospital Albert. **Oncologia**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira.

Disponível em:<<https://www.einstein.br/especialidades/oncologia/hematologia-oncologica>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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

GOMES, Romeu, MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

GRAMS, Nathalia, CAMARGO Marisa. **Contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na trajetória de formação e inserção profissional de Assistentes Sociais**. Trabalho de Conclusão de Residência. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

GUERRA, Yolanda. **A Dimensão técnico-operativa do exercício profissional**. ETSoc Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, 2019. Disponível em:< Acesso em: 09 jan. 2020. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000563.pdf>>.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para assistentes sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS-UNB, 2000. Disponível em:

<<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/guerra-yolonda-a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/view>>. Acesso em: 18 set. 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Identidade e alienação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MATTAR, Fauzer. **Pesquisa de marketing**. Ed. Atlas. 1996.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma, Cristina Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. In: **Rev. Textos & Contextos**, v. 8, n. 1. Porto Alegre: jan./jun., 2009, p. 22-48.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em: . Acesso em: 5 mai. 2019.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011, 64 p.

NETTO, José Paulo. In: MOTA, Ana Elizabete Mota et al., (Orgs). **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

PASTORE, Elenice, DALLA ROSA, Luisa, HOMEM, Ivana Dolejal. **Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde**. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3ed. São Paulo: Cortez, 2006.
SILVA, Alessandra Ximenes, NÓBREGA, Mônica Barros da, MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande, EDUEPB, 2017. Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/Contrarreforma-Intelectuai-e-servic%25CC%25A7o-Socials.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, Elaine Fonseca A. da, et al. **Serviço Social Hospitalar: atuação prática com famílias/cuidador**. In: LISBOA, Teresa Kleba et al. (Orgs.). Estudos interdisciplinares sobre gênero, família e saúde. 1. ed. Tubarão/SC: Copiart, 2017, 400 p.

SODRÉ, Francis; Littike, Denilda; Drago, Leandra Maria Borlini; Perim, Maria Clara Mendonça. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Serv. Soc. Soc. no.114 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009>. Acesso em: 28 nov. 2019.

SOUZA, Aline C. **O trabalho do (a) assistente Social nas Clínicas Médicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Projeto de Trabalho de Conclusão de Residência. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: MOTA, Ana Elizabete Mota et al., (Orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.