

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SCHAIANNY LIMA RIOS

**A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS PARA OS
ASSISTENTES SOCIAIS: UM ESTUDO A PARTIR DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE
FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2011

SCHAIANNY LIMA RIOS

**A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS PARA OS
ASSISTENTES SOCIAIS: UM ESTUDO A PARTIR DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

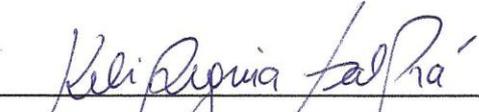
2011

SCHAIANNY LIMA RIOS

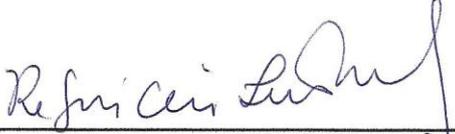
**A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS
PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS: UM ESTUDO A PARTIR DOS
HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Regina Célia Tamasso Mioto
Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira Examinadora



Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Krüger
Departamento de Serviço Social – UFSC
Segunda Examinadora

FLORIANÓPOLIS

2011

Dedico este trabalho a minha amada mãe, e ao meu amado tio Júnior, pois tudo que sou e conquistei devo a vocês. Instigaram-me a busca por novos saberes através do imenso amor que despendem em seus filhos! Amo vocês demasiadamente.

*Em especial, dedico este trabalho ao meu amado e companheiro
marido, que intensamente permaneceu ao meu lado com sua
carinhosa sabedoria durante esses cinco anos de universidade.
Literalmente estivemos lado a lado, construindo saberes e
fortalecendo nosso amor.
Inspiro-me em você para ser uma competente Assistente Social.
Obrigada pelo nosso imensurável amor!*

AGRADECIMENTOS

Por vezes, penso que expesso o amor pelos momentos e pessoas excessivamente, e por esta razão, meus agradecimentos podem tornar-se demasiados. Entretanto, serão verdadeiramente sinceros.

Agradeço primeiramente a Deus, esta força e paz que eu acredito, por ser fonte de minha motivação e altar para meus pensamentos, sentimentos e pedidos intrínsecos.

Agradeço a minha mãe amada, pois tudo que sou devo a ela, toda minha “formação humana” é fruto de muitas de suas virtudes, enquanto mulher guerreira, mãe intensamente dedicada, esposa incomparável e a mulher mais linda do mundo. Mãezinha! Agradeço-te por toda sua força desde a época do vestibular, que nunca me pressionou para fazer um curso de graduação, mas sempre deixou muito claro a grandeza de sua importância. E desde minha escolha pelo curso de Serviço Social, já se posicionou dizendo que era uma grande profissão, mesmo sem entender ao certo seu significado. AMO-TE DEMAIS!!!!

Agradeço ao meu amado “Tio Júnior”. Para quem não te conhece você é apenas o “Tio Júnior” ou o meu padrasto. Mas para mim, você é o melhor pai do mundo, também devo a construção do meu ser a você. Obrigada por todas as motivações, amparo, amor e alegrias em nossa divertida família!!!! AMO VOCÊ!!!

Ao meu pai Osvaldo, que não está mais entre nós, mas mesmo nossa história ter sido curta, penso em você todos os dias ao longo dos meus vinte e cinco anos. Minha existência devo a você. Sei que de onde estiveres, terás orgulho de mim!

Agradeço à minha amada irmã Juliana, que é metade de mim, meu porto seguro. Um amor infinito que construímos desde nossa infância, sempre grudadas! Mana obrigada por toda sua existência, por sua dedicação nesse meu processo de formação acadêmica, nunca vou me esquecer de quando li pra você o primeiro parágrafo deste trabalho e você disse que estava lindo demais. Esta realmente é você, me dando força em tudo e demonstrando todo o amor que há entre nós!!! Te amo maninha!!!

Agradeço ao meu mano anjinho, o gatinho mais lindo, muito mais que o Justin Bieber!! Rsrtrs. Amor da mana, obrigada pelos momentos que você me “irritava”, mas tenha certeza que me acalmaram. A mana te ama muito, como se fosse meu “filhinho”! rsrtrs, por isso às vezes brigo tanto contigo, mas só quero imensamente seu bem!

Agradeço ao meu amado e lindo marido Claudemir, que é meu amor, minha vida, meu príncipe. Não preciso aqui desenhar todas as palavras que mensuram meu amor por você, pois todas elas já estão estampadas no meu rosto. Amei e amo nossa linda trajetória aqui na UFSC,

todos os momentos, os estudos para as provas, as discussões calorosas sobre as aulas, os trabalhos acadêmicos, tudo, porque tudo com você é maravilhoso! Agradeço pelos exaustivos momentos na construção deste trabalho com sua mágica compreensão, em que cada um ficava concentrado na sua pesquisa e eu te atrapalhava para discutir sobre meu trabalho e vice-versa, mas foram momentos de muitas alegrias e um processo imensamente rico de aprendizado! Vida, obrigada por você existir em minha vida, na verdade por fazer parte de mim! AMO-TE IMENSURAVELMENTE!!!

Agradeço a Tia Regina minha segunda mãezinha, e a esperta e linda Giulia, pelas as alegrias que vocês me proporcionam em todos os momentos que estamos juntas. Vocês são uma dupla que encantam nossas vidas, e quando tudo está bagunçado, vocês aparecem com esses sorrisos mágicos acalmando os ambientes. AMO VOCÊS PRINCESAS!

À minha avó Alexandrina, avô Nico e avó Dilma que não estão mais entre nós. Ao meu avô Zequinha, um exemplo de vida que aos seus 94 anos ainda faz compras de bicicleta, espalhando admiração por sua força, saúde e humor inigualável. Devo muitos agradecimentos aos amados avós, que também foram e são as bases de minha educação, onde guardo momentos inesquecíveis de minha infância! À dona Marta que é uma grande esposa para meu avô Zequinha e que cuida dele com muito carinho!

Agradeço a todos os meus familiares por todo o apoio, compreensão, discussão sobre o nosso curso, mais precisamente sobre a questão social que é objeto de trabalho desta linda profissão! Obrigada Tia Mary, Tio Toninho, Augusto, Larissa, Carol, Dani, Duda, Amanda, Elaine, Carlinhos, Bruna, Tio Ronaldo, aos compadres Joe e Lú, Amanda, Dudu, nossa linda afilhada Isabela, Tia Liane, Tia Edith...

Ao querido Flávio por nossas discussões calorosas sobre política, a quem sempre admirou a profissão que escolhi. Obrigada pelos ensinamentos!

Agradeço a família do meu amado marido, que agora também é minha família! Obrigada por todas nossas discussões calorosas sobre tudo, política, filosofia, desigualdade social, amor, música, tudo, porque realmente eles adoram discutir sobre tudo. Ah se a mesa da cozinha falasse, teria muita história pra contar!!

Agradeço a minha grande amiga Samile, construímos uma linda história de amizade que sei que permanecerá em nossas vidas, você fez muita falta no processo de construção deste trabalho, mas mesmo a distância, tenha certeza que você se fez presente. Querida, obrigada por você ser esta pessoa especial em minha vida! Te amo!!

Janesca, amiga querida, obrigada por toda nossa alegre amizade, por todos os momentos compartilhados nesse processo de elaboração do TCC, as risadas, os cafés, as confissões. Obrigada por toda a força loira!

Agradeço a querida amiga Patrícia Machado, a mais nova companheira de All Star, por todos nossos momentos de sorrisos e angústias compartilhadas! Sua sinceridade é admirável, o mundo precisa de mais pessoas como você!

Obrigada Daniela Cristina Pereira pela sua sinceridade que preciso tanto, por nossas discussões calorosas sobre a profissão, nossas risadas, nossos almoços e cafés. Encontramos no meio do percurso acadêmico, mas agora buscaremos caminhar juntas, na vida profissional e pessoal. Obrigada querido Steffano por sua amizade, por me ensinar muitas receitas (rsrsrs), por nossas risadas!!

Agradeço a toda a família de amigos que construímos (eu e o Claudemir) durante o período do curso, com certeza não são amigos que acabarão junto com a graduação, serão verdadeiramente amigos para nossas vidas. Agradeço aos amigos maravilhosos, encantadores, Patrícia Caetano, Carol Fortes de Jesus, Simone Martins, Tainá Martins, Sheyla Schena, Katiucia Zanfonato, Córea, Karina, Juliana Pissuto, Lucinéia, Natali Ramos Delpiere, Greyce, Jaqueline, Robson, Fábio, Dani e Davi, Marjore, Aline, Daniele, Arnaldo, Tamires, Danuza, Cleusi.....

Aos amigos Edson e Geysa, que compreenderam carinhosamente nossa ausência no período de elaboração deste trabalho, e enfatizavam a importância desse processo. De tanto que torcem por nós, nos presentearam com uma cadeira super confortável, para que a construção desse trabalho fosse a mais agradável possível. Muito obrigada amigos!

Agradeço ao querido amigo Edemilson Gomes, Elaine Fagundes e Antônio Fagundes, pelos grandes ensinamentos sobre a vida, pessoas e amigos. Junto a vocês, eu e o Claudemir desenhamos nossa linda história de amor marcada pelo teatro, essa inesquecível experiência da adolescência que solidificou nossa amizade. Amamos vocês irmãos!

Agradeço à professora Tânia, por sua amizade carinhosa, por levar tão a sério a docência e a profissão, e por me instigar o amor pela área da saúde! Foi a partir da disciplina de saúde que decidi focar meus estudos e pesquisas nessa encantadora área de trabalho, que permite a compreensão de outras áreas com base no conceito ampliado de saúde. De tanto que gostei desta disciplina, cursei duas vezes! Rsrssr!

Agradeço a oportunidade das professoras Manoela, Patrícia e Darlene por proporcionar o importante momento da monitoria. Foi nesse período que houve meu amadurecimento e o amor pelo curso. Esse período marcou-me, foram muitos aprendizados

sobre profissão, ética, “democracia”, instituições, relações, e entre outros aprendizados. Mas o mais incrível foi a amizade que construímos e alimentamos, mesmo longe uma das outras. Eu e a Dani admiramos muito vocês professoras!!!

Agradeço as professoras Eliete e Liliane, por sua doçura de pessoa, seus sorrisos acolhedores, sempre ouvindo os alunos com muita atenção e compreensão! Agradeço ao professor Helder, por suas aulas interessantíssimas, pelo seu jeito de falar de nossa profissão e suas reflexões! Agradeço a professora Mirela, por suas aulas divertidas e reflexivas sobre a política de assistência.

Agradeço a minha querida orientadora Keli Regina Dal Prá, que aceitou meu convite de orientação mesmo sem me conhecer! Obrigada por suas incríveis orientações, dedicações, ensinamentos e indagações. Obrigada ainda, por essa incrível amizade que construímos em apenas dois semestres, mas que foram suficientes para externalizarmos no pós-período de graduação!

Agradeço a professora Maria Teresa pelo amplo aprendizado neste semestre e por sua compreensão no meu processo de elaboração do TCC. A convivência enquanto monitora da primeira fase do curso me fez voltar no tempo, e lembrar de todo meu percurso na universidade. A observação de suas aulas contribuiu intensamente na produção deste trabalho. Muito Obrigada!

Agradeço a professora Helenara (companheira de All Star) pelas nossas confortáveis conversas nos corredores do departamento. Esta relação com os professores contribuem para nosso processo de formação, não apenas acadêmico, mas institui uma relação de amizade para a vida.

Agradeço aos servidores Rosana Gaio e o Zé, pelo acolhimento carinhoso das dúvidas burocráticas dos alunos!

Agradeço a professora Regina Célia Tamasso Miotto, por aceitar de forma especial meu convite para apreciar este trabalho com suas ricas contribuições.

Agradeço a minha supervisora de estágio Mariana Silveira Barcelos, por todos os ensinamentos sobre a prática profissional, reflexões, compreensão neste nosso processo de formação e por todo o aprendizado durante o estágio, admiro sua postura profissional. Obrigada pela amizade que construímos e por todas as risadas que compartilhamos. Obrigada queridas colegas de estágio Mariana, Michelle e Lidiane por proporcionar momentos tão agradáveis no estágio e por nossas discussões sobre a realidade social.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina pelo meu processo de formação acadêmica e profissional, entendo que este é um direito meu, mas devo agradecimentos, pois a

experiência permanecerá em minhas lembranças. Agradeço ao Hospital Universitário por me proporcionar um campo de estágio tão rico e pelo aprendizado através da convivência com as assistentes sociais e demais profissionais.

Devo grandes agradecimentos a todos os usuários que foram atendidos no período de estágio, foram vocês que proporcionaram meu primeiro contato com a realidade social, vocês que me proporcionaram refletir sobre a prática profissional e sobre a questão social. Obrigada pelos ensinamentos!

Enfim, agradeço a mim mesmo, por fazer surpreender-me com meu processo de aprendizado que percorri nesses cinco anos de Universidade.

*“O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém, desviamos-nos dele.
A cobiça envenenou a alma dos homens, levantou no mundo as muralhas do ódio e
tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e morticínios.
Criamos a época da produção veloz, mas nos sentimos enclausurados dentro dela.
A máquina, que produz em grande escala, tem provocado a escassez.
Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis.
Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.
Mais do que máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que inteligência,
precisamos de afeição e doçura! Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará
perdido”.*

(Charlie Chaplin, do filme O Grande Ditador)

RESUMO

RIOS, Schaianny Lima. **A intersetorialidade na política de saúde e os desafios para os assistentes sociais: um estudo a partir dos hospitais públicos de Florianópolis.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral identificar o desenvolvimento das ações intersetoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos, sediados no município de Florianópolis. A revisão bibliográfica realizada nas produções da área de conhecimento da saúde e do Serviço Social sobre o tema da intersetorialidade, indicou que esta é abordada a partir da gestão municipal e está diretamente relacionada com o princípio da integralidade. Refere-se à articulação dos setores públicos dos municípios a fim de atender a população de forma integral e compreender os sujeitos na sua totalidade, e encontra-se intimamente relacionada com o conceito ampliado de saúde. O estudo empírico, de natureza qualitativa, teve as informações coletadas por meio de entrevista semiestruturada junto a seis assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos de Florianópolis. O período de coleta das informações foi entre abril e maio de 2011, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As entrevistas foram transcritas e a análise do seu conteúdo ocorreu a partir do agrupamento das respostas por questões. Dentre os principais resultados do estudo indicamos que as ações profissionais dos assistentes sociais estão pautadas nas orientações, contato formal entre profissionais e outras instituições, estes que podem ser através de telefone ou por escrito, e ainda os encaminhamentos aos usuários. Os profissionais ressaltam que não há acompanhamento quanto à efetivação dos encaminhamentos que são realizados, sendo assim, a rede de proteção social e demais instituições que atendem a população encontram-se fragmentada e setorializada no que tange ao atendimento dos usuários a partir do princípio da integralidade.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Sistema Único de Saúde; Serviço Social; Ação Profissional.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social
CF – Constituição Federal
CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
CPF – Cadastro de Pessoa Física
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
HF – Hospital Florianópolis
HGCR – Hospital Governador Celso Ramos
HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão
HNR – Hospital Nereu Ramos
HU – Hospital Universitário
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LA – Liberdade Assistida
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MCD – Maternidade Carmela Dutra
NOB – Norma Operacional Básica
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PSF – Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
SC – Santa Catarina
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TERMO INTERSETORIALIDADE	20
2.1 AS DÉCADAS DE 1980 E 1990: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES ACERCA DA SAÚDE.....	20
2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA ÁREA DA SAÚDE	28
2.3 A DISCUSSÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE INTERSETORIALIDADE.....	38
3 INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS AOS ASSISTENTES SOCIAIS A PARTIR DO ESPAÇO HOSPITALAR	52
3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	53
3.1.1 O processo de realização das entrevistas	55
3.2 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DA INTERSETORIALIDADE: OS RESULTADOS DA PESQUISA	57
3.2.1 Apontamentos iniciais da ação profissional dos assistentes sociais no espaço hospitalar	57
3.2.2 O atendimento das demandas	67
3.2.3 A concepção sobre os encaminhamentos	73
3.2.4 A concepção de intersectorialidade	81
3.2.5 Ações intersectoriais do Serviço Social a partir dos espaços hospitalares	85
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	103
Apêndice I – Roteiro de entrevista realizado com as assistentes sociais que atuam no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos de Florianópolis	104
Apêndice II – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido	106
ANEXOS	107
Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão	108
Anexo II – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra.....	112

Anexo III – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos	115
Anexo IV – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina	116
Anexo V – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Florianópolis	117
Anexo VI – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Nereu Ramos	118
Anexo VII – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Tiago.....	119

1 INTRODUÇÃO

A intersectorialidade, tema central deste trabalho de conclusão de curso (TCC), revela-se como discussão relativamente recente no âmbito da política de saúde no Brasil. Entretanto, esta temática é transversal a todos os profissionais da área da saúde e perpassa por diversas áreas de conhecimento dentre elas o Serviço Social. Dentre os profissionais que discutem o tema, nos deparamos com assistentes sociais, médicos, enfermeiros, sanitaristas, sociólogos, administradores, veterinários, entre outros. Todavia, para facilitar nossa compreensão acerca do tema da intersectorialidade, apresentaremos a revisão bibliográfica a partir da área de conhecimento da saúde, e a discussão que o Serviço Social faz sobre o tema.

A presente pesquisa foi motivada a partir experiência de Estágio Curricular Obrigatório I, desenvolvido no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizado na maternidade do Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Tiago. A experiência de estágio proporcionou a percepção pela necessidade em discutir sobre o desenvolvimento das ações intersectoriais, que prevê a integralidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da perspectiva do princípio da integralidade, notou-se no decorrer do estágio, que os encaminhamentos realizados aos usuários com o objetivo de garantir o acesso a determinados direitos sociais, não apresentavam respostas efetivas. Assim, as indagações tornaram-se latentes com relação à resolutividade dos atendimentos, visto que os encaminhamentos são uma das formas de garantir o acesso aos direitos sociais.

Nesse sentido, a intersectorialidade configura-se como basal para o atendimento integral dos usuários, e os encaminhamentos postulam-se como ferramenta fundamental no que tange a articulação das políticas públicas. Desta forma, possibilita aos profissionais de Serviço Social, acompanhar o atendimento das demandas dos usuários através da comunicação e articulação com outros setores com objetivo de garantir determinados direitos sociais. Para tanto, observamos que a realização desse processo, permite aos assistentes sociais avaliarem as ações que são desenvolvidas no cotidiano profissional.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar o desenvolvimento das ações intersectoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos (Estaduais e Federais) sediados em Florianópolis. Como objetivos específicos, elencamos: a) identificar as ações intersectoriais desenvolvidas pelos assistentes sociais; b) conhecer a concepção dos profissionais sobre a intersectorialidade; c) verificar de que forma está sendo

articulada a efetivação dos encaminhamentos no âmbito da saúde; e d) problematizar a intersetorialidade no âmbito da política de saúde, visando contribuir para a garantia dos direitos sociais aos usuários do SUS.

Assim, dispomos o presente estudo em duas seções. A primeira apresentará algumas considerações acerca da trajetória da saúde compreendida entre as décadas de 1980 e 1990, contribuindo para a compreensão do contexto histórico que abrange a área da saúde bem como suas conquistas.

A década de 1980 representou para o Brasil um marco histórico no que tange o fortalecimento dos movimentos sociais e como parte desta trajetória, destaca-se o Movimento pela Reforma Sanitária como componente fundamental na conquista da saúde na Constituição Federal (CF) de 1988 e na construção das prerrogativas do SUS. A conquista do direito à saúde após a CF de 1988, com todo seu aparato de princípios e diretrizes vislumbra a importância de compreender e visualizar o cenário onde poderão se desenvolver ações intersetoriais voltadas para a garantia do direito integral à saúde, tendo como base os princípios defendidos pelo projeto da Reforma Sanitária.

Como maior volume teórico de discussão para a primeira seção, elencamos registrar a revisão bibliográfica sobre a intersetorialidade a partir da área de conhecimento da saúde, e, sobretudo, conhecer como esta discussão está sendo realizada no Serviço Social. Entendemos que esta temática é de importante relevância para os profissionais de Serviço Social, auxiliando-os na resignificação de suas ações no cotidiano.

A intersetorialidade refere-se à articulação entre os setores das políticas sociais nos municípios e prevê o atendimento integral dos sujeitos a partir da totalidade de suas necessidades/demandas. Desta forma, o conceito de intersetorialidade está intrinsecamente relacionado com o conceito ampliado de saúde. Para tanto, a partir do princípio da integralidade, requer também a articulação entre profissionais que atuam na execução das políticas sociais e demais instituições públicas.

As ações profissionais dos assistentes sociais diante da intersetorialidade requerem discussão sobre a atual conjuntura da política pública no âmbito da saúde. É preciso ter conhecimento sobre a política que está se articulando, e ainda sobre outras políticas sociais que perpassam o atendimento aos usuários. As demandas que chegam ao Serviço Social no espaço hospitalar, não se restringem apenas aquelas consideradas da área da saúde, mas também a um conjunto de demandas e necessidades das famílias que precisam da articulação com outras políticas sociais e da troca de saberes.

Na segunda seção, iniciamos com a descrição do processo de realização das entrevistas semiestruturadas junto aos sujeitos participantes da pesquisa que foram seis assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos de Florianópolis.

Apresentaremos também os procedimentos metodológicos e a descrição do conteúdo dos dados coletados articulados a análise acerca da ação profissional dos assistentes sociais tendo como base o conteúdo das entrevistas, e, sobretudo a identificação de como estão sendo desenvolvidas as ações intersetoriais desses profissionais bem como suas concepções sobre o tema.

Julgamos ser didático para a exposição desta seção, apresentar a realização da pesquisa concomitantemente com a análise das informações, pois trará ao leitor uma maior compreensão sobre o tema evitando fragmentar a análise.

Cabe ressaltar, que para a realização desta pesquisa, foi exigida a apreciação de seu projeto em quatro Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Durante o mês de dezembro do ano de 2010, iniciamos os contatos com todos os hospitais públicos (Estaduais e Federais) sediados em Florianópolis, sendo: Hospital Florianópolis (HF), Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Hospital Nereu Ramos (HNR), Hospital Universitário (HU) e Maternidade Carmela Dutra (MDC).

Inicialmente, o contato telefônico tinha como objetivo entender como seria o procedimento de autorização para a realização das entrevistas. Esperávamos como procedimentos apenas nossa submissão às autorizações por parte da direção dos hospitais ou pelo próprio setor de Serviço Social. Porém, dentre os hospitais que foram realizadas as entrevistas, três exigiram apreciação do projeto de pesquisa em seus respectivos Comitês de Ética, sendo: HGCR, HIJG e MCD. Buscamos entender junto a esses hospitais sobre a real necessidade da apreciação pelos seus Comitês, pois já estaríamos passando pelo Comitê de Ética da UFSC, subtendendo, portanto, que o mesmo não seria necessário.

Nesse sentido, tanto as assistentes sociais quanto a direção dos respectivos hospitais, enfatizaram que a realização das entrevistas somente seria possível após a aprovação dos Comitês de Ética dos hospitais. Assim, iniciou-se o processo de envio do projeto de pesquisa para os mesmos.

Dentre as dificuldades com que nos deparamos no processo de envio do projeto para os Comitês de Ética, ressaltamos o contato com as pessoas responsáveis por esse setor. Iniciamos os contatos por meio telefônico no mês de dezembro, mas o recesso de trabalho devido às festas de fim de ano foi fator determinante para que os contatos fossem realizados

no ano seguinte. No mês de janeiro do ano de 2011, parte dos setores de Comitês de Ética dos hospitais, ainda encontravam-se em recesso.

Entretanto, a efetivação desses contatos iniciou a partir do final do mês de janeiro, porém, houve Comitês que retornaram suas atividades apenas no final de fevereiro/início de março. Com isso, o envio do projeto para o Comitê de Ética da UFSC foi seria possível após a aprovação de todos os outros hospitais, e ainda, após obtermos as declarações de autorização da direção dos hospitais que não exigiram a apreciação pelos Comitês. Percebemos nesse processo, a burocratização por parte dos Comitês, pois os mesmos exigiram como anexo do projeto, uma infinidade de declarações. Por fim, em março de 2011 obtemos a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, o que nos credenciou a iniciar a partir desse mês as entrevistas.

Fechamos este trabalho tecendo as considerações finais que contemplam a reflexão de todo o processo de análise da pesquisa. Trata-se das conclusões, indagações, contribuições que esse estudo proporcionou. Ao final demarcamos como assistentes sociais desenvolvem as ações intersetoriais nos espaços hospitalares do município de Florianópolis que atuam, bem como suas concepções acerca da intersectorialidade. Sendo assim, o resultado da pesquisa possibilita inferir sobre a dimensão dos desafios que estão postos aos profissionais de Serviço Social e contribui, portanto, para compreender a importância da efetivação da intersectorialidade em nossas ações profissionais.

2 A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TERMO INTERSETORIALIDADE

E, se ouvirmos e mantivermos flexível nossa pauta de trabalho, a fim de incluir não só aquilo que queremos ouvir, mas também o que a outra pessoa tem a dizer, nossas descobertas sempre vão superar nossas expectativas (Portelli, 1997).

Para compreendermos melhor os conceitos que vem sendo apresentados sobre a categoria intersectorialidade, buscamos nesta seção expor a revisão bibliográfica sobre o tema a partir da área da saúde.

Observamos que há uma literatura variada e acumulada que trata deste conceito a partir da *gestão municipal*, porém, neste estudo iremos focar a questão da intersectorialidade a partir da política de saúde e da ação profissional dos assistentes sociais que intervém nos hospitais públicos sediados em Florianópolis.

2.1 AS DÉCADAS DE 1980 E 1990: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES ACERCA DA SAÚDE

A década de 1980 representou um marco importante na história política do Brasil, pois neste momento o país passava por profundas mudanças sociais e políticas devido ao processo de transição do regime ditatorial ao regime democrático. Esta década se constitui importante também para a política de saúde, já que foi no início de 1980 que se intensificaram os movimentos sociais reivindicando mudanças nos serviços e ações de saúde (MERCADANTE, 2002). As reivindicações dos movimentos sociais adensam o Movimento de Reforma Sanitária que, desde a década de 1970, nasce com o objetivo central de transformação do sistema de saúde vigente. No Movimento de Reforma Sanitária estiveram envolvidos sindicatos de diversas categorias, acadêmicos, cientistas e ainda outros movimentos sociais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O Movimento pela Reforma Sanitária, segundo Scorel, Nascimento e Edler (2005, p. 63) nasce a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), estes que “[...] produziam conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias”. A partir desses departamentos foi incorporada a Lei de Reforma Universitária, em

1968, tornando obrigatórios os DMP no currículo das faculdades de medicina. Os autores sinalizam ainda, que os DMP foram as bases ideológicas do Movimento da Reforma Sanitária que utilizava-se da “[...] produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país”.

Nesse sentido, é importante destacar que o Movimento pela Reforma Sanitária foi um marco histórico para a construção do SUS no Brasil. Corroborando com esta análise, Mendes (1995, p. 42) afirma que:

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos políticos-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituída sob-regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Ainda segundo o autor, a Reforma Sanitária perpassa por três aspectos fundamentais. O primeiro referente ao conceito ampliado de saúde, entendendo que:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. (MENDES, 1995, p. 42-43).

Corroborando com esta perspectiva, Arouca (1987) analisa que a saúde não está relacionada apenas com a ausência de doença, mas, sobretudo engendra uma totalidade de direitos a serem garantidos. O autor relaciona esses direitos como, por exemplo, ter acesso a terra, a um trabalho, direito a ter água, educação e ainda sobre a importância de ter informação sobre o mundo, e conseqüentemente transformá-lo.

O segundo aspecto destacado por Mendes (1995) se refere à saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, transitando de uma cidadania regulada, base das políticas de

saúde compensatórias, para uma cidadania plena, que reconhece indiscriminadamente o direito de todos à saúde. E o terceiro aspecto sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde para um Sistema Único de Saúde, que contenha como princípios a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular.

Contudo, o Movimento da Reforma Sanitária perpassou por diversos embates até inserir-se nos espaços da alta burocracia estatal a fim de concretizar a reformulação do sistema nacional de saúde vigente, marcado pela perspectiva médico-assistencial privatista. As possibilidades de inserção dos militantes da Reforma Sanitária na estrutura do governo coincidem com o período em que o governo de Ernesto Geisel (1974-1979) criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND).

Este Plano estava voltado para o desenvolvimento econômico e social, ressaltando algumas prioridades como: educação, saúde e infraestrutura, no contexto em que cria o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e faz investimentos de recursos, priorizando projetos para estes setores. Os espaços abertos pela criação dessas estruturas não conseguiram ser ocupados devido à falta de quadros, proporcionando a abertura de outros espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, contribuindo, portanto, para que o Movimento da Reforma Sanitária conquistasse um espaço no aparelho estatal (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A crise econômica que o país estava passando no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, devido ao financiamento do Estado no governo Ernesto Geisel, teve consequências como o agravamento na distribuição de renda e na qualidade de vida da população, ocasionando o crescimento de atenção à saúde e com isso, houve implicações na diminuição das receitas fiscais e contribuições sociais, tendo impacto no volume dos recursos que estavam destinados à saúde (MERCADANTE, 2002).

Diante da conjuntura de reabertura política e consequência da mobilização do Movimento de Reforma Sanitária, ocorre no ano de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que propôs não somente uma análise sobre o atual sistema de saúde brasileiro, mas a sua reformulação conforme os preceitos: o direito universal à saúde, sua garantia como dever do Estado, a passagem das ações e serviços de saúde que passaram a ter relevância pública na constituição do SUS e a participação comunitária. Dois anos depois, a CF de 1988 incorpora esses avanços que buscaram reparar as históricas injustiças sociais ocorridas na área da saúde, tendo em vista as décadas de desenvolvimento de uma política compensatória (BRAVO, 2009).

A população brasileira presenciava um cenário contraditório, pois por um lado o movimento de redemocratização possibilitou o ressurgimento de princípios federativos juntamente com o discurso da participação, que por algum tempo havia se esquecido. E por outro, uma situação de “[...] dependência mútua entre o Estado e a rede privada de saúde e os interesses privados radicados nas grandes estruturas estatais” (INOJOSA, JUNQUEIRA, 1997, p. 157).

Segundo Mercadante (2002), a 8ª CNS foi um evento diferenciado dos anteriores, já que as demais conferências foram caracteristicamente eventos técnicos, trazendo em sua maioria profissionais especialistas e vinculados ao Ministério da Saúde, problematizando a questão sanitária como responsável para este órgão. Mercadante (2002, p. 246) elucida que a 8ª CNS “[...] não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde”.

A 8ª CNS é considerada um marco histórico, em que a sociedade civil brasileira organizada pela primeira vez foi partícipe de um espaço de discussão legítima no contexto da saúde pública. Arouca (1987, p. 37) demonstra indignação quando relata o aumento da riqueza do país concomitantemente com o aumento da desigualdade social, repercutindo no crescimento do índice de mortalidade infantil e na miséria da população brasileira, mas, sobretudo, afirmando sua opinião quando diz que saúde é democracia.

A afirmação do autor fomenta que a questão da saúde não é um problema técnico a ser resolvido, e sim um embate político, pois “[...] a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida de nosso povo” (AROUCA, 1987, p. 37).

A indicação de Arouca em 1986 ao se referir que a saúde é também uma questão política e atual, nos faz refletir sobre o decorrer de decisões políticas que vem sendo lançadas em cada mandato presidencial, ou seja, sobre questões que estão sendo pensadas cada vez mais com o viés econômico e menos com o viés social. Podemos citar entre estas decisões, por exemplo, a precarização de serviços públicos de saúde e a transferência dos mesmos para organizações sociais ou terceirizadas.

Nesse sentido, é importante ponderar sobre a trajetória política de nosso país, ou seja, da forma como o sistema político representativo da população brasileira está organizado. Nossos representantes legais são eleitos pelo povo *democraticamente*, e aqui cabe questionar sobre as lacunas desta forma democrática de se eleger um representante, no sentido de que há questões pertinentes que interferem para o exercício de uma democracia realmente plena,

como: a influência da mídia, a questão das legendas dos partidos, o financiamento de campanhas políticas, entre outros.

Arouca (1987) deixa claro que o principal objetivo da 8ª CNS, foi discutir sobre formas de se incluir a questão da saúde na Constituição que vinha a ser elaborada. Para tanto, esse evento não poderia se restringir a debates de poucos dias, pois caberia em sua importância, que a sociedade civil se mobilizasse juntamente com a academia, a ciência e profissionais, buscando a expansão destas discussões durante todo o ano. Cabe ressaltar, que a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, foi uma das entidades mais atuantes na luta pela democratização em saúde, tornando-se o suporte teórico e ideológico do Movimento da Reforma Sanitária (RADIS, 2008).

A década de 1980 tem volume histórico a ser analisado e repensado, pois foi uma década de grande mobilização na busca pela conquista do direito a saúde¹. Seus acontecimentos repercutiram, por exemplo, no início da década de 1990 quando houve a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 do então deputado federal Sérgio Arouca do Partido Comunista Brasileiro (PCB), o qual foi relator desta lei. O INAMPS prestava assistência à saúde apenas aos brasileiros com carteira de trabalho assinada, contrariando o que defendia o Movimento da Reforma Sanitária, que era o acesso universal à saúde, sendo este um direito de todos os brasileiros (RADIS, 2008).

O INAMPS era uma política antagônica ao SUS, no entender do deputado: visão hospitalocêntrica superada, muito corrompido, custo alto, muito poderoso, o que o SUS não era. ‘Na minha opinião, o SUS pra valer começou após a extinção do INAMPS’ (RADIS, 2008, p. 16).

Para Mercadante (2002, p. 247), a década de 1980 foi de intensa importância para o processo de articulação intrasetorial, julgando este período como “fase das estratégias racionalizadoras”. Segundo o autor, neste período diversas iniciativas foram importantes como: a criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN) em 1980; instituição do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social em 1982; Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984; início do Programa de Desenvolvimento

¹ Indicamos para leitura o texto da revista RADIS (2008) que traz uma matéria especial sobre os vinte anos da CF, e, portanto descreve de forma detalhada os principais momentos de embates na luta pela conquista do direito à saúde, destacando os principais atores, entidades e instituições.

de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1987; o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988, entre outros.

Após estas iniciativas, a CF é promulgada em cinco de outubro 1988, e uma das suas maiores conquistas foi ter a saúde incorporada ao conceito de seguridade social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social” (BRASIL, 1988, p. 129). Mercadante (2002, p. 250) entende que este conceito significa uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro, pois reconhece a saúde como um direito social e consagra “[...] o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania”.

No ano de 1990, a seção da CF de 1988 referente à saúde, é regulamentada através da promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, as quais compõem a Lei Orgânica de Saúde (LOS). Ambas tratam respectivamente da “descentralização político-administrativa do SUS” e da “participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. [...] enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para sua promoção, proteção, recuperação e funcionamento” (ANDRADE, 2006, p. 62).

O Ministério da Saúde, como entidade responsável pela política nacional de saúde, utiliza como instrumentos normativos as Normas Operacionais Básicas (NOB), tendo como objetivo “regular as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social”. Até o momento foram editadas quatro NOBs: 01/1991; 01/1992; 01/1993 e 01/1996 (ANDRADE, 2006, p. 62).

Sobre a NOB 01/96, que prevê a “gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, objetivando construir a plena responsabilidade do poder público municipal, sua atuação é encontrada em três campos: da assistência; das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde. Este último refere-se aos “determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades, tendo questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e a disponibilidade e a qualidade dos alimentos”. A NOB 01/96 preocupava-se com as condições existentes para possibilitar a construção da integralidade das ações e dos serviços de saúde. Ainda como propósito, buscava evidenciar a necessidade das ações fora do campo específico de saúde (ANDRADE, 2006, p. 63).

Estas normativas trouxeram inovações importantes que acarretaram mudanças para todos os profissionais da saúde e dentre eles os assistentes sociais que intervinham na área. Cabe ressaltar que estes avanços legais, obtidos pela política de saúde, nas décadas de 1980 e

1990, são de importante referência para o Serviço Social, pois neste período a profissão estava vivenciando um processo de maturidade intelectual.

A profissão reconhece as conquistas relativas aos direitos sociais dispostas na Carta Constitucional, mas se depara nos anos de 1990, com o avanço da política neoliberal, responsável pela redução dos direitos sociais, aumento do desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação. E é nesta conjuntura que o projeto da Reforma Sanitária apresenta demandas para que os assistentes sociais trabalhem na busca de garantir o acesso às unidades e aos serviços de saúde (BRAVO; MATOS, 2009a, 2009b).

O SUS que foi consolidado na CF de 1988 está longe de ser o SUS que é hoje na realidade. O sistema público universal não se efetivou plenamente e está destinado aos que não têm acesso ao subsistema privado, bem como se observa que o Projeto da Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto Privatista voltado para o mercado (BRAVO, 2009).

Bravo (2009) ressalta que a proposta que foi construída na década de 1980 para a política de saúde no Brasil, vem sendo desconstruída. Isto porque a saúde está cada vez mais atrelada ao mercado privatista com ênfase nas parcerias com a sociedade civil, focalizando a mesma como responsável para assumir seus custos devido à crise financeira que o país enfrenta. A autora ainda cita a refilantropização sendo uma das suas manifestações a contratação de agentes comunitários e cuidadores para que estes realizem o trabalho de outros profissionais, objetivando a redução de custos. Bravo (2009, p. 100-101) cita algumas questões que interferem na possibilidade de se ter o avanço do SUS como política social:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Para Bravo (2009, p. 100), “a reforma do Estado ou Contra Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo”. Além de todos os enfrentamentos na busca pela garantia da efetivação dos direitos sociais frente à política neoliberal, a CF de 1988 não consegue ser

efetivada na íntegra devido à grande dificuldade do acesso ao direito através das políticas sociais, seguidas pela burocratização da administração pública. Assim, houve um retrocesso da conquista democrática na década de 1990 com um direcionamento do papel do Estado através da influência da política neoliberal.

Num breve parêntese, indicamos que conceitualmente as políticas públicas são as ações executadas por autoridades públicas na sociedade referente ao que os governos produzem, estes que se utilizam de alguns meios com o objetivo de alcançar resultados. As políticas públicas são aludidas como um conjunto de decisões que são tomadas pelos governantes para posteriormente serem trabalhadas ações que buscam ser implementadas em forma de política pública. Também se apresentam como forma de atender as questões ou *problemas* da sociedade, ou ainda para um determinado setor. Em suma, as políticas públicas se materializam por meio de programas governamentais² (MENICUCCI, 2006).

Para Simões (2010, p. 290), as políticas públicas dividem-se em duas espécies: “[...] as que *regulam atividades econômicas de interesse público* (estatais ou privadas), visando atender a demandas sociais gerais (energia, transporte, etc.), e as que implementam os *direitos sociais* (demandas sociais específicas)”. Sobre as políticas sociais, elas são executadas pela Administração Pública, Ministérios e secretarias, atendendo aos três níveis federativos. Estes designam planos e programas envolvendo a participação de entidades e organizações sociais sob a relação de convênios.

Entretanto, Simões (2010, p. 291) afirma que as políticas sociais são políticas de Estado conforme consta no artigo 6º da Constituição, porém, elas são apenas viabilizadas através das políticas de governo. As políticas de governo não estão literalmente previstas no texto constitucional, e por isso recorrem aos partidos e a coalizações no poder que seguem esta diretiva. Contudo, para que o Executivo possa efetivá-las através dos projetos que devem ser aprovados no Legislativo, “[...] é compelido à formação de alianças de coalizão partidária, face ao regime presidencialista. Essas condições tendem ao casuísmo e à precarização de sua exequibilidade”. As políticas públicas são caracterizadas como:

² Para a autora, os programas governamentais possuem algumas características, como: conteúdos, articulação das ações em eixos específicos, orientação normativa, expressando finalidades, preferências e valores, fator de coerção, dado que a atividade pública se impõe em função da legitimidade decorrente da autoridade legal e capacidade de alterar a situação, os interesses e os comportamentos de todos afetados pela ação pública (MENY; THOENIG, 1992, apud MENICUCCI, 2006).

[...] *distributivas*, quando são relativamente consensuais, por beneficiarem grande número de destinatários, inclusive opositores políticos potenciais; *redistributivas*, quando direcionam recursos financeiros, direitos e outros valores entre parcelas da população; *regulatórias*, quando não são determináveis de antemão, porque ainda desconhecidos seus efeitos concretos, visto que o processo de conflito e coalizão pode ainda modificar-se conforme a configuração específica dessas políticas; e *constitutivas* ou *estruturadoras*, quando regulam as próprias regras do jogo político e, com isso, a estrutura dos processos, os conflitos políticos e as condições gerais com que devem ser negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias (SIMÕES, 2010, p. 291).

Essa breve explicação sobre o conceito de políticas públicas contribui para nosso entendimento e concomitantemente para diferenciá-las de políticas sociais. As ramificações que o autor assinala sobre políticas públicas em termos como: *distributivas; redistributivas; regulatórias e constitutivas ou estruturadoras*, podem de certa forma prejudicá-las na sua efetivação, exatamente por fragmentá-las em seus significados, ou seja, torná-las pontuais e cada vez mais buscar diversos meios de dificultar seu entendimento.

Para Simões (2010) as políticas sociais são ou devem ser idealizadas a partir da gestão estatal e da elaboração de planos plurianuais, pois desta forma há a exigência de que se tenha uma continuidade dos governos sucessivos, que se tenha uma política de coerência e eficácia em longo prazo.

Bravo (2009) aponta que as políticas sociais entre as décadas de 1974 e 1979 tinham como desígnio enfrentar a questão social e ainda com o objetivo de canalizar as reivindicações e pressões populares. Isso porque após o período de 1964 com a ditadura militar, o aparelho estatal precisou alterar sua relação com a sociedade civil para que se instituísem novas formas de mediação. O objetivo era firmar a dominação da burguesia juntamente com as respectivas consequências políticas, econômicas e sociais.

Esta breve apresentação sobre a trajetória da conquista do direito à saúde após a CF de 1988 é importante para compreender e visualizar o cenário onde poderão se desenvolver ações intersetoriais voltadas para a garantia do direito integral à saúde tendo como base os princípios defendidos pelo projeto de Reforma Sanitária.

2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA ÁREA DA SAÚDE

A discussão sobre a intersetorialidade³ surge no Brasil a partir do conceito de promoção da saúde, quando o papel do Estado está sendo repensado com a conquista da CF de 1988. Segundo Andrade (2006), o primeiro a usar a expressão *promoção da saúde* foi Henry Sigerist⁴ (1996) para denominar ações com base em educação sanitária e ações do Estado, tendo como objetivo a melhoria das condições de vida.

Almeida Filho (2000, p. 29) aponta que o conceito de promoção da saúde pode ser definido como o conjunto organizado de práticas que estão sob a estrutura de três modalidades: *prevenção de riscos e danos* que trata de “ações destinadas a evitar ocorrências ou agravos específicos e suas complicações ou sequelas”; *proteção da saúde* que “compreende ações específicas, de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupo de indivíduos contra doenças e agravos”; *promoção da saúde* que é “a ação difusa sem alvo determinado contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade”.

Por conseguinte, Andrade (2006, p. 50) afirma que:

A promoção da saúde está relacionada a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Portanto, as determinações da saúde foram relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a ‘combinação de estratégias’, ou seja, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais.

Diante desta perspectiva definida pelo autor, podemos observar que o conceito de promoção da saúde e o conceito ampliado de saúde, complementam-se, pois ambos

³ Segundo Andrade (2006), o termo *intersetorialidade* surge a partir da Conferência Mundial de Alma-Ata. Esta conferência ocorreu entre 06 e 12 de setembro de 1978, na URSS, tendo como tema central os Cuidados Primários de Saúde. Expressava a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

⁴Consta em Andrade (2006, p. 43), que Sigerist (1996) possui um capítulo denominado ‘Health’, tendo publicação no livro *Medicine and Human Welfare*, editado pela Imprensa da Universidade de Yale em 1941 e reeditado em 1996 no *Journal of Public Health Policy*. Neste capítulo Sigerist defende um programa de saúde com poucos itens que podem ser aplicados em diversos países, entre eles: educação livre para toda a população, incluindo educação em saúde; melhores condições possíveis de trabalho e vida para a população; sistema público de saúde de acesso universal, com pessoal médico, responsável pela saúde de determinada população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter a saúde na sua restauração, quando a prevenção falhar, entre outros.

compreendem a saúde como conjunto de direitos que possam garantir a população condições dignas de vida, destacando para que o usuário seja sujeito de sua própria história, havendo espaços de participação da sociedade civil, democracia e equidade.

O conceito ampliado de saúde remete ao modo como deve ser a condição de vida de cada sujeito, relacionando a saúde, não mais como um processo de doença/cura, e sim, como um conjunto de direitos sociais dispostos em diversas políticas sociais como educação, habitação, segurança, saneamento básico, condições dignas de trabalho que proporcionem qualidade de vida em sentido amplo e pleno.

Ainda segundo o autor, a proposta da promoção da saúde, juntamente com toda a discussão sobre a intersetorialidade, sofre embates devido a uma “lógica setorial e verticalmente hierarquizada ainda permanente na maior parte dos aparatos organizacionais dos setores público e privado” (ANDRADE, 2006, p. 25). Diante disso, Junqueira (2005, p. 3) afirma que:

A dicotomia que se observa na gestão das políticas sociais e, conseqüentemente, na gestão dos serviços públicos, só pode ser superada através de uma ação integrada, pois mesmo aquelas de caráter universal, isoladamente, têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento. Apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política. É no âmbito da cidade, como o espaço onde a população tem acesso aos serviços, onde seus problemas se manifestam, que a articulação das políticas sociais se viabiliza, dando maior eficácia a sua gestão.

Assim, as demandas da população manifestam-se setorialmente, ou seja, questões envolvendo a saúde e a assistência social, por exemplo, chegam até o órgão responsável para que seja “resolvida” de forma separada. Porém, se o sujeito está doente por não ter acesso à alimentação, as ações entre a política de saúde e de assistência social deverão ser articuladas, integradas, portanto, justificando a questão da intersetorialidade. Entretanto, sob a ótica da estrutura física da gestão municipal, observamos que a realidade se opõe a proposta da intersetorialidade. A Figura 1 ilustra a perspectiva setorializada.

Figura 1 – Modelo das casinhas paralelas



Fonte: Andrade (2006, p. 282).

Para Schütz (2009, p. 17), a visualização desde desenho “tem o intuito de demonstrar que as estruturas setoriais redundam em serviços e políticas públicas de caráter fragmentado”. Junqueira (2005, p. 1) aponta que nesse processo que envolve a articulação de serviços e cidadãos, surgem dois conceitos importantes na gestão das políticas sociais, sendo a descentralização e a intersetorialidade.

O termo descentralização está contido nos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080/90 que indica a descentralização político-administrativa da política de saúde em cada esfera de governo, com ênfase nos municípios (BRASIL, 1990). Nesse sentido, Junqueira (2005, p. 2) afirma que:

Esse processo de descentralização não se esgota apenas na transferência de atribuições, é necessário para que tenha eficácia considerar os beneficiários das políticas sociais como sujeitos e participantes da sua gestão. Para isso é necessário que as políticas sociais sejam consideradas como direito, no seu caráter distributivo e não apenas compensatório.

Em contrapartida, é importante destacar que a descentralização não ocorre apenas no âmbito público entre os três níveis de governo, mas também da esfera pública para a esfera privada. O Estado pode transferir a prestação de serviços de saúde ou educação, por exemplo, sendo estas suas competências, para instituições não estatais, porém preservando seu poder de regulação. Neste movimento, a instituição pública de caráter privado, ficará sujeita às normas, exigências e controle de qualidade do poder cedente (MARTINS, 1994 apud JUNQUEIRA, 2005).

Para Stein (1997) a descentralização é um instrumento que possui maior visibilidade nos regimes de gestão democrática. Todavia, não significa que tenha que haver uma relação direta entre a democracia e a descentralização, pois esse instrumento pode ser adotado também em regimes autoritários. Para Mello (1991 apud STEIN, 1997), a descentralização ocorre em grande parte no âmbito da autonomia municipal, destacando que essa é a forma mais universal de se obter a descentralização. A descentralização,

[...] pressupõe a existência da democracia, da autonomia e da participação, pois estas categorias são entendidas aqui como medidas políticas que passam pela redefinição das relações de poder, que implica a existência de um pluralismo, entendido como a ação compartilhada do Estado, do mercado e da sociedade na provisão de bens e serviços que atendam as necessidades humanas básicas, onde o papel do Estado não seja minimizado em seu dever de garantir direitos dos cidadãos. (STEIN, 1997, p. 93).

Descentralizar está, portanto, relacionado com a prática de transferir decisão, esta que por sua vez deve aproximar o poder de decisão para os usuários. A descentralização é um processo que envolve a transferência e a redistribuição das decisões, todavia, esse modelo se contrapõe a centralização. Para descentralizar é necessário que se tenha um poder centralizado, e para que essa ação ocorra, esse movimento solicita a articulação entre o Estado e a sociedade, entre o poder público e a realidade social. Com isso, o Estado sofre implicações na sua atuação, pois não é mais o único que centraliza o poder tendo como prerrogativa as responsabilidades para a resolução dos problemas sociais, apesar de continuar sendo o encarregado de garantir os direitos sociais aos cidadãos (JUNQUEIRA, 2005).

Assim, o “[...] o processo de relação serviços e cidadão ganha consistência na gestão das políticas sociais não apenas com a descentralização, mas também com a intersectorialidade”, sendo esta uma possibilidade de integrar os problemas sociais que são identificados na população de um determinado território, proporcionando relação com à gestão social (JUNQUEIRA, 2005, p. 3).

Já o termo intersectorialidade, tema do aprofundamento teórico que esta seção se propõe a realizar, tem fundamental importância para a garantia do conceito ampliado de saúde por se constituir como possibilidade de articulação, no âmbito da gestão e no desenvolvimento do trabalho profissional dos assistentes sociais, das diversas políticas sociais que envolvem este conceito.

Propomos pensar o espaço hospitalar, em especial nos hospitais públicos, *locus* deste trabalho, que recebem as demandas da população primeiramente com o objetivo de atender suas necessidades médicas, ou ainda, podemos dizer, em situação de doença. Em situações que a competência dos hospitais não atende as demandas dos usuários ou não pode realizar o acompanhamento dos mesmos, estes deverão ser encaminhados para a rede de proteção social. É nesse movimento que ocorre ou não a articulação dos serviços. Nesse tocante, Junqueira (2005, p.3) afirma que:

A prestação de serviços é uma relação do cidadão com o prestador. Essa relação se dá entre dois atores, o prestador que realiza seu serviço mediado por uma organização que lhe dá suporte técnico e de infraestrutura, responsabilizando-se pela prestação dos serviços. Ela é de algum modo a executora de uma política social, vista como direito social e não apenas como atendimento de necessidades da população. Daí se dizer que a articulação entre serviços públicos e cidadão é uma relação entre atores, entre iguais, e não uma relação de subordinação, por exemplo, entre médico e paciente, onde o primeiro tem todos os direitos e o segundo é apenas objeto. Por isso essa relação de serviço e cidadão é uma relação entre atores, entre pessoas que têm direitos e como tais devem ser atendidos.

Diante desta afirmação, é fundamental que os profissionais da área da saúde e áreas afins, compreendam a concepção de rede e sua importância no sentido de subsidiar a efetivação de ações intersetoriais. Esta temática requer articulação em sua prática, vinculação, ações complementares e a interdependência dos serviços, para assim, ser possível a efetivação da integralidade das ações em saúde (MS, 2011). Nesta direção:

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégia para a garantia do direito à saúde. [...] Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (MS, 2011, p. 194).

Nesse tocante, os gestores das diferentes políticas sociais devem buscar e/ou organizar suas ações no sentido de estabelecer um planejamento conjunto, bem como desenvolver diretrizes, orientações e capacitações que auxiliem os profissionais a repensar o seu agir

cotidiano, suas ações e encaminhamentos. Assim, entendemos que os profissionais e as instituições que trabalham pela garantia dos direitos dos cidadãos, devem ter comprometimento em suas ações para com os usuários. Cabe ressaltar que:

A ação intersetorial se efetiva nas ações coletivas. Porém, a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede (COMERLATTO et al., 2007, p. 269).

Ainda segundo a autora:

[...] na busca de atender às demandas sociais de um coletivo de cidadãos, a intersetorialidade se processa em meio às políticas públicas (como áreas de defesa de direitos) e está necessariamente relacionada à prática, ou seja, ao enfrentamento de problemas reais. Pressupõe a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos para enfrentar problemas complexos e constitui-se numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais a fim de produzir efeitos mais significativos na resolutividade desses problemas (COMERLATTO et al, 2007, p. 268).

Assim, observamos que intersetorialidade é um novo conceito que está se apresentando e que possibilita o atendimento integral do usuário, considerando, no entanto a articulação entre os serviços e as políticas sociais. A integralidade, prevista nos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080/90, refere-se ao atendimento integral de assistência, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p).

Mattos (2005, p. 35) questiona sobre o texto da CF quando este não explicita as condições para o acesso universal do direito a saúde, previstos na 8ª CNS. Para tanto, o autor analisa que é preciso focar na melhoria das condições de vida dos usuários e sobre o acesso as ações de saúde a qual necessitarem. Entretanto, evidencia três pontos de relevância que dificultam esse acesso. O primeiro é o *financiamento do SUS*, afirmando que o problema não está intrinsecamente relacionado à carência de recursos, pois também resultam de decisões políticas, sobretudo, das políticas econômicas adotadas nos três níveis de governo.

Outra questão, segundo Mattos (2005, p. 36) são as “[...] *práticas de racionamento da oferta de serviços e de insumos*, sobretudo daqueles de maior custo. Outros gestores buscam racionalizar a oferta de serviços de maior custo, adotando protocolos e critérios para o acesso/utilização dos mesmos”. Diante desta afirmação do autor sobre o controle dos custos nos serviços, cabe ressaltar, que uma das dificuldades de se efetivar ações intersetoriais, se relaciona às próprias redes de proteção social, que por diversas circunstâncias desconhecem direitos⁵ garantidos por suas respectivas legislações ou ignoram informações relacionadas aos direitos com objetivo de controle de custos para o município.

O último ponto destacado por Mattos (2005, p.36-37), refere-se ao surgimento de *movimentos sociais*, que buscam organização objetivando a defesa de certos grupos e causas específicas, como por exemplo, o atendimento de certas doenças. A iniciativa desses movimentos aparece nos conselhos de direito e conferências de saúde, juntamente com a articulação de técnicos do Executivo através dos projetos de leis que são aprovadas no Legislativo, e ainda com mobilizações articuladas através do Ministério Público.

A partir desses três pontos o autor conclui que:

No contexto atual do SUS, a continuidade da luta pelo direito a saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam necessários. Tal luta envolve hoje um amplo leque de atores sociais, muito além dos técnicos, sanitaristas do movimento sanitário. Envolve os gestores do SUS; envolve profissional e estudantes das profissões de saúde; envolve os movimentos sociais, incluindo aqui as organizações não-governamentais, cada vez mais presentes nas instâncias de participação da população; envolve o Ministério Público, entre outros (MATTOS, 2005, p. 43).

Sendo assim, a interdisciplinaridade aparece como um fator importante nas práticas das ações intersetoriais, pois segundo Junqueira (2000, p.41) “[...] a interdisciplinaridade consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde. Caracteriza-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas para resolver os problemas de saúde que afetam a população”.

⁵ Podemos destacar que dentre esses direitos que tem seu acesso dificultado estão os auxílios e benefícios oferecidos pela Política de Assistência Social como: Auxílio Natalidade, Auxílio Funeral, Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros. Direitos que por sua vez estão sob a gestão municipal, que quando não garante o que preconiza a respectiva lei, os usuários devem buscar atendimento ao Ministério Público, órgão responsável para esta interlocução. Para Mattos (2005, p. 36), o Ministério Público “[...] vem-se tornando uma nova arena de luta contra a desresponsabilização do Estado com suas obrigações frente à saúde, ela indica dificuldades dos gestores e dos profissionais de saúde para estabelecer, no diálogo com a sociedade, consensos mínimos sobre o que é ou não necessário em cada caso”.

Assim, a intersetorialidade consiste na integração dos saberes, na compreensão de um determinado território objetivando a equidade. De modo geral, as políticas sociais encaminham soluções aos usuários sem considerar sua totalidade e as ações de outras políticas sociais. Os problemas sociais se manifestam nas cidades, mais precisamente na gestão municipal, proporcionando às cidades um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações intersetoriais. A intersetorialidade como temática recente, consiste numa “concepção que deve informar nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Para Teixeira e Paim (2000, p. 68), a intersetorialidade se manifesta a partir da reorganização das respostas que devem ser dadas aos problemas, necessidades e demandas sociais da população. Para que esta reorganização se efetive, é necessário o planejamento municipal, que inclua pressupostos teóricos e metodológicos coerentes. Diante disso, a intersetorialidade como tomada de gestão prevê mudanças na administração e no seu planejamento. Junqueira (2005, p. 4) analisa que a “[...] ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública, de seus serviços”, pois ela influenciará na cultura e valores de um determinado território.

Porém, a prática da intersetorialidade não depende apenas da iniciativa e do bom planejamento da gestão municipal. É necessário que os profissionais que irão operar os serviços públicos, ou prestar atendimento à população, estejam capacitados e compreendam a importância das ações intersetoriais e seus rebatimentos para os usuários. Assim, os profissionais de Serviço Social devem procurar o conhecimento mais aprofundado sobre o planejamento e gestão da política de saúde, a fim de garantir o direito à saúde de maneira integral, mas pensando a intersetorialidade como fio condutor do planejamento.

Contudo, ressaltamos que diversas questões transcendem a efetivação da intersetorialidade, sendo a precarização do trabalho de quem está operando os serviços um fator de destaque. Nesta direção, Junqueira (2000, p. 44) aponta que:

O SUS é uma rede de organizações, de pessoas e de interesses que se inter-relacionam e interdependem. Para entender esta realidade institucional complexa, é interessante também incorporar a ideia de que os processos de mudanças não estão fora das organizações, mas embutidos em sua própria lógica. Ou seja, as relações criadas pelos diferentes atores organizacionais não surgem fora das organizações, mas nelas mesmas, como um meio de manter estáveis seus padrões de relações. São um processo de fechamento ou de auto referência,

através do qual a organização tenta concretizar e reproduzir sua identidade.

Outro fator que traduz a fragmentação das ações intersetoriais, são as infraestruturas das instituições. Westphal e Mendes (2000, p. 53-54) afirmam que “tais estruturas dificultam aos cidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos”. A infraestrutura das instituições também é determinante para que as ações praticadas pelos profissionais possam ser desenvolvidas minimamente de forma intersetorial. Porém, grande parte das instituições públicas reforçam essa fragmentação no atendimento ao usuário, dispondo os espaços separados por áreas, como saúde, educação, habitação, meio ambiente, vigilância sanitária, entre outros saberes.

Esta disposição de setores dificulta a comunicação entre os profissionais, e conseqüentemente torna as informações ambíguas. É neste movimento que o usuário procurará qualquer “porta de entrada” para que sua demanda seja atendida, repetindo sua história em cada setor. Contudo, a REDE UNIDA (2007) aponta que para desencadear uma atuação intersetorial, é necessário que a ação seja de conteúdo que instigue outros setores. Entretanto, os resultados podem ser medidos através de indicadores de saúde, tornando o tema responsável pela possibilidade de uma ação intersetorial, como: qualidade de vida, exclusão social, violência, preservação ambiental. Nesse sentido:

Os espaços da intersetorialidade são espaços de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens, de novos conceitos que não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados. Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro; além disso, algumas vezes se percorrem caminhos já esgotados setorialmente, outras vezes surgem questões novas que jamais seriam pensadas do ponto de vista setorial (REDE UNIDA, 2007, s/p).

O setor saúde está mais mobilizado no que tange a propor ações intersetoriais, tendo em vista a compreensão do conceito ampliado de saúde debatido e reforçado pelo Movimento de Reforma Sanitária. Em contrapartida é o setor com maior consciência sobre os limites desta temática. A decorrência deste entendimento pode ser resultado da:

[...] compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente

setoriais sobre a saúde (saneamento básico, urbanização, por exemplo) e da impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a ação e a articulação intersetorial. (REDE UNIDA, 2007, s/p).

A REDE UNIDA (2007) ainda destaca como um dos fatores que pode ser determinante para a prática de ações intersetoriais no setor saúde, a vivência cotidiana com os limites que este setor apresenta para o enfrentamento dos problemas de saúde. Pois é necessário considerar todo o processo histórico da Reforma Sanitária, da CF de 1988 e a atuação dos conselhos de direitos, tendo a participação de diversos atores sociais que definiram a política de saúde. Porém destaca que há muito ainda para progredir no processo da saúde com outros setores.

Portanto, o processo de construção da intersetorialidade é um caminho carregado de obstáculos para ser efetivado, justificando por ser um princípio novo, e o novo merece discussão, entendimento, capacitações. Compreende ainda no seu processo desafios de implementação, vontade política e vontade dos profissionais de respectivas áreas de conhecimento.

2.3 A DISCUSSÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE INTERSETORIALIDADE

Este item, ao apresentar sobre a discussão da intersetorialidade nas produções da área do Serviço Social, não pode deixar minimamente de indicar alguns aspectos específicos da profissão. O Serviço Social desde 1970 passou por muitas transformações em virtude das alterações sociais, políticas, econômicas, culturais e ideológicas, sendo a profissão historicamente fundada no surgimento da questão social, fruto da produção e reprodução da sociedade capitalista. É nesta década que a profissão se depara com o enfrentamento e revelação do conservadorismo profissional. É nesse contexto de recusa e crítica ao conservadorismo que a profissão observa as origens de um novo projeto profissional, sendo as bases do projeto ético político (NETTO, 2009).

Para Netto (2009), a denúncia do conservadorismo do Serviço Social não tem seu marco apenas na década de 1970. Ressalta que teve seus primeiros ensaios na segunda metade dos anos 1960, quando houve o Movimento de Reconceitualização fazendo estremecer o Serviço

Social, ou seja, nesse período já havia uma problematização acerca do conservadorismo na profissão.

É a partir da década de 1980 que o Serviço Social confronta-se com uma conjuntura em que o corpo profissional deparava-se com as incidências do modelo econômico da ditadura, é a partir desse momento que a profissão se reconhece também como conjunto da classe trabalhadora. Com isso, o corpo profissional estava repercutindo-se com as exigências políticas e sociais através da ruptura do regime ditatorial (NETTO, 2009).

Juntamente com fim do período ditatorial é que se deu início a uma condição política para formação de um novo projeto profissional, pois no interior da categoria do Serviço Social a perspectiva de Intenção de Ruptura não era hegemônica ante o conservadorismo. Importante destacar o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979), conhecido como o Congresso da Virada, onde os profissionais se uniram ao movimento dos trabalhadores e romperam com a dominância que ainda existia com o conservadorismo (NETTO, 2009).

Diante dessa conjuntura, é importante ressaltar que o Serviço Social sofreu diversas alterações no pós-1964. Essas alterações tiveram respaldo na prática profissional dos assistentes social na saúde, pois a política de saúde e a reorganização institucional do setor juntamente com os movimentos sociais apresentavam para a profissão novas exigências devido aos acontecimentos desse período (BRAVO, 2010).

Entretanto, Bravo (2010, p.118) destaca que o Serviço Social na saúde no período em que surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária, não conseguiu realizar alterações nos projetos de ação profissional, ainda que encontrava-se em um processo organizativo da categoria, assim como do surgimento de outras direções para a profissão, “[...] do aprofundamento teórico dos docentes de Serviço Social, do movimento mais geral da sociedade determinado pelo confronto e correlação de forças entre as classes fundamentais, com a emergência dos movimentos sociais urbanos e do movimento sindical”.

O Serviço Social não trouxe repercussões para o Movimento de Reforma Sanitária, pois nesse período a profissão estava envolvida pela direção modernizadora, com sua ação “[...] predominantemente rotineira, burocratizada, empirista, com ênfase na racionalidade e seletividade”. Tinha-se como percepção que as condições de vida e de trabalho deveriam ser fundamentais para a saúde, mas isso não foi valorizado pelas assistentes sociais (BRAVO, 2010, p. 118).

Os assistentes sociais que intervinham na saúde ainda permaneciam distantes. Os aderentes pela perspectiva da intenção de ruptura não estabeleceram uma nova forma de intervenção profissional que situasse estratégias teórico-político-ideológicas como forma de

compreender o Serviço Social em outro patamar, distanciando, portanto da execução da política de saúde. Para tanto, a profissão não teve participação na elaboração das estratégias que estavam sendo realizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, tendo como consequências para a profissão, o não envolvimento com o processo de elaboração da política, articulação sindical e a produção teórica na área (BRAVO, 2010).

Nesse sentido, Bravo (2010, p. 124) aponta que “o assistente social, no processo de reelaboração do setor saúde, ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho de Estado”. Anos mais tarde, é que alguns assistentes sociais da área da saúde, iniciam um processo de sensibilização pela saúde coletiva, por entender a importância de estar atuando nos centros de saúde e ambulatorios. Assim a abordagem era realizada nos espaços de internação das unidades com restrição aos pacientes e familiares.

Nesse tocante, Netto (2009) afirma que para a ação humana bem como para a prática profissional, é necessário que se tenha um projeto como um ideal que se pretende alcançar, constituindo valores para sua legitimação. Diante disso, o autor refere-se a dois projetos: o *projeto societário* e o *projeto profissional*. O projeto societário é um projeto coletivo, que se baseia em um ideal de sociedade a ser construído, se instituem como projetos *macroscópicos*, colocando-se como proposta para um conjunto da sociedade.

O projeto profissional refere-se a,

[...] autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as outras organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2009, p. 144).

Tendo em vista esta perspectiva, Iamamoto (2009c, p.184) aponta que “os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores e expressam um processo de lutas pela hegemonia entre forças sociais presentes na sociedade e na profissão”. Ainda segundo Iamamoto (2009a, p. 4), o Serviço Social brasileiro edificou um projeto profissional “[...] radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiados em valores e princípios éticos

radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país”.

Entretanto, é necessário romper com o conservadorismo que acompanha os profissionais de Serviço Social e com os embates e problemáticas que a profissão vem assistindo, ainda que esta profissão tenha alcançado sua maturidade intelectual na década de 1990 com algumas conquistas como a reformulação do Código de Ética, em 1993; da Lei nº 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão e das Diretrizes Curriculares em 1996 (IAMAMOTO, 2009a).

Exemplo dos embates vivenciados pela profissão é a precarização da formação profissional dos assistentes sociais. Indicativo disso são os cursos de ensino à distância que ganham força com a mercantilização da educação. Iamamoto (2009a, p. 37) ressalta que essa discussão não se trata apenas da rejeição do ensino a distância, mas enfatiza que “o problema está no contexto de privatização do ensino superior em que ocorre o ensino graduado e sua incidência em um curso universitário de caráter teórico-prático que exige estágio supervisionado e que tem uma relação direta com a vida cotidiana dos sujeitos com que se trabalha”.

Nesta direção, é preciso estar atento a uma prática fragmentada que ainda se faz presente, quando o profissional em seu cotidiano, visa atender apenas demandas emergenciais. Há também quem incorpore as competências dos espaços e instituições como sua competência profissional, e como consequência não se reconhece em sua profissão.

Nessa configuração é importante que os assistentes sociais também desenvolvam ações coletivas de cunho político-organizativo, e ações voltadas ao planejamento profissional e institucional a fim de romper com as práticas burocráticas, impedindo que a atuação profissional se concentre apenas em rotinas institucionais e emergenciais.

A área da saúde é um largo campo de atuação para os profissionais de Serviço Social exercerem suas ações em diversos processos, dentre eles o de articular as diversas políticas públicas visando a garantia efetiva do direito à saúde.

Nogueira e Mito (2009b, p. 230) apontam que o atendimento das necessidades humanas de saúde está relacionado com o atendimento das necessidades humanas elementares, que abrangem “a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e educação”. As autoras enfatizam que é necessária a articulação de profissionais e serviços dentro de uma rede complexa para fortalecer o entendimento do direito à saúde e, por conseguinte potencializar a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença.

Para a apresentação acerca do tema da intersetorialidade nas produções da área do

Serviço Social, realizamos um levantamento bibliográfico no qual recorreremos aos periódicos que concentram parte da literatura do Serviço Social e que possuem maior circulação e reconhecimento nacional, como toda a coleção impressa da *Revista Serviço Social e Sociedade* e da *Revista Temporalis*. Nesta busca, encontramos artigos relacionados com trabalho em rede, gestão de políticas públicas e descentralização.

Ainda, pesquisamos em periódicos disponibilizados *on line* em endereços eletrônicos que pudessem possibilitar o encontro de outros artigos relacionados com o tema. Realizamos uma busca através das revistas *Textos e Contextos*, *Katálisis* e *Ser Social*, porém a dificuldade de busca nos respectivos endereços eletrônicos dificultou o acesso aos arquivos, mas ainda assim, encontramos alguns artigos relacionados com a intersectorialidade.

Neste processo de levantamento bibliográfico ficou evidente que o tema da intersectorialidade vem se apresentando como nova discussão, principalmente para o Serviço Social. Assim, as referências utilizadas são, na sua maioria a partir da década de 1990, porém com maior ênfase na década de 2000.

Sposati (2006, p.134) afirma que a intersectorialidade a partir da gestão pública justifica-se pela ação de adotar uma decisão racional nesse processo de gestão, sendo que sua implementação pode ter aspectos positivos ou não. Segundo a autora, “a intersectorialidade não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade. A sabedoria reside em combinar setorialidade com intersectorialidade, e não em contrapô-las no processo de gestão”.

Sposati (2006) elucida que a intersectorialidade não é um processo de gestão acabado, capaz de resolver todas as problematizações dos espaços públicos, políticas públicas e ainda relações profissionais. Ela tem, portanto limites e possibilidades em suas ações e chama atenção para fatores que possam intervir na qualidade das ações intersectoriais, como por exemplo, a vigência de uma gestão e mudança dos seus atores sociais, envolvendo, portanto, alterações estruturais e conjunturais.

A autora utiliza como exemplo o processo de eleição realizado na reabertura política, que, para a conjuntura onde estava vivenciando-se a ditadura no Brasil, teve um efeito positivo para a população. O modelo de gestão democrática foi entendido como uma eleição progressista na época, porém não atende mais as necessidades de democracia do século XXI. Importante ressaltar que o modelo vigente de democracia e gestão representativa no momento está à mercê de atender aos interesses corporativos atrelados ao capital. Assim, é possível compreender que tais medidas podem ser favoráveis para uma determinada conjuntura, mas isso não significa que em outros contextos, em outra realidade social, as mesmas medidas permanecerão viáveis ao ponto de atender as necessidades da população (SPOSATI, 2006).

Entretanto, Sposati (2006, p. 135) coloca que “o modelo de gestão intersetorial têm se mostrado mais factível quando combinado à descentralização territorial. Trata-se, no caso, da intersetorialidade construída para a integração e/ou complementação de uma ação em rede em determinada área física-territorial de abrangência”. Os determinantes para a efetivação da intersetorialidade são vislumbrados a partir das demandas e características de cada região. Corroborando com esta afirmação, Koga (2002, p. 33-34) aponta que “o conhecimento do território nas suas medidas intra-urbana possibilita levantar, além das carências, também as potencialidades do lugar, para o fomento de estratégias específicas da ação pública”.

Dessa forma, aplicar a territorialização antes das ações proporciona para a gestão o conhecimento sobre cada região, assim como a comunicação acerca das desigualdades entre os municípios e intramunicípios, possibilitando o entendimento dos alcances e limites das políticas públicas (KOGA, 2002). Sobre territorialização Sposati (2006, p. 138) explica que:

[...] o território não é só a geografia do córrego, do beira-rio ou do morro que desliza. Mais do que isso, é a topografia gerada pelas ações do Estado, do mercado, da sociedade. Topografia de relações culturais sociais, econômicas e políticas, de ocupação dos lugares, de distribuição de serviços, de acessos, de viabilidade de viver o cotidiano face ao modo de inserção de cada um no processo produtivo.

Considerando os limites e alcances das políticas públicas, relacionado com ações intersetoriais, Sposati (2006) aponta que adotar a intersetorialidade como modelo de gestão não permite uma configuração pronta e homogênea. A intersetorialidade absoluta, ou seja, como um modelo pronto e acabado no Brasil, se contrapõe as políticas públicas democráticas e participativas, traduzidas pelo número maior de programas de governo do que políticas de Estado, estas que poderiam gerar direitos sociais.

Nascimento (2010, p. 96) aborda a intersetorialidade a partir do campo das políticas públicas, que:

[...] passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Deste modo, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre a sociedade civil.

Ainda de acordo com Nascimento (2010), as políticas setoriais não conseguem solucionar os problemas de forma isolada, é importante que elas se comuniquem para assim possibilitar a compreensão das demandas de cada região, e posteriormente entender os benefícios que tais políticas podem ou não oferecer. Exemplo disso é o conceito ampliado de saúde, que visa o atendimento aos usuários na sua totalidade e integralidade, o que pressupõe o atendimento interdisciplinar e o entendimento da necessidade de articulação das demais políticas sociais. Nesse sentido,

A relação setorialidade/intersetorialidade é uma construção contínua. É preciso combinar as duas dimensões, setorial e intersetorial, com dever de Estado e direito de cidadania. O primeiro princípio que rege essa relação parece ser o da convergência. Convergência de um conjunto de impulsos para a ação em determinada situação, seja ela um objeto, um tema, uma necessidade, um território, um grupo, um objetivo uma perspectiva. Mas é necessário que a intersetorialidade sempre seja corretiva de irracionalidade (entre pessoal, funções ou gastos sobrepostos) (SPOSATI, 2006, p.137).

Assim, a intersetorialidade se coloca como um novo modelo de gestão, que apresenta possibilidades de comunicação e articulação entre os setores visando à garantia de direitos sociais e atendimento integral ao usuário. E por isso não se podem descartar os setores de forma imediata, a construção da intersetorialidade é um processo contínuo, que merece ser analisado a partir de seus resultados e ações. Sobre o princípio da convergência⁶, Sposati (2006, p. 140) explica que:

A intersetorialidade desenvolve um saber resultante da integração ou das áreas de contato. O que a move, sob o princípio da convergência, é o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo. Ela causa mudanças na cultura da gestão e na cultura dos agentes institucionais. [...] produz uma nova inteligência institucional, um novo domínio da realidade e traz o debate da inovação, superando o modelo de resposta pronta e única. Com isso, permite a porosidade democrática no modelo de gestão que possibilita enfrentar novos problemas, criar nova linguagem e novas respostas.

⁶ Sposati (2006, p. 140) explica que “[...] é preciso entender que a intersetorialidade se assenta no princípio da convergência da ação. Este princípio reflete mais uma racionalidade interna da ação – no caso da ação governamental – do que um valor para a sociedade. Isto não pode ser confundido. Não se pode transformar a intersetorialidade em modo de relação política do Estado com a sociedade. Esta confusão pode levar a uma fragilização da inteligência técnica do Estado, que é, sobretudo advinda da especialização, isto é, da setorialidade, ainda que referida ao interesse público.”

Para Sposati (2006) há uma polêmica no que se refere aos elementos como setorialidade, intersetorialidade, territorialização, democratização e participação. No entanto, a autora afirma que o sucesso de uma gestão está na sabedoria de combinar esses elementos, sendo que a intersetorialidade pode ser agregada a modelos de gestão ascendentes⁷ ou descendentes.

Contudo, Sposati (2006) e Bidarra (2009) apontam que a intersetorialidade é uma forma de reconhecimento de saberes e sua interação com outras áreas, sendo um movimento de planejamento, implementação e avaliação de políticas. A partir desta perspectiva, nenhuma ação realizada isoladamente, consegue abranger a variedade de diversas situações diante da atual conjuntura. Nesse sentido:

[...] por qualquer ponto que o tema da intersetorialidade é abordado, tem-se a convicção de que essa perspectiva não é algo natural ou que ocorra de forma espontânea nas organizações públicas, mas que tem que ser ativamente construída, uma vez que decorre de deliberações claras e compartilhadas para introduzir as mudanças nos processos de trabalho, no planejamento e na gestão das políticas públicas (BRONZO; VEIGA, 2007, p.19).

Nascimento (2010) indica que os interesses e a hierarquização das organizações e instituições interferem na construção e efetivação da intersetorialidade. Esta hierarquia está calcada no poder acerca das políticas públicas, onde sobressaem as políticas macroeconômicas. A autora explicita que as políticas setoriais também são dignas de divergências econômicas que causam interesses.

Para Bidarra (2009, p. 488), é preciso “comprometer-se com a luta contra a apropriação personalista, corporativa e monopolista dos saberes”. A efetivação da intersetorialidade não está relacionada apenas com uma nova estrutura no modelo de gestão. Está relacionada também, com os profissionais que estarão articulando as políticas públicas, e nesse contexto é que podemos perceber a apropriação dos saberes ao invés de sua articulação. “Essa apropriação tem servido como poderoso instrumento de manutenção de prestígio e/ou poder de sujeitos/setores isolacionistas que não pretendem a ação intersetorial, na medida em que ela provoca modificações no *modus operandi* da formulação das políticas sociais”.

Nesse tocante, o princípio da integralidade em saúde está diretamente relacionado à

⁷“Entende-se por ascendente o princípio de intersetorialidade aplicado na base da gestão institucional com setorialidade no modelo de gestão dos órgãos de cúpula. O modelo descendente realiza o movimento ao contrário”. (SPOSATI, 2006, p. 137).

efetivação da intersectorialidade, tornando esses dois componentes dependentes um do outro para sua realização. O atendimento integral a saúde em outros níveis de complexidade está sofrendo algumas dificuldades para seu acesso. Para Mioto e Nogueira (2009b), entre os mecanismos que estão favorecendo esses entraves, estão as centrais de marcação de consultas, onde se esperava que esse sistema agilizasse o atendimento à população. No entanto, observamos uma demora demasiada para o acesso às consultas na atenção básica, ilustrada pelas intensas filas nos Centros de Saúde em horários noturnos, ou ainda pela procura do atendimento da rede privada de saúde, que teoricamente oferece mais agilidade.

Assim, o acesso à saúde também tem suas dificuldades quando se trata do atendimento em diferentes níveis de complexidade. Pois o usuário que não está sendo acompanhado pela atenção básica de saúde, provavelmente recorrerá à alta e média complexidade como porta de entrada para garantir seu atendimento. Esse movimento causa um inchaço nos espaços hospitalares originando intensas filas e também demora nos atendimentos.

A rede de proteção social precisa articular-se para obter resultados de suas ações a partir de suas competências e atribuições. Diante desta perspectiva, observamos que a própria rede por vezes torna-se desarticulada e fragmentada. Distintas questões se apresentam justificando esta “quebra” no atendimento ao usuário, como a própria ausência da concepção de rede, a burocracia, a hierarquia, a precarização do trabalho, entre outros. Estas razões expõem o usuário a situações repetidas, em que este deverá apresentar sua história/demanda inúmeras vezes, ou ainda, de percorrer diversos caminhos, como consequências de variados encaminhamentos sem comunicação ou sem a contra referência. Nessa direção:

[...] refletir e propor trabalho social em rede constitui-se, hoje, um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas, gestores municipais, conselheiros pertencentes aos diferentes Conselhos de Direitos que respondem pela garantia dos direitos fundamentais do cidadão, principalmente num contexto em que a exclusão social é marcante (BOURGUIGNON, 2001, p. 1).

Dessa forma, Bourguignon (2001) destaca que as políticas públicas básicas como: saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, lazer, trabalho, entre outras, configuram-se como políticas setoriais e desarticuladas. Contudo, o modelo da gestão torna-se centralizado com traços hierárquicos, não causando promoção humana nas suas práticas para o social.

A forma setorializada com que as redes estão dispostas para prestar serviços

respectivos de cada política tem diversas ramificações de atendimento que funcionam de forma paralela. Exemplo disso é quando um mesmo usuário é atendido pela política de saúde e pela política de assistência social, mas ambos os setores desconhecem esses atendimentos, focalizando o usuário cada um para sua área sem comunicação sobre tais situações.

Esta forma de gestão da política pública gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede; fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto das atenções na área social (BOURGUIGNON, 2001, p. 3).

Visto isso, a autora analisa que para se alcançar um modelo social de gestão moderna é preciso flexibilizar e considerar o processo de descentralização, juntamente com a participação através da sociedade civil nesse processo, e que este movimento seja reforçado através de parcerias nas ações e decisões da gestão no que tange a esteira dos encaminhamentos das políticas públicas, bem como a articulação dos setores a partir dos atendimentos à população.

O que fica para a sociedade civil é internalizar a importância do controle social, porém há interesses para que a possibilidade de participação não seja divulgada para a população. Assim, os cidadãos ficam sem entender até onde podem ir, intervir ou acompanhar. O poder público juntamente com as informações públicas, é tomado, por vezes, de espaços e documentos privados, causando uma confusão na população no que tange aos seus direitos enquanto cidadão. Assim, Bidarra (2009, p. 489) aponta que “com as estratégias e lutas políticas desenvolvidas em espaços participativos, pode-se ampliar a capacidade de universalização dos direitos sociais, isto é: tornar acessível para usufruto, os bens materiais e bens políticos-simbólicos”.

Contudo, é necessário elucidar que o significado de gestão social é “[...] em realidade a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos. A política social, os programas sociais, os projetos são canais e respostas a estas necessidades e demandas”. Portanto, as autoras apontam que a gestão social deve se focar nas ações de caráter público, e que as redes sociais são caminhos capazes de proporcionar estratégias na busca pelo enfrentamento da questão social, direcionada para cada realidade municipal (CARVALHO, 1999 apud BOURGUIGNON, 2001, p. 3).

A gestão social deve estar embasada em princípios já explicitados neste trabalho, como a descentralização, a participação social e a intersetorialidade que deveriam nortear as práticas na construção de redes municipais (BOURGUIGNON, 2001). Para contribuir com a compreensão de rede, Bourguignon (2001) salienta que refletir sobre as redes,

[...] exige sintonia com a realidade local, com sua cultura de organização social, bem como uma sociedade civil forte e organizada, capaz de se fazer ativa e participativa diante da administração pública. O termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal (BOURGUIGNON, 2001, p. 4).

Pensamos ser necessário nesse momento situar os tipos de rede que podem ser figuradas nas realidades locais. Para tanto, entender e diferenciar os tipos de redes contribui para a própria compreensão ampliada acerca da intersetorialidade. Assim, o Quadro 1 classifica os tipos de redes sociais.

Quadro 1 – Classificação de redes sociais

TIPOS DE REDE
Rede Social Espontânea: constituída pelo núcleo familiar, pela vizinhança, pela comunidade e pela Igreja. São consideradas as redes primárias, sustentadas em princípios como cooperação, afetividade e solidariedade.
Redes Sócio-Comunitárias: constituída por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros, entre outros que objetivam oferecer serviços assistenciais, organizar comunidades e grupos sociais.
Rede Social Movimentalista: constituída por movimentos sociais de luta pela garantia dos direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, terra...). Caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular.
Redes Setoriais Públicas: são aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.
Redes De Serviços Privados: constituída por serviços especializados na área de educação, saúde, habitação, previdência, e outros que se destinam a atender aos que podem pagar por eles.
Redes Regionais: constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região.
Redes Intersetoriais: são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Fonte: Adaptado de Bourguignon (2001, p. s/p).

Esta diversidade de classificações para as redes sociais devem ser reconhecidas pelos assistentes sociais, pois cotidianamente sua ação profissional estará diretamente relacionada a elas. Em suma, compreendendo esse desenho, o assistente social poderá intervir /encaminhar/orientar os usuários para tais espaços. Para tanto, é fundamental que haja comunicação e articulação entre essas redes, e que cada uma reconheça a outra.

Ao pensar a intersectorialidade como uma articulação entre setores, é relevante ressaltar a importância do trabalho em rede na execução de programas e políticas públicas. Na gestão da esfera governamental observamos a importância desta articulação, pois a prática dessas ações nesse âmbito refere-se à partilha de responsabilidades.

Para tanto, Bidarra (2009, p. 492) assinala que intervenções a partir da ideia de rede “[...] implica considerar a existência de pontos de contatos e de conexões. Essas são necessárias para que ocorram as trocas entre saberes e alimentem-se os fluxos dos atendimentos provenientes das múltiplas intervenções profissionais”.

É primordial assegurar que essas conexões expressem o fluxo das intervenções, uma rotina que indica/direciona o sentido do movimento. A observância dessa direção é imprescindível para que se possa alcançar a resolutividade do que foi demandado. [...] deve-se estar atento para os desafios e os obstáculos a serem enfrentados e ultrapassados para que se consiga estabelecer, no âmbito das intervenções das políticas públicas, uma direção sob a forma do trabalho em redes (BIDARRA, 2009, p. 492-493).

Nesse contexto entre a busca pela efetivação da intersectorialidade na articulação das políticas públicas, é que está inserido o profissional de Serviço Social, sendo também um articulador com objetivos de atender aos usuários a partir do princípio da integralidade. Assim, o assistente social abarcado de conhecimento teórico, legislações, portarias, entre outros, poderá intervir na criação de fluxos de atendimentos aos usuários diante das demandas que surgirão em seu cotidiano. Para tanto é preciso conhecer a dinâmica da instituição que o profissional está inserido e fomentar a importância de tais fluxos baseados no rol de orientações que garantem o acesso a serviços que se está querendo garantir.

Nessa direção, a intersectorialidade solicita a necessidade de integrar práticas e saberes como forma de enfrentar a realidade complexa e a um Estado que se apresenta de forma setorializada.

Ao pensar na integração das práticas e saberes, observamos que estas ações estão diretamente relacionadas com a interdisciplinaridade que possibilita o conhecimento em

outras áreas, ou seja, o conhecimento de outros profissionais proporcionando um atendimento amplo, envolvendo outros saberes. Pois cada profissão tem suas competências e atribuições, e trabalhar de forma interdisciplinar implica na qualidade de atendimento aos usuários.

O tema da interdisciplinaridade surge da “[...] consciência da abordagem do mundo por uma única disciplina particular. Assim, abordar os problemas de saúde apenas da ótica biológica pode não responder às demandas de saúde em toda sua complexidade”. Por isso a importância do trabalho interdisciplinar na saúde, justificando-se pelo conceito ampliado de saúde, o que necessita de um entendimento de outras áreas de conhecimento (JUNQUEIRA, 2000, p. 41).

A interdisciplinaridade advém das relações entre distintos saberes, norteados para as ações de uma prática juntamente com o objetivo de solucionar os problemas de saúde. A relação entre diferentes disciplinas implica em perceber em outra dimensão os problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000).

Contudo, uma das dificuldades de construir a interdisciplinaridade, é a hierarquização de algumas profissões, considerando todo seu contexto histórico. Pois há um senso comum que compreende certas profissões como mais importantes que outras, ou, com maior grau de dificuldade em sua formação profissional. O que sabemos é que as formações profissionais são diferentes e não mais importantes ou mais dificultosas que outras, o que está envolvido neste processo são outras áreas de conhecimentos e saberes.

Sodré (2010) discute sobre as diversas situações no cotidiano profissional, onde os usuários permanecem de porta em porta por vários setores ou ainda sobre várias instituições, na busca por uma informação correta. Isto ocorre, muitas vezes, porque os profissionais não dialogam entre si, justificando em determinadas situações a necessidade do sigilo profissional.

Sodré (2010, p. 460) afirma que estas informações sigilosas “podem ser sistematizadas em um documento à parte que fique sob a guarda do assistente social, por isso não explicam a compartimentalização das informações”. São nestas situações que os usuários são prejudicados, onde as equipes não discutem sobre as demandas atendidas desconsiderando sua totalidade, tornando os serviços hierarquizados e centralizados. Ainda, segundo a autora, é preciso que os assistentes sociais não executem suas ações na lógica da produtividade, em que o profissional entenda que sua atribuição é apenas realizar encaminhamentos, sem discutir sobre as situações com base na perspectiva da integralidade.

Vasconcelos (2009, p. 243) aponta essas questões como práticas conservadoras, onde não podemos “reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante”. Este processo deve ser educativo, informativo e reflexivo, resultando num bem e não num produto a ser consumido,

onde a capacidade de antecipar e projetar não estão prontas, e sim deve ser construída para posteriormente ser alcançada. Nesse tocante:

[...] as demandas que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, ou seja, as demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social etc., ficam negligenciadas. Demandas que, contidas na solicitação dos usuários, precisam de teoria para serem identificadas. Demandas implícitas, que não reconhecidas, conseqüentemente, não são consideradas, pelos assistentes sociais, como demanda para o Serviço Social. Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na queixa e/ou problema, expresso e/ou manifestado pelos usuários (VASCONCELOS, 2009, p. 251).

Sendo assim, Schütz (2009, p. 53) aponta que a dinâmica dos serviços “é perpassada por determinações institucionais. Tais determinações se configuram em limites para o atendimento integral do usuário, que tem como um dos pilares a construção da intersectorialidade”. Para tanto, como desafio para que os profissionais de Serviço Social executem ações intersectoriais, Schütz conclui que:

[...] a burocracia como também outros obstáculos que se interpõe nas instituições representam aspectos presentes na realidade dos serviços, que precisam ser superados pelos profissionais na construção da intersectorialidade. No entanto, salienta-se que a construção da intersectorialidade não depende apenas da atuação comprometida dos profissionais na prestação dos serviços, mas necessita também do suporte dos espaços da formulação e gestão das políticas sociais. A idéia da autonomia, por outro lado, faz com que seja difícil (SCHÜTZ, 2009, p.54).

Por fim, o desafio da intersectorialidade não está posto apenas aos profissionais de Serviço Social, mas a todos os que atuam na defesa da garantia integral do direito a saúde. Pois muitas lutas dos movimentos sociais aconteceram para que a conquista dos direitos dos cidadãos fossem garantidos, e após esta conquista não se pode deixá-las guardadas em uma gaveta.

3 INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS AOS ASSISTENTES SOCIAIS A PARTIR DO ESPAÇO HOSPITALAR

Tento, há quantos anos, vencer a dureza dos dias, das ideias solidificadas, a espessura dos hábitos, que me constrange e tranqüiliza. Tento descobrir a face última das coisas e ler aí minha verdade perfeita. Mas tudo esquece tão cedo, tudo é tão cedo inacessível (FERREIRA, apud MAGALHÃES, 2006).

Nesta seção apresentamos os resultados da pesquisa empírica realizada com assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos (Estaduais e Federais) sediados em Florianópolis. A escolha pela pesquisa empírica ocorreu devido à necessidade de compreensão acerca da realidade da intervenção profissional na área da saúde, uma vez que discutir sobre intersectorialidade e ação profissional dos assistentes sociais exclusivamente a partir da revisão bibliográfica não saciariam as indagações fomentadas pela pesquisadora acerca do tema. Nesse sentido:

Não podemos esquecer que o Serviço Social é uma profissão, e que na essência, somos profissionais embora também pesquisadores e formadores. Esta é uma questão muito importante para pensarmos a pesquisa no Serviço Social, pois é fundamental para o seu desenvolvimento que haja uma reflexão contínua sobre sua prática, como uma forma de produzir conhecimento, tão importante quanto à pesquisa acadêmica (MARSIGLIA, 2009, p. 383).

Diante desta perspectiva, é que ressaltamos a importância da pesquisa para o Serviço Social, pois desta forma, há possibilidade de nos depararmos com o novo, o ainda não visto. Há muitas experiências e indagações que podem ser sistematizadas, principalmente no que se refere às produções da graduação. O espaço dos Estágios Curriculares Obrigatórios ilustra as possibilidades de vislumbrar a realidade, de transpô-las para o papel, ou seja, registrá-las, sistematizá-las.

Entendemos como necessário, a produção do Serviço Social sobre a conjuntura em que estamos vivenciando, sobre a forma com que as políticas sociais estão ou não se articulando. É preciso registrar e analisar a realidade das ações profissionais e não exclusivamente reproduzir o que já foi produzido. Para Marsiglia (2009, p. 385), “a pesquisa exploratória permite uma aproximação de tendências que estão ocorrendo na realidade, para as quais não temos ainda conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada”. Haja

vista, que é fundamental considerar o processo histórico para proporcionar a problematização com o presente.

A seguir, apresentaremos o processo metodológico utilizado para a realização desta pesquisa, o processo de realização das entrevistas e a descrição dos resultados desta pesquisa, bem como nossas percepções, indagações e reflexões acerca do tema. Nesta seção far-se-á a análise das entrevistas concomitantemente com a revisão bibliográfica sobre a ação profissional. A escolha por esta forma de organização da seção foi devido à intenção de não fragmentar a análise deste estudo.

3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A partir da trajetória de construção do SUS concomitantemente com a ação profissional dos assistentes sociais, é que buscamos realizar reflexões a partir da articulação da política pública de saúde, considerando os usuários como principais sujeitos a serem beneficiados com a efetivação da intersetorialidade.

Para este trabalho, julgamos como mais apropriado o método de **pesquisa qualitativa**, pois este busca compreender a realidade de um modo que não pode ser quantificado. Visando deslumbrar “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p.22).

Inicialmente realizamos uma revisão bibliográfica da literatura que trata sobre a temática da intersetorialidade e das ações profissionais dos assistentes sociais na área da saúde. A **revisão bibliográfica** estabeleceu a aproximação com o tema, direcionando as leituras dos autores para que se atendessem aos objetivos propostos na pesquisa. É partir deste aporte teórico que iremos realizar nossas reflexões e análises.

Para a obtenção dos dados e informações da pesquisa, realizamos **entrevistas semiestruturadas** com assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos do município de Florianópolis. A entrevista semiestruturada partiu de um roteiro norteador de questões com base nos objetivos da pesquisa. Este instrumento possibilita ao pesquisador abordar o tema da pesquisa de forma mais abrangente junto ao pesquisado (MINAYO, 2004). A escolha pela entrevista semiestruturada foi devido ao melhor aproveitamento das informações subjetivas, podendo utilizar-se das próprias respostas para a realização de outros questionamentos.

Os **sujeitos participantes** da pesquisa foram assistentes sociais que atuam no HF, HGCR, HIJG, HNR, HU e MCD. A escolha desses profissionais foi realizada de acordo com a **amostragem não probabilística intencional**, onde “[...] o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativo da mesma” (MARCONI; LAKATOS, 1996, p. 47). Nesse sentido, justifica-se a escolha intencional dos profissionais para a obtenção dos dados que foram coletados.

Foram realizadas **seis entrevistas semiestruturadas**, sendo um profissional de cada instituição hospitalar. Cabe ressaltar, que estes profissionais foram consultados previamente. O local de realização das entrevistas foi definido pelas assistentes sociais a partir do contato telefônico da pesquisadora, respeitando a disponibilidade da instituição e do profissional.

Como compromisso ético para a realização desta pesquisa, os pesquisadores comprometeram-se e seguiram os pressupostos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) e suas complementares que regulamentam os estudos que envolvem seres humanos no Brasil. Nesse sentido, nos comprometemos a manter a privacidade e a confidencialidade dos dados que foram coletados através das entrevistas, e, sobretudo, iremos manter o sigilo sobre os nomes e imagem dos sujeitos envolvidos.

Terão acesso aos dados e informações da pesquisa os pesquisadores responsáveis, ficando sobre nossa responsabilidade o sigilo e a guarda dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o conteúdo das entrevistas. Contudo, os documentos da pesquisa serão arquivados com acesso restrito na sala da orientadora, no Departamento de Serviço Social da UFSC, por um período de seis anos, após esse período, o conteúdo do material será incinerado. Os produtos resultantes desta pesquisa (TCC e publicações posteriores) serão informados aos Comitês de Ética em que o projeto foi submetido.

Esta pesquisa não implicou riscos físicos aos sujeitos envolvidos. No tocante aos riscos emocionais, nos comprometemos e não insistimos em questões que pudessem causar constrangimento e desconforto aos profissionais que foram entrevistados. Sobre o TCLE, este foi entregue a cada entrevistado antes do início da entrevista e explicitado os objetivos da pesquisa, posteriormente cada assistente social (sujeito da pesquisa) ficou com uma cópia do documento assinada pelo pesquisador.

3.1.1 O processo de realização das entrevistas

O processo para a coleta de informações teve início em dezembro do ano de 2010, onde iniciamos a aproximação com os hospitais para verificar os procedimentos de autorização das entrevistas com os profissionais de Serviço Social. No curso desse processo, primeiramente foram identificados os profissionais que compõem a equipe de Serviço Social de cada instituição.

No decorrer destes contatos iniciais, três assistentes sociais informaram que para a realização das entrevistas, haveria a necessidade de submeter o projeto de pesquisa aos Comitês de Ética dos respectivos hospitais: MCD, HIJG e HGCR. Outras duas profissionais relataram que deveríamos ter a autorização da direção do hospital. Em apenas um hospital a exigência foi a autorização da assistente social responsável pelo setor de Serviço Social. Entretanto, devido ao recesso de trabalho desses setores no início do mês de janeiro do ano de 2011, é que demos continuidade aos contatos com as assistentes sociais somente no final deste mês.

Todavia, para submetermos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da UFSC, seria necessário ter a aprovação dos Comitês dos hospitais já citados, pois o Comitê da UFSC exige uma declaração de autorização das instituições a serem pesquisadas, e como três instituições determinavam a apreciação do projeto de pesquisa pelos seus Comitês, tivemos que aguardar a aprovação dos mesmos. Contudo, a tarefa de acompanhar ao calendário de quatro Comitês de Ética não foi um processo tranquilo, pois ainda houve a burocracia dos recessos de trabalho do início do ano. Assim, o projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética da UFSC, foi aprovado em 28 de março, e desta forma iniciamos os contatos para a realização das entrevistas.

Após essa aproximação inicial para a realização das entrevistas, planejamos em realizá-las todas em uma mesma semana, para que fosse possível transcrevê-las e ainda realizar a devolutiva para as assistentes sociais que foram entrevistadas antes de realizar a análise do material. Como planejado, todas as seis entrevistas foram realizadas no período de uma semana, compreendido entre os dias 26 de abril e 02 de maio, e como consta no TCLE a entrevista poderia ser gravada. No entanto, questionamos a cada assistente social sobre possíveis objeções que poderiam ser feitas em relação ao uso de gravador. Apenas duas profissionais se opuseram e não aceitaram a utilização do mesmo.

A confirmação das entrevistas ocorreu através do contato telefônico, ocasião em que

informamos da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, ou, que tínhamos a autorização da direção do hospital para a realização das entrevistas. Nesses contatos, expomos mais uma vez a identificação da pesquisadora, a instituição a que pertencemos e o tema da pesquisa. Indagamos as assistentes sociais sobre o lugar e horário que as mesmas estavam disponíveis para realização das entrevistas. Todas tiveram como preferência seu local de trabalho e os horários foram aleatórios devido à disponibilidade das suas rotinas na instituição.

Durante a realização das entrevistas tivemos boa receptividade de todas as assistentes sociais. Foi fornecida a cada profissional uma cópia do roteiro de entrevista (Apêndice I) que nortearam os questionamentos para que as mesmas pudessem acompanhar o andamento da entrevista e do TCLE (Apêndice II). Avaliamos como não dificultoso o processo durante as entrevistas, pois já havíamos feito um pré-teste que posteriormente foi validado por conter conteúdo satisfatório e não necessitar de modificações na estrutura e no conteúdo do roteiro.

Conforme planejado, todas as entrevistas foram transcritas e devolvidas às assistentes sociais para que as mesmas avaliassem a veracidade das informações. Porém, após a realização de todas as entrevistas, uma das assistentes sociais manifestou-se em relação à quantidade de questões do roteiro que lhe foi entregue, pois identificou que o roteiro que foi disponibilizado na entrevista continha três questões a mais do que o roteiro que foi apresentado ao Comitê de Ética do Hospital em que atua.

Buscamos esclarecer junto à assistente social que o roteiro apresentado ao Comitê de Ética era um material norteador para os questionamentos que foram realizados durante a entrevista, pois se trata de uma entrevista semiestruturada, que tem como característica um diálogo flexível diante das questões que se pretende fazer, ou seja, permite o entrevistador utilizar-se das próprias respostas para a realização de novos questionamentos. Todavia, explicamos o direito enquanto participante da pesquisa em solicitar a exclusão das questões que julgasse necessário. E assim, a mesma o fez, requereu que excluíssemos as questões não previstas no roteiro apresentado ao Comitê de Ética de sua instituição.

Outra assistente social também se manifestou após receber a transcrição de sua entrevista e solicitou que a pesquisadora aguardasse a devolutiva da mesma, pois iria revisar o português já que o texto da transcrição estava de forma não técnica e o vocabulário coloquial. Essa mesma assistente social, explicou a importância de termos textos e documentos bem escritos, por isso não aceitava a forma simplista com que estava a transcrição. Ainda que compreendesse que a transcrição foi fidedigna ao seu relato, reafirmou e solicitou a revisão, pois do modo como estava escrito não poderia ser registrado no TCC.

3.2 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DA INTERSETORIALIDADE: OS RESULTADOS DA PESQUISA

Neste item, descrevemos os dados que foram coletados, seguidos da análise teórica sobre a intervenção profissional que nos propusermos contemplar. Inicialmente sistematizamos as informações das entrevistas a partir do roteiro norteador e posteriormente demarcamos todo o conteúdo do material. Portanto, para responder aos objetivos da pesquisa julgamos ser necessário focar em quatro eixos de análise que tratarão de alguns aspectos principais do tema, pois entendemos que o espaço deste estudo é insuficiente para realizar um aprofundamento teórico diante de todo o conteúdo da pesquisa.

Assim, destacamos os seguintes aspectos que serão base de análise da pesquisa: *o atendimento das demandas; a concepção sobre os encaminhamentos; a concepção de intersectorialidade e ações intersectoriais do Serviço Social nos espaços hospitalares.*

Cabe ressaltar novamente que esta pesquisa foi aprovada pelos seguintes Comitês de Ética: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão – parecer nº 002/2011; Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra – CAE nº 0045.0.233.000-11; Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos – protocolo 2011/0004; Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC – processo 1848; e (Anexos I, II, III e IV, respectivamente). Os demais hospitais: HF, HNR e HU, exigiram apenas a declaração de autorização da direção do hospital (Anexos V, VI e VII, respectivamente).

Conforme a recomendação de sigilo preconizada pelos Comitês de Ética supracitados, definimos a seguinte forma para nos reportarmos as entrevistadas: E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

3.2.1 Apontamentos iniciais da ação profissional dos assistentes sociais no espaço hospitalar

O roteiro norteador utilizado para a realização das entrevistas inicia com uma identificação acerca da formação e experiências profissionais das entrevistadas. Questiona ainda, se cada profissional, além do vínculo com as instituições hospitalares possui outros vínculos empregatícios com outras instituições.

Das seis profissionais entrevistadas, cinco formaram-se no curso de Serviço Social da UFSC e apenas uma teve sua formação em outra instituição de ensino. Sobre o tempo de formação, três assistentes sociais estão há mais de dez anos formadas, uma há mais de vinte anos e duas com menos de dez anos de formação.

Já sobre o período de trabalho em cada instituição, duas assistentes sociais estão há mais de quinze anos na instituição hospitalar, uma a cinco anos, uma a dois anos, uma a um ano e outra a menos de um ano. No que se refere aos vínculos empregatícios com outras instituições, somente uma das assistentes sociais possui outro vínculo empregatício e as demais profissionais não possuem vínculo com qualquer outra instituição. Com relação ao vínculo empregatício das assistentes sociais com as instituições hospitalares a qual foram pesquisadas, cinco são estatutárias e uma possui vínculo com tempo determinado.

Sobre experiências profissionais anteriores, além dos espaços hospitalares, três relataram ter trabalhado: em empresas públicas com caráter privado, no processo seletivo do artigo 170 para bolsas de estudo, em programas de atendimento como Liberdade Assistida (LA), Programa de Doenças Sexualmente Transmitidas (DST), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Serviço Sentinela, Secretaria de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). As outras três assistentes sociais têm como única experiência de trabalho a instituição hospitalar.

O questionamento aos profissionais sobre outras experiências de trabalho objetivou observar se a intervenção em outras áreas auxiliaria no conhecimento mais amplo da realidade dos serviços e políticas sociais disponíveis no território para viabilizar o atendimento dos usuários atendidos, bem como a possibilidade de intervenções na direção da intersetorialidade. Ou seja, a aproximação com outras políticas sociais, outro cotidiano, permite conhecimentos sobre a rede, sendo que os profissionais de Serviço Social contam com um amplo campo de atuação, e por mais distintas que sejam as demandas das instituições, nelas estarão arroladas as temáticas do atendimento à família, a criança e ao adolescente, ao idoso, à saúde, à previdência, à assistência social, à habitação, à educação, entre outras.

Porém, cabe ressaltar que esse fator não é determinante no que tange ao desempenho profissional dos assistentes sociais. Outras experiências profissionais podem proporcionar o entendimento crítico acerca da realidade. É imperativo ter uma competência crítica “[...] capaz de desvendar os fundamentos conservantistas e tecnocráticos do discurso da competência burocrática. O discurso competente é crítico quando vai à raiz e desvenda a trama submersa dos conhecimentos que explica as estratégias de ação” (IAMAMOTO, 2009a, p. 2).

Sendo assim, o objeto de trabalho dos assistentes sociais não se altera conforme muda seu empregador, seja ele o espaço público ou privado. O objeto de trabalho dos assistentes sociais é a questão social e suas múltiplas expressões. Para tanto, seja qualquer espaço de atuação do Serviço Social,

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero *pano de fundo* para o exercício profissional, tornando-se *condição do mesmo*, do conhecimento do objeto junto ao qual se incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2009b, p. 62).

Tendo em vista esta perspectiva, fomentamos a importância de conhecer a realidade e discutir sobre a mesma, pois se é ela que traduz-se como nosso objeto de trabalho, é sobre a realidade que devemos aprofundar nossos conhecimentos teóricos, para posteriormente planejar as ações profissionais.

Para compreender o cotidiano das assistentes sociais, buscamos primeiramente saber o setor⁸ em que as mesmas são responsáveis. Apenas uma profissional colocou-se como responsável por todo o hospital, mas em contrapartida, citou alguns setores como forma de direcionar com mais frequência suas ações. *“Não tem um setor específico, nós somos assistentes sociais do hospital, trabalhamos em todas as unidades” (E4).*

As E1 e E5 apontaram as ações profissionais sobre o viés das ações socioeducativas. *“Aqui nós trabalhamos mais com ações socioeducativas. [...] a gente promove ações socioeducativas sobre acidentes de trabalho, que tem relacionado uma correlação com a saúde do servidor. Então a gente procura fazer ações coletivas que envolva a saúde do servidor dentro da unidade” (E1).*

A E5 complementa o relato da E1 relacionando com todo o seu trabalho numa perspectiva de orientações sobre os direitos relacionadas com as ações socioeducativas: *“Ações socioeducativas, orientações de direitos previdenciários, orientações de acesso aos serviços de saúde, serviço social, ações socioemergenciais, ações que demandam atendimentos de recursos. Na emergência o atendimento é mais rápido, exige respostas mais rápidas em função do tempo que esse usuário fica na unidade” (E5).*

⁸ Os setores referenciados pelas assistentes sociais foram os mais diversos, porém, não iremos expor para que não sejam identificadas as profissionais.

Sobre as ações de orientação, Mioto e Lima (2009, p. 29) indicam que “[...] outra forma de caracterizar o fazer profissional é nomear a ação profissional como orientação”. Por conseguinte, este termo passa a se tornar genérico, abrangente, não explicitando a real ação que está se pretendendo realizar. Justifica-se pelas diversas áreas de atuação do Serviço Social, seguidas de demandas diferentes, que requerem objetivos, direcionamentos diferentes, e para tanto, envolve procedimentos metodológicos diferenciados.

As ações de orientações e/ou acompanhamento das situações atendidas aos usuários, são postuladas como ações de cunho socioeducativo. Para Mioto (2009, p. 501), as ações socioeducativas centram-se nos usuários enquanto sujeitos de direitos. Esta relação é estabelecida entre assistente social e usuário, onde se desenvolve um processo educativo. Esse processo pode possibilitar diante das individualidades dos usuários, “[...] aprender a realidade de maneira crítica e consciente, construir caminhos para o acesso e usufruir de seus direitos (civis, políticos e sociais) e interferir no rumo da história de sua sociedade”.

Todavia, é preciso estar ciente do desafio que está posto com o caráter transformador das ações socioeducativas, pois o mesmo está condicionado ao cenário da sociedade capitalista atual. Visto que é um cenário que está “[...] adverso à medida que induz à refuncionalização e à mistificação das relações pedagógicas mediante estratégias de reorganização da cultura dominante” (MIOTO, 2009, p. 501).

Segundo Mioto (2009), as ações socioeducativas no âmbito dos processos socioassistenciais, que serão discutidos mais adiante, estão pautadas sobre dois pilares: *a socialização das informações* e *o processo reflexivo*. A *socialização das informações* não se reduz apenas ao conhecimento sobre os direitos dos usuários e do que anuncia as políticas sociais. Devem ser também, o direito que o usuário tem em poder acessar a bens e serviços. Porém, ter direito as informações não se restringe em apenas acessá-las, mas em compreendê-las na sua essência. Pois desta forma, possibilitará ao usuário, que posteriormente possa utilizá-la em seu cotidiano. Assim, “[...] o uso da informação ou a incorporação da informação pelos sujeitos, torna-se um indicador importante de avaliação no processo de construção da autonomia dos indivíduos, dos grupos e das famílias, que é a grande finalidade das ações educativas” (MIOTO, 2009, p. 503).

Sobre os *processos reflexivos*, eles ocorrem no atendimento que o assistencial faz aos usuários para:

[...] buscar respostas para suas necessidades, imediatas ou não. Pauta-se no princípio de que as demandas que chegam às instituições,

trazidas por indivíduos, grupos ou famílias, são reveladoras de processos de sujeição à exploração, de desigualdades nas suas mais variadas expressões ou de toda sorte de iniquidades sociais. ele tem como objetivo a formação da consciência crítica. Esse objetivo somente se realiza à medida que são criadas as condições para que os usuários elaborem, de forma consciente e crítica sua própria concepção de mundo (MIOTO, 2009, p. 503).

Diante desta perspectiva, entendemos que a socialização das informações e o processo reflexivo destas, são necessários para uma intervenção profissional efetiva no cotidiano dos assistentes sociais. Porém, é preciso que esses profissionais tenham essa ação atribuída ao seu projeto de profissão, pois, a prática dessas ações estará atrelada a muitos desafios cotidianos e institucionais. Corroborando com esta perspectiva, Iamamoto (2009b, p. 143) coloca como desafio:

[...] tornar os *espaços de trabalho do assistente social, espaços de fato públicos, alargando os canais de interferência da população na coisa pública, permitindo maior controle, por parte da sociedade, nas decisões que lhes dizem respeito*. Isso é viabilizado pela socialização de informações; ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo; acesso às regras que conduzem a negociação dos interesses atribuindo-lhes transparência; abertura e/ou alargamento de canais que permitam o acompanhamento da implementação das decisões por parte da coletividade; ampliação de fóruns de debate e de representação etc.

As assistentes sociais identificaram suas ações profissionais na mesma direção. Para E2, suas ações se concentram “[...] *nas altas hospitalares, encaminhamentos, orientações de óbito, contato com a família, encaminhamentos e orientações para a perícia médica e acidente de trabalho, encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a policlínica, Secretaria Municipal de Saúde ou farmácia escola (no caso de medicamentos fornecidos via processo). Abordagem de rua, no sentido de localizar a família e realizar os devidos encaminhamentos. Realizamos visitas diárias no leito para tomar conhecimento das necessidades do usuário e realizar as ações necessárias*” (E2).

Nas falas da E3 e E6, observamos que as ações profissionais são semelhantes: “*As ações desenvolvidas são encaminhamentos, visita ao leito, apoio aos pacientes, visitas domiciliares, contatos com diversas instituições e outros*” (E3).

“*Entrevista social, visita em leito, contato com familiares, contato com outros profissionais. Encaminhamentos diversos*” (E6).

Para E4, as ações profissionais estão diretamente relacionadas com as orientações médicas. *“As nossas ações são sempre trabalhando junto com os médicos, nós formamos uma equipe multidisciplinar, então as demandas surgem de acordo com as orientações médicas, principalmente no pós alta, para saber dar os encaminhamentos para que o tratamento não seja interrompido na cidade de origem. Como nós somos um hospital de referencia nós atendemos toda a Santa Catarina (SC), então a nossa demanda é SC” (E4).*

Para Mioto e Nogueira (2009a, p. 281), “parte-se de uma premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo a *priori*, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais”. Para tanto, o conceito de ação profissional pode ser definida como:

Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais quanto aos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTO, 2001, apud LIMA, 2004, apud MIOTO; NOGUEIRA, 2009a, p. 281).

Diante deste conceito, as ações profissionais dos assistentes sociais no âmbito hospitalar traduzem minimamente o cotidiano do Serviço Social. Possibilitam vislumbrar a relação da intersetorialidade com a intervenção profissional, ilustram como vem sendo desenvolvidas ou ainda seu contrário sobre as ações intersetoriais. Os profissionais de Serviço Social possuem conhecimentos que podem habilitá-los para efetivar as ações que são demandadas sobre a perspectiva da promoção à saúde. As ações intersetoriais implicam em não atender as demandas que chegam ao Serviço Social de maneira isolada.

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/ processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde. [...] estas estão pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, mais, ainda, na lógica do direito a ter direitos, o que, na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão reduzidas unicamente à atenção médica – paradigma que dominou muito tempo o setor (MIOTO; NOGUEIRA, 2009a, p. 282).

Os eixos em que estão articuladas as ações profissionais são: os processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e os processos socioassistenciais. O quadro a seguir ilustra o conceito de cada eixo:

Quadro 2 – Eixos de intervenção profissional

<i>Processos político-organizativos</i>	<i>Processos de planejamento e gestão</i>	<i>Processos socioassistenciais</i>
Correspondem ao conjunto de ações profissionais, entre as quais se destacam as de mobilização e assessoria, que visam à participação política e à organização da sociedade civil para garantir e ampliar os Direitos na esfera pública e exercer o controle social. Visando a universalização, à ampliação e à efetivação dos direitos. São espaços privilegiados de controle social instituídos no campo da política de saúde, tais como os Conselhos de Direitos, as Conferências e outros órgãos como o Ministério Público.	Correspondem ao conjunto de ações de planejamento, gestão e administração de políticas sociais, de instituições e de empresas públicas ou privadas, bem como do próprio trabalho do Serviço Social. Destacam-se as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, quais sejam a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos de serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, sendo base tanto para o trabalho dos assistentes sociais como para a equipe da qual é parte.	Correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas, a partir de demandas singulares, no âmbito da intervenção direta com os usuários em contextos institucionais e em diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde. Visa responder as demandas/necessidades particulares numa perspectiva de construção de sua autonomia. Inclui ações de diferentes naturezas, porém, estão em constante interação, o que dificulta a distinção entre as mesmas.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Mioto (2009) e Mioto; Nogueira (2009a).

Esses processos, apesar de não serem exclusivos para a intervenção profissional na área da saúde, auxiliam os profissionais de Serviço Social a construir a integralidade e a participação social em saúde. Assim, se apresentam de forma articulada, integrada, possibilitando instituir o “[...] trânsito tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, diretamente ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e gestão” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009a, p. 282).

Contudo, auxiliam também, a pensar os espaços sócio-ocupacionais para os assistentes sociais, percebê-los sobre diferentes ângulos, vislumbrando o fazer profissional e as referências teóricas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009a).

A perspectiva que deve direcionar nossas ações, partindo do entendimento do conceito ampliado de saúde relacionado com os direitos sociais dos usuários e tendo como premissa que

é dever do Estado garanti-los, é o princípio da integralidade do atendimento em saúde. Segundo Nogueira e Miotto (2009c, p. 225) a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são pilares basilares da integralidade e ter clara essa relação “[...] possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico”.

Com base nesta análise, observamos que os usuários acessam os serviços de saúde, precisamente os espaços hospitalares, a princípio com a demanda relacionada a tratamento médico. Porém, o que percebemos é que por diversas vezes ele se utiliza desta “porta de entrada” para de alguma maneira conseguir acessar a outros direitos sociais. Diante disso, buscamos entender como os usuários chegam até o Serviço Social dos hospitais que foram realizadas as entrevistas.

A E1 relata que no início de seu trabalho na instituição, buscou divulgar suas ações aos usuários, que são os servidores. *“Procurei divulgar as ações que estava me propondo pra fazer nessa questão da orientação dos direitos sociais. Os encaminhamentos e acompanhamentos da perícia médica, e daí hoje é uma demanda espontânea, os servidores me procuram a partir da sua necessidade. Existem duas formas de chegar, uma é a demanda espontânea que acontece bastante, ou a demanda de chefia. Eu não chamo, eu peço pra chefia encaminhar, é bem espontâneo mesmo. A gente procurou vincular não está chamando as pessoas para não ficar aquela coisa política, então o servidor chega se ele quiser” (E1).*

As divulgações das ações, relatada pela E1, é um instrumento que não apenas divulga a profissão, mas informa o que é o Serviço Social na instituição, onde ele está inserido, o que está se propondo a fazer. Diante disso, nos faz refletir que não são todos os usuários que sabem se há um setor de Serviço Social em determinada instituição, e de certa forma, pode haver situações em que desconheçam a própria existência da profissão.

Através das falas das E2, E3 e E4, percebemos que o Serviço Social é solicitado por alguns setores para atender aos usuários, seja através da equipe médica, da equipe de enfermagem ou pelo setor da emergência assim que o usuário chega ao hospital. O Serviço Social também realiza visitas ao leito como uma forma de identificar as demandas.

“O usuário chega ao hospital ou pela emergência ou por internação eletiva (ele é chamado para internar), ou vem fazer uma consulta no ambulatório, ou realizar exame. Na emergência e nas unidades de internação o assistente social realiza visitas diárias, no ambulatório também. Ou o assistente social é solicitado, ou o usuário é encaminhado até o setor” (E2).

“Através da solicitação médica, de enfermagem e por iniciativa dos pacientes” (E3).

“Ou através de ambulatório ou através da internação, e também de atendimento no plantão. Todas as demandas, às vezes por já conhecer o servidor, ou por orientação de alguém, ou por orientação do município” (E4).

Já a E5, ressalta que o Serviço Social participa da passagem de plantão para obter informações sobre os usuários. *“O Serviço Social participa da passagem de plantão da enfermagem, este é um espaço onde se troca informações sobre os pacientes, e ali a gente já reconhece como esse paciente chegou. Então a nossa rotina é através do censo e da passagem de plantão para identificar quem são os pacientes que necessitariam da nossa avaliação, de uma intervenção da assistente social. [...] A gente estabelece algumas prioridades pra gente organizar o nosso serviço. Através da passagem de plantão a gente já identifica qual o paciente demandaria maior intervenção. A equipe de enfermagem nos passa alguns casos. [...] As situações são encaminhadas pela equipe de saúde, enfermeiros, médicos, pelo nutricionista também, farmacêutico e pela própria psicologia. Então todos os profissionais nos encaminham situações. Então eles chegam até o Serviço Social assim. Ou então o usuário identifica o profissional no setor, nós temos uma sala no setor, na unidade, ele identifica o assistente social e o procura” (E5).*

A participação do Serviço Social na passagem de plantão é um mecanismo que possibilita interação entre outros profissionais. A participação nesse espaço permite ao Serviço Social ter acesso aos antecedentes das situações dos usuários, pois é preciso compreender que o Serviço Social no hospital está inserido num espaço assistencial voltado prioritariamente para os níveis de média e alta complexidade, sendo que os usuários procuraram a instituição inicialmente com a intenção de assistência no processo de saúde-doença.

Cabe ressaltarmos que os hospitais que foram pesquisados são de abrangência de atendimento Estadual e Federal, e não uma unidade de atendimento municipal. Entretanto, todos os seis hospitais apresentam-se como instituições que abarcam atendimentos dos municípios vizinhos da região da Grande Florianópolis, demais municípios de Santa Catarina e ainda outros Estados. Segundo as assistentes sociais entrevistadas, isso ocorre ou devido à falta de vagas de um hospital para outro, ou pela procura de referências de atendimento, como por exemplo, especialidades de atendimento infantil, neurocirurgia, ortopedia, entre outros.

Desta forma, demarcamos que a intersetorialidade ocorre na esfera da gestão municipal, pois os serviços estão no município de origem dos usuários. É nos municípios que os usuários manifestam suas necessidades/demandas, que precisarão ser articuladas para garantir o atendimento integral destes usuários. Com isso, para que a intersetorialidade se

efetive, é fundamental que as gestões municipais reconheçam a importância deste princípio, e que estejam preparadas para tais ações, em suas estruturas físicas e capacitações dos profissionais da esfera pública.

Para E6, os usuários chegam até o Serviço Social *“por contato de outros profissionais e também pela nossa visita em leito, a gente vai, faz visita em cada leito, faz uma entrevista social, vai identificando as demandas, e a partir de então vai estabelecendo um vínculo, e vão surgindo às coisas” (E6).*

Portanto, percebemos que o movimento que encaminha os usuários para o Serviço Social, não é o mesmo para todas as instituições hospitalares. Na fala das E2, E3 e E4, para que o usuário seja encaminhado para o Serviço Social é necessário que ocorra por solicitações de alguém ou de um setor. As visitas aos leitos não tiveram ênfase como uma ação cotidiana para a profissão, exceto para E6.

Para E4 o plantão também se configura como um espaço hospitalar que “recebe” as demandas. É preciso fomentar sobre esse espaço, sobre sua efetividade e como ocorrem os atendimentos, tendo em vista que esse setor é comum às instituições hospitalares. Para Vasconcelos (2002, p. 166-167), o plantão é um espaço onde,

[...] um ou mais assistente sociais, num mesmo espaço físico, aguardam ser procurados por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social, encaminhamentos feitos por profissionais /funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras unidades etc.).

A partir desta afirmação, é importante perceber que diversos profissionais encaminham os usuários para o plantão do Serviço Social, tornando este espaço como um “recedor”, “acolhedor” de todas as dúvidas que perpassam por outros setores, como se o plantão estivesse disponível, e ainda, como se esta fosse sua competência. Observamos que em determinadas situações, os usuários querem apenas uma informação sobre algum procedimento que está para fazer, ou uma consulta que deve marcar, ou ainda saber onde fica determinado setor. Sendo assim, o receptor dessas indagações, sem ter as respostas, encaminha ou orienta os usuários a procurarem o plantão do Serviço Social⁹, entendendo que neste espaço o usuário terá as respostas de que precisa.

⁹Análise com base na experiência de Estágio Curricular Obrigatório da pesquisadora.

3.2.2 O atendimento das demandas

Neste item, buscamos identificar quais são as principais demandas que chegam para o Serviço Social e de que forma são atendidas. A E1 destaca que as demandas para seu trabalho na instituição em que atua são: *“a procura com relação aos direitos estatutários do servidor, plano de cargo de salário, progressão funcional, tem bastante dúvidas. Agora o que chega mais é essa questão do relacionamento interpessoal no setor, às vezes algumas situações de problemas de saúde, que daí ocasiona o afastamento do servidor. Eu faço visita domiciliar quando é necessário”* (E1).

A E1 explica que desde sua entrada na instituição, tem um psicólogo no setor, este que também realiza atendimentos aos servidores do hospital. Nesse sentido, a assistente social relata a forma como as principais demandas, que já foram citadas, são atendidas:

“A gente faz atendimento conjunto, o servidor me procura e eu agendo um horário. Nós temos um ambulatório que tem as salas individuais para atendimento, daí eu agendo um horário no ambulatório, eu faço atendimento lá, e às vezes eu faço atendimento aqui no próprio setor. Quando é questão mais estatutária de orientação de direito social eu faço aqui. Quando é uma questão mais pessoal, que envolve alguma questão de família, porque eles também procuram a gente para orientação de relacionamento interpessoal a gente também atende no ambulatório. Eu e o psicólogo, nós atendemos juntos, existem momentos que a gente faz atendimento juntos, e existem momentos que a gente faz atendimento separado, dependendo da demanda e do servidor, e isso a gente combina nós dois” (E1).

Diante desta afirmação, Vasconcelos (2002, p. 171) afirma que:

[...] As demandas manifestadas pelos usuários por inserção na rotina são consideradas demandas individuais/particulares de usuários que, por diferentes motivos, não conseguem inserção na rotina institucional. Assim, os assistentes sociais negam o caráter coletivo dessas demandas, que são coletivas não só porque vivenciadas por todos, mas, também, porque só coletivamente poderão ser enfrentadas tendo em conta os interesses e necessidades dos trabalhadores. Da mesma forma é negado o caráter institucional dessa demanda, ou seja, também não são reconhecidas como demandas próprias da unidade de saúde.

Cabe ao Serviço Social não apenas atender estas demandas com o objetivo de suas resolutividades, e assim, esperar que outras da mesma configuração surjam. É preciso

informar e esclarecer junto às direções das instituições hospitalares sobre o que está sendo demandado para o Serviço Social. Diante desta perspectiva, Iamamoto (2009b, p, 162) faz uma importante análise:

[...] *A realidade torna-se obstáculo, vista como o que impossibilita o trabalho.* Isso porque partimos de uma visão idealizada do real, não correspondente à história presente. Esta é colocada entre parênteses e não decifrada, impossibilitando descobrir, na articulação dos processos econômicos, políticos e culturais que a constituem – isto que é, no seu movimento –, os desafios e as possibilidades de trabalho. Por vezes, esquecemos que a mudança desse quadro assinalado não depende apenas de nós, como freqüentemente almejamos de maneira voluntarista.

Para tanto, o profissional de Serviço Social possui *relativa autonomia* no processo das ações de seu trabalho. Todavia, a instituição empregadora, seja pública ou privada, Estado ou organização não-governamental, causa para o assistente social uma dependência no que tange a viabilização do acesso aos serviços para os usuários. Pois são estas instituições que colocam prioridades a serem alcançadas, e desta forma “[...] interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional”. Visto que “[...] a *instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social*. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa” (IAMAMOTO, 2009b, p. 63).

Cabe assim, refletir que as demandas que são encaminhadas para o Serviço Social, são carregadas de necessidades, que não se manifestam imediatamente a profissão, entretanto são colocadas pela instituição como metas a cumprir, como nossos objetivos profissionais. Portanto, considerando que as demandas imediatas dos usuários - aquelas que foram o estopim para sua procura em determinadas instituições - não são necessariamente sua demanda concreta. “[...] Na maioria das vezes, ela é o veículo (ou o meio mediador) que porta a capacidade de conduzir o assistente social à busca da demanda real, da essência. A demanda imediata ao mesmo tempo manifesta e esconde a demanda real” (GUERRA, 2009, p. 81).

Na fala da E2, as principais demandas referem-se à “*perícia médica, acidente de trabalho, alta hospitalar, orientações e encaminhamentos de medicamentos de caráter excepcional. São atendidas através de contatos telefônicos, orientações e encaminhamentos, de acordo com a necessidade, com Secretarias Municipais de Saúde, Policlínicas, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Farmácia Escola, [...]*” (E2).

Para E3 as demandas são diversas, não elencando alguma como principal. “*Dificuldades diversas, desde a falta de medicação nas Unidades Básicas de Saúde, falta de*

vagas em casas de apoio (moradores de rua). Dificuldades na marcação de consultas médicas especializadas e também exames de alto custo. Os atendimentos realizados no Serviço Social são registrados em ficha própria que nos auxilia para estatística do setor. Também há relatórios, avaliação social e registramos o atendimento no prontuário hospitalar conforme a demanda” (E3).

No relato da E3, surge o registro das ações relacionado à forma dos atendimentos das demandas. O registro das atividades diárias traduz-se para o Serviço Social como uma ferramenta fundamental para a profissão. Não apenas para auxiliar na sistematização do cotidiano, para se resguardar diante de alguma situação que precise de comprovação do atendimento. Mas que esse instrumento deve ser base de análise sobre a realidade, sobre a demanda que está sendo atendida. Com base nesta perspectiva, Almeida (2009, p.400-401) aponta que:

[...] O Serviço Social ao passo que foi capaz de forjar certas rotinas e procedimentos de registros de suas atividades prático-interventivas não conseguiu, porém, imprimir aos mesmos a marca de um esforço de sistematização, quer da realidade social como das respostas profissionais formuladas que determinam a sua atividade profissional, o seu trabalho em sentido amplo. [...] Vale dizer que muitas vezes os registros acabam se transformando numa peça a mais na burocracia dos estabelecimentos onde atua o assistente social e que suas reuniões de equipe tendem a perder sua objetividade frente à ausência de outros instrumentos necessários aos processos de avaliação e reflexão de seu trabalho.

Assim, o registro das ações profissionais deve transcender o seu significado mecânico da escrita, para registrar também aquelas demandas que o Serviço Social não está dando conta de atender¹⁰ nas políticas sociais, nos setores e instituições onde está inserido. O registro profissional deve possibilitar uma reflexão sobre nossas ações, como estamos ou não atendendo aos usuários, sendo uma forma de analisar e planejar tanto os atendimentos profissionais, como projetar novos espaços (programas e projetos) e ou benefícios sociais para a população atendida pelo Serviço Social e pela instituição hospitalar como um todo.

Cabe ressaltar, que compreendemos as rotinas dinâmicas dos espaços hospitalares, mas que de fato, os registros devem fazer parte do cotidiano das ações profissionais como instrumento de planejamento. Miotto e Lima (2009) apontam que devido às ações dos assistentes sociais estarem relacionadas basicamente no uso da linguagem, a visibilidade de

¹⁰ Anotações das aulas de Supervisão de Estágio Curricular Obrigatório II, ministrada pela Prof^ª Keli Regina Dal Prá.

nossas intervenções ocorre somente quando registramos as mesmas. Para tanto, os registros proporcionam à profissão o reconhecimento das demandas bem como uma compreensão acerca da realidade e dos espaços sócio-ocupacionais que estamos inseridos.

A partir desta perspectiva, Almeida (2009, p. 404) destaca que a sistematização das ações profissionais “[...] não só auxilia o próprio reconhecimento pelo Serviço Social dos limites, dos avanços e da contribuição efetiva de sua atuação, como pode se tornar um componente importante de sua visibilidade social e institucional”. Assim é que ressaltamos a importância da sistematização das ações profissionais do assistente social, tendo em vista que o espaço hospitalar se constitui num campo de atuação para diversos profissionais. As demais profissões e as instituições devem compreender que o fazer profissional transcende ao atendimento do diálogo, sendo que os assistentes sociais também podem produzir conhecimento a partir do registro dos atendimentos.

Ainda sobre as demandas, E4 relata as principais demandas que observa em seu cotidiano. *“Falta da continuidade do tratamento no município de origem. Porque aqui os serviços estão todos reunidos e no município nem sempre isso acontece. Geralmente o primeiro contato é com o Serviço Social da secretaria do município, quando não há, ou com alguma pessoa responsável da secretaria de saúde. Também trabalhamos bastante com o Programa da Saúde da Família no município” (E4).*

Nesta direção, E5 aponta que: *“a principal demanda que eu considero é mesmo a articulação, a gestão do serviço. O usuário nos procura muito pela questão do acesso ao serviço, então a gente vai trabalhar com a gestão dos serviços pra identificar os fluxos, poder orientar esse usuário, a questão do acesso do direito que foi previamente negado, a alta hospitalar, a contra referência pra atenção básica. Essas são as maiores demandas que chegam. A organização da família pra acessar os recursos necessários ao cuidado, à manutenção do cuidado, a continuidade da assistência em saúde. E fora as demandas institucionais, como a refeição pro acompanhante pra garantir essa permanência no hospital, mais institucionais, são nesse sentido. Mas o usuário também consegue identificar a questão de orientação previdenciária, direitos trabalhistas. Mas acho que é mais a questão da gestão do cuidado, de poder organizar com o usuário a questão do cuidado. Nós identificamos o usuário, fazemos uma intervenção, fazemos um acolhimento, dependendo do que a gente identifica no acolhimento a gente faz uma intervenção mais aprofundada” (E5).*

A partir do relato das assistentes sociais, ficou claro que os hospitais públicos sediados em Florianópolis são referência para todo o Estado de Santa Catarina, centralizando os atendimentos em saúde de maior complexidade na capital do Estado e evidenciando uma

desigualdade territorial na distribuição dos serviços. Assim, o usuário é referenciado a essas instituições pelos serviços de menor complexidade no seu município de origem ou vem por decisão própria para atendimento em Florianópolis.

Durante o atendimento desses usuários nos hospitais é que o Serviço Social é solicitado para garantir seu o acesso aos serviços de saúde no município referenciado. É nesses atendimentos que surgem outras demandas familiares, onde o assistente social necessita articular informação com a rede de apoio no que tange as políticas sociais. Assim,

Projetar uma intervenção sobre determinados aspectos da realidade social a partir da ideia de redes implica considerar a existência de pontos de contatos e conexões. Essas são necessárias para que ocorram as trocas entre os saberes e alimentam-se os fluxos dos atendimentos provenientes das múltiplas intervenções profissionais. É primordial assegurar que essas conexões expressem o fluxo das intervenções, uma rotina que indica/direciona o sentido do movimento. A observância dessa direção é imprescindível para que se possa alcançar a resolutividade do que foi demandado (BIDARRA, 2009, p. 492).

Considerando que os assistentes sociais, predominantemente atuam também como executores das políticas sociais, a configuração destas limita e/ou possibilitam suas ações. Para Guerra (2009, p. 82) as políticas sociais contemporâneas possuem características “[...] *privatistas, mercantilistas e assistencialistas* condiciona intervenções pontuais, focalistas, imediatistas, burocráticas. [...] exigindo determinado perfil profissional: aquele que responde às demandas imediatas”.

A E6 demarca que as principais demandas que percebe em seu cotidiano são: “[...] *As confecções de documentos, se é que a gente pode dizer confecção, a gente liga para os cartórios para procurar certidão de nascimento, leva para fazer documento de identidade, Cadastro de Pessoa Física, título de eleitor, para fins previdenciários, geralmente esses documentos são feitos para esses fins de exame de alto custo ou alguma coisa nesse sentido. Eles também buscam coisas materiais, no hospital a gente tem a Associação Amigos do Hospital que fornece kits de higiene, (não é assistencialismo, mas é um mínimo necessário), roupas, sandálias, essas coisas... eles também procuram a gente para isso. Para ter acesso à consulta odontológica, por exemplo, para entrar em contato com a família, para receber algum benefício no banco, para solicitar benefício de passagem, transporte junto ao município de origem. A gente também faz atendimento de óbito à família, quando o usuário vai a óbito, a gente costuma dar toda orientação para família, os procedimentos que são*

necessários, aquele suporte emocional, faz contato, localiza encaminha para a assistência quando a família não tem condição socioeconômica, entre outros” (E6).

Diante desta afirmação, é fundamental fomentar sobre as ações profissionais que exigem respostas e soluções imediatas, pois em diversas situações, são realizados atendimentos que se manifestam como situação de risco para os usuários. Assim,

Nestas respostas impera a exigência de atendimento às demandas que chegam à profissão, de modo que aspira ao alcance dos fins, mas não se impõe, na mesma medida, em nível imediato, uma reflexão ético-política sobre os meios utilizados para isso. A desconsideração da relação meios e fins (em como responder e com que meios), mais ainda, a ruptura entre meios e fins (não importam os meios, desde que alcançam os fins) resultam numa prática focal, pontual, imediatista, instrumental (GUERRA, 2009, p. 83).

Com base nesta perspectiva, é que ponderamos sobre os “tipos” de demandas que chegam para o Serviço Social quando se inicia a vida profissional. Diante do que foi aprendido na academia, referente ao que é ou não competência do Serviço Social, é que nos deparamos enquanto profissionais, com demandas que tem urgências de atendimento e de soluções. Entretanto, no início das experiências profissionais, certas demandas podem parecer duvidosas, se realmente são ou não da competência do Serviço Social atendê-las. Posto que podem ser demandas emergenciais, que colocam os sujeitos em situações de riscos, ou demandas mais burocráticas e/ou relacionadas a assuntos desconhecidos para o assistente social.

Nesse íterim, do surgimento de demandas que não sabemos se são de nossa competência, é que direciona os assistentes sociais a se capacitarem em diversas especializações de outras áreas. Com base nesta perspectiva, Mito e Lima (2009, p. 29-30) apontam que:

[...] Na ânsia de qualificar as suas ações, o Assistente Social acaba procurando formação em outras áreas profissionais, o que, muitas vezes, o leva a aderir epidermicamente a determinados modelos teóricos sem conseguir estabelecer diálogos entre eles e o conhecimento da área do Serviço Social. Isso parece levar ao empobrecimento da profissão em determinados setores, especialmente àqueles que atendem as demandas tradicionais do Serviço Social, demandas essas vinculadas, especialmente, ao exercício profissional em instituições.

Ainda segundo a análise das autoras, o problema não está em buscar outras especializações, posto que esta relação possa contribuir para o relacionamento e atendimento interdisciplinar no exercício profissional. Devemos, portanto, exercitar a relação de outros aprofundamentos teóricos com o Serviço Social, a fim de contribuir para o cotidiano profissional.

3.2.3 A concepção sobre os encaminhamentos

No intuito de verificar de que forma está sendo articulada a efetivação dos encaminhamentos e de como vem sendo construídas as ações profissionais intersetoriais no âmbito da política de saúde, visando contribuir para a garantia desse direito aos usuários do SUS, uma das questões do roteiro de entrevista abordou diretamente sobre o entendimento do que seriam os encaminhamentos realizados pelas assistentes sociais nas instituições hospitalares, bem como a forma como eles são desempenhados.

A E1 e E6 explicam sua concepção sobre encaminhamentos a partir de suas ações profissionais.

“Quando a gente faz o atendimento ao servidor, a gente percebe as demandas que ele traz, e a partir daí a gente vai fazendo os contatos, de como resolver aquela demanda ou a gente procura estar encaminhando pra que ele mesmo resolva. Quando precisa a gente entra em contato com a rede socioassistencial do município, quando envolve alguma questão social que ele possa ser atendido no município dele, aí eu faço contato lá com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), conselho tutelar do município, quando envolve uma situação de criança na família, e daí como é que a gente faz esse encaminhamento, normalmente eu faço via telefone, já o contato direto com o profissional da ponta, e depois a gente faz o encaminhamento por escrito, mas eu procuro sempre fazer esse contato anterior por telefone pra garantir que ele vai chegar lá” (E1).

“Encaminhamento é... Uma pessoa chega para mim com uma demanda, eu avalio aquela demanda e vejo se é uma demanda da assistência, da previdência, da educação, da justiça da infância e da juventude, enfim, vejo até que ponto eu sou capaz de resolver aquilo, com o meu conhecimento, com a minha bagagem de conhecimento, aí a partir do momento que eu não sou capaz de resolver aquilo, eu não posso agendar a perícia ou eu não posso dar orientação. O conhecimento que a gente tem do Estatuto da Criança e do Adolescente ou de

outras políticas. Então eu passo para o órgão competente. Encaminhamento seria um documento, um resumo da situação, e onde geralmente a gente procura fazer o contato telefônico antes de a pessoa comparecer lá naquela instituição pra que ela não perca tempo, não gaste passagem com ônibus, enfim” (E6).

Diante desse relato, percebemos que a concepção de encaminhamentos para E1 e E6 está atrelada à identificação das demandas e posteriormente o contato com a rede de proteção social. Este contato é realizado primeiramente por telefone, para que desta forma possa garantir que o usuário chegará ou não há determinada instituição. Após o contato telefônico, é realizado um registro por escrito, este processo é denominado de encaminhamento.

Entretanto, não é possível afirmar que através do contato telefônico o usuário chegará até a instituição a qual foi encaminhado. É necessário um acompanhamento para identificar a efetividade de tal ação. Sobre o acompanhamento dos encaminhamentos, discutiremos mais adiante.

Para E5 e E3, o encaminhamento é uma forma de facilitar e garantir o acesso dos usuários às políticas sociais ou a outros serviços. Para estas profissionais, o encaminhamento é resultado, produto, das ações profissionais com o objetivo de garantir os direitos sociais aos usuários. Ambas explicam que o encaminhamento não ocorre apenas quando o usuário tem um documento por escrito, mas que a explicação, as orientações também são uma forma de encaminhamento:

“Entendo como o resultado de uma ação profissional, seria garantir que ele consiga acessar outros serviços, outra política, que facilite esse acesso. Quando a gente fala em encaminhamento tanto é aquele documental quanto o encaminhamento próprio de explicar, de orientação, ou encaminhamento formal, onde a gente vai facilitar um acesso através de um encaminhamento” (E5).

“É um instrumento de trabalho onde as ações realizadas são efetuadas com o objetivo de auxiliar o paciente na busca de seus direitos como cidadão. Digo que os encaminhamentos são de forma verbal ou escrita facilitando sua efetivação, pois muitas vezes o paciente é analfabeto ou apresenta dificuldades para expressar o que deseja. Os encaminhamentos são nossa maior ferramenta” (E3).

Já para E4, os encaminhamentos são uma forma de “conhecer exatamente qual é a demanda e conhecer como funciona os municípios e os serviços existentes, para poder ter essa rede de apoio no município de origem, isso pra mim é encaminhamento” E4).

Nesta direção, E2 coloca que “encaminhamento é a continuação do atendimento, assim, até aqui nós atendemos, daqui em diante se faz necessário outras providências” (E2).

Podemos perceber que os encaminhamentos para E4 e E2 referem-se a conduzir os usuários para outras instituições, para a rede de apoio ou ainda para seu município de origem. Nesse sentido, quando a instituição empregadora do assistente social não é suficiente para atender as demandas/necessidades dos usuários, estes devem ser encaminhados para que outras instituições possam atendê-los.

Os depoimentos das profissionais nos colocam uma questão para reflexão: se o profissional que realiza o encaminhamento entende que é responsável pelo mesmo, ou tem algum grau de compromisso para sua efetividade. O que não podemos acolher para o cotidiano profissional, é que os encaminhamentos, a partir do momento que são entregues aos usuários, deixam de ser responsabilidade do assistente social, pois, esta prática direciona ao encaminhamento fragmentado, fazendo com que a ação de encaminhar, seja um simples ato.

Portanto, diante dos encaminhamentos, ressaltamos a importância do profissional de Serviço Social desenvolver sua intervenção pautada no Projeto Ético-Político Profissional, pois desta forma vislumbrará o real significado dos encaminhamentos. Nesse sentido:

O projeto profissional acompanha e influi no movimento da realidade, contribuindo para a mudança pretendida. Implica um procedimento lógico que assegura racionalidade e coerência à ação, garantindo seu êxito. Sobressai, também, como instrumento auxiliar da ação, permitindo seu acompanhamento e ainda uma pré-avaliação, isto é, uma avaliação *ex-ante* dos resultados de um investimento ou serviço (MIOTO, NOGUEIRA, 2009a, p. 291).

Nesta perspectiva, Sarmiento (2010, p. 122) aponta que a direção ético-política da prática profissional possibilita ao assistente social compreender que a “[...] universalização de serviços implica a superação das práticas de triagem restritivas aos mecanismos burocráticos de inclusão/exclusão de acesso aos bens e serviços”. Cabe assim, problematizar que a prática do encaminhamento deve considerar as “novas” funções e condições que estão postas aos profissionais de Serviço Social na atualidade, tendo “[...] uma ampla rede interinstitucional de proteção social (embora mostre uma tendência contrária), sobre a qual também se busca a garantia dos direitos sociais”.

Assim, os encaminhamentos também possibilitam a intersetorialidade através da intervenção profissional. A rede de proteção social deve estar articulada, os encaminhamentos são ferramentas para que a intersetorialidade se efetive. Não se pode imaginar que os encaminhamentos que são realizados por si só resolvem as questões mais pertinentes das famílias. E tampouco, pensar que quando encaminhamos um usuário para a rede de proteção

social ou pelo motivo de entrarmos em contato com a instituição, que este terá acesso a programas sociais ou direitos garantidos.

Portanto, é preciso acompanhar os usuários por determinado período, para que se tenha a certeza que este conseguiu acessar a benefícios, programas ou que está sendo realmente acompanhado pela rede de proteção social. Compreende-se aqui, que acompanhar o usuário no processo de acesso a seus direitos, é parte integrante e fundamental do encaminhamento, tornando-se uma continuação do atendimento. Iamamoto (2009b, p. 145) faz uma importante reflexão sobre o compromisso que os assistentes sociais devem ter em buscar assegurar aos usuários a efetividade do acesso a direitos. Entendendo aqui, a importância de um encaminhamento articulado com rede de proteção social.

Sabe-se que o assistente social dispõe de relativo poder de interferência na formulação e/ou implementação de critérios técnico-sociais que regem o acesso dos usuários aos serviços prestados pelas instituições e organizações sociais públicas e privadas. Trata-se de envidar esforços para assegurar a universalidade ao acesso e/ou ampliação de sua abrangência, resistindo profissionalmente, tanto quanto possível, à imposição de critérios rigorosos de seletividade.

Por conseguinte, procuramos entender se os encaminhamentos realizados pelas assistentes sociais possuem acompanhamento das situações atendidas no cotidiano profissional. A E1 explica a forma como acontece o acompanhamento dos encaminhamentos na instituição em que trabalha:

“Então, como eu atendo os servidores existe essa possibilidade de retorno depois, por exemplo, eu faço um encaminhamento para uma psicóloga lá do município, como já aconteceu, um servidor da nutrição precisava de atendimento psicológico, então fiz contato com o município, agendamos com a psicóloga, ele começou o atendimento lá, e daí depois eu vou fazendo contato com ele, olha deu certo, está indo, ou ele me retorna, olha eu fui deu certo, então a gente consegue fazer esse acompanhamento. Tem gente que diz olha, eu fui lá e não deu certo, não consegui, daí eu faço contato novamente. Como são servidores que permanecem aqui, a gente tem como estar fazendo esse acompanhamento depois, até pra ver se mudou a demanda, hoje ele quer o atendimento psicológico, amanhã ele já tem outra necessidade na própria unidade, a troca de setor alguma coisa assim que a gente possa estar articulando com a administração, com a gerência administrativa. Então a gente está sempre junto com os servidores acompanhando” (E1).

Desta forma, podemos notar que nesta instituição ocorre o acompanhamento dos encaminhamentos e/ou das situações atendidas. Entretanto, o fato dos usuários serem os próprios servidores da instituição, facilita de certa forma, o acompanhamento pela assistente social, pois o contato com os usuários torna-se diário. Observamos ainda, que o usuário procura por esse acompanhamento, se sua demanda/necessidade ainda não foi atendida, ele retorna e procura novamente a assistente social para um novo atendimento.

Na fala da E5, também foi possível observar situações de acompanhamentos dos encaminhamentos, atrelados a possibilidade de conseguir buscar esse acompanhamento diante da rotina institucional. A profissional coloca que quando há solicitação de resposta sobre tais encaminhamentos, muitas instituições não retornam.

“Quando a gente consegue a gente acompanha sim para ter um retorno. Esse acompanhamento é por meio de contato telefônico. A gente também solicita alguns relatórios de resposta, mas nem sempre os lugares nos retornam. Mas geralmente é através do contato telefônico ou institucional” (E5).

No entanto, as E2, E3 e E4 relatam que só há acompanhamento se houver necessidade ou quando o usuário retorna à instituição:

“Só acompanhamos os encaminhamentos quando necessário, através de contato com o usuário ou com o local para onde encaminhamos e o retorno só temos quando o usuário nos procura novamente. Acredito que cada instituição é pelo seu trabalho” (E2).

“Não acompanhamos, só quando o paciente dá o retorno” (E3).

“Eles têm retorno médico aqui né, então nos retornos a gente vê como está sendo esses encaminhamentos, como está sendo o tratamento no município, daí a gente avalia” (E4).

A partir desses relatos, evidenciamos que é preciso um planejamento no cotidiano para que possibilite o acompanhamento dos encaminhamentos. Pois, é através desses contatos, da busca pela informação se o acesso foi, ou está sendo garantido que iniciamos a construção da intersetorialidade. A articulação entre as redes é uma forma intersetorial de trabalhar e diante da articulação dessas informações, desses saberes, é que possibilitamos a integralidade dos atendimentos. Nesse sentido:

Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Possibilita no campo da saúde, formalizar as relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da

integralidade e da intersectorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e/ou previstos (MIOTO; NOGUEIRA, 2009a, p. 287).

Sendo assim, o marco para atender as demandas deve estar pautado na totalidade dos atendimentos aos usuários, transcendendo o encaminhamento para além da instituição em que se está inserido. Diante disso, buscamos identificar quais são os principais encaminhamentos realizados pelas assistentes sociais nos espaços hospitalares. Para E1, *“são encaminhamentos relacionados à perícia médica, a gente faz o acompanhamento, e as questões de recursos humanos que eu faço bastante contato com o RH né, que a gente tem uma relação bem próxima. São processos de aposentadoria, essa questão da progressão funcional quando ele tem dúvida, daí a gente mostra a tabela, vê como é que funciona, vai no RH, puxa relatório de tempo de serviço, pra ver quanto tempo ele tem de contribuição. Explica pra ele, olha você contribuiu tanto tempo, mas explica pra ele olha tem a questão da idade, aí faz essa correlação junto com ele né, então a gente tem bastante contato com os recursos humanos também”* (E1).

Dentre as seis assistentes sociais entrevistadas, quatro relataram que os principais encaminhamentos realizados são para a rede de proteção social, incluindo o CRAS, os setores da previdência social, as UBS, o PSF, o Programa Abordagem de Rua, o Conselho Tutelar, entre outros.

“Os principais encaminhamentos que fizemos são para os CRAS, Secretaria do Desenvolvimento Social, Secretarias Municipais de Saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento do Programa de Saúde da Família” (E2).

“Todos que tiverem necessidade, tais como CRAS, Previdência Social, UBS, Conselho Tutelar e outros” (E3).

“A gente faz encaminhamento de contra-referência da UBS, encaminhamento para o CRAS, para inclusão no programa de atenção integral, à saúde da família. Encaminhamento para conseguir fralda geriátrica, medicamento. Encaminhamento também pra abordagem de rua, programa de dependência química, para comunidade terapêutica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” (E5).

“Encaminhamento para a assistência, para os CRAS atualmente, para fins de benefício de passagem. Benefício de cesta básica. Para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a previdência que tem a aposentadoria, a gente tem contato com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com as assistentes sociais aqui da Grande Florianópolis, funciona isso [...]” (E6).

Já para E4, os encaminhamentos referem-se ao atendimento com início na centralidade médica, e coloca a saúde a partir da medicação, para posteriormente encaminhar o usuário para realizar tratamento médico no seu município de origem.

“Como lidamos com a saúde, a saúde é uma coisa muito ampla né, então começa pela medicação, também para dar continuidade ao tratamento pelo profissional da área no município, a questão da alimentação, a questão dos outros serviços também, como a fisioterapia, fonoaudiologia, então, como falei anteriormente, conhecer as demandas daquele município para poder estar encaminhando e fazendo a rede” (E4).

Cabe ressaltar, que as razões dos encaminhamentos apontadas pelas E2, E3, E5 e E6, demonstram relação com o conceito ampliado de saúde, sendo que os da assistência social apresentaram grande destaque. Miotto e Nogueira (2009b, p. 229) afirmam que “[...] não é possível compreender as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural”. Sendo assim, o encaminhamento não pode ser entendido como um instrumento de trabalho burocrático, pois ele por si só, não garante atendimento aos usuários nas instituições que foram encaminhados. Nesse tocante, Sarmento (2002, p. 121) faz uma importante reflexão:

[...] O encaminhamento, muitas vezes confundido com transferência de responsabilidade entre setores e organizações, torna-se uma prática do Serviço Social e um serviço sempre parcial e insuficiente, exigindo novos retornos que acabam por reforçar a dependência e, muitas vezes, a perda de autoestima. Quando muito, conseguem, através da garantia de alguns recursos, uma satisfação compensatória em meio às informações controvertidas e às respostas insuficientes às demandas criadas. O encaminhamento ainda não é compreendido como a busca de uma solução para os problemas e situações vivenciadas pela população, como garantia de seus direitos.

Diante desta análise, podemos fomentar que os usuários perante a burocracia de acesso aos seus direitos, podem ficar sem ter atendimento nem da instituição a qual foi a primeira a que recorreu, e nem a qual foi encaminhado. Para Sodré (2010, p. 460) “nesse jogo, somente o usuário perde, pois não encontra equipes provocativas que coloquem no centro das discussões um debate sobre a demanda atendida. Desta forma, reproduz-se serviços hierarquizados, padronizados, centralizados, compartimentalizados e corporativistas, como o fordismo nos ensinou”.

Ainda com objetivo de vislumbrar como ocorre essa articulação dos encaminhamentos na rede de proteção social, buscamos identificar nas entrevistas se o Serviço Social das

instituições hospitalares tem algum respaldo sobre a efetivação dos encaminhamentos da contra-referência. Cinco assistentes sociais relataram que a contra-referência ou as instituições a qual os usuários foram encaminhados não retornam sobre a efetivação dos encaminhamentos. E quando isso ocorre depende da postura do profissional que recebeu o encaminhamento. Quando houve situações que tiveram retorno, estas foram citadas como algo raro de acontecer, pois não se institui o retorno dos encaminhamentos como rotina profissional e institucional.

“Só se a gente procurar, senão é bem difícil, a contra-referência que a gente chama, é bem difícil, só se a gente procura mesmo pra saber” (E1).

“Às vezes” (E2).

“Temos respaldo quando a situação é mais complexa, um atendimento mais focado. Essa situação acontece normalmente quando o paciente é de longa permanência. Nossas solicitações são avaliadas e estudadas para o bem maior que é o restabelecimento ou a manutenção da saúde do paciente objetivando a qualidade de vida” (E3).

“Não, não, depende muito de a gente ligar. Quando a gente tem uma intervenção que ela demanda uma articulação maior entre os setores, os serviços, a gente costuma acompanhar, nem todos os casos a gente acompanha a gente não consegue dar conta, ate porque é um fluxo muito grande de usuários. Mas a gente tem alguns retornos interessantes de encaminhamento que foram feitos, mas interessante no sentido de saber que teve uma resposta, nem sempre ela é positiva muitas vezes, algumas vezes é negado. Exemplo: paciente que fizemos encaminhamento para UBS. A equipe de enfermagem fazia visita domiciliar, era um paciente dependente, bem dependente nos cuidados. Era uma família que precisava bastante desse atendimento. O PSF fez visita e nos deu retorno. Mas não é uma realidade, depende muito de o profissional estar correndo atrás, não é uma rotina institucional, não é uma realidade no serviço” (E5).

“Da rede eu não vejo retornar, entramos mais em contato para buscar informação, não é totalmente fechado, mas não tem esta sistematização de retorno. Por exemplo, o tal usuário que vocês encaminharam está recebendo o benefício transporte, não esse retorno não tem. Só mesmo os usuários vindo aqui, e gerando a demanda para o próximo mês” (E6).

Entretanto, a E4 demonstrou que há o retorno sobre os encaminhamentos, porém eles estão atrelados ao encaminhamento médico, pois ressalta que a instituição onde trabalha é um hospital de referência, e que desta forma, as instituições que receberam os encaminhamentos se sentem na obrigação em dar o respaldo.

“Sim, o hospital é um serviço de referência, então é uma instituição bastante conhecida em

SC. Então há um peso, há uma resposta, há uma responsabilidade do município, porque nós somos uma referência para eles, então há esse peso da instituição, de valorização do nosso trabalho para dar continuidade lá no município, ou vice e versa” (E4).

No decorrer dos relatos expostos sobre os encaminhamentos, percebemos que não há uma articulação com a rede de proteção social, ou com outras instituições. Esta falta de articulação interrompe a possível construção de um trabalho intersetorial. Pois nem a instituição hospitalar, e nem as instituições a qual foi enviado os encaminhamentos possuem uma prática de buscar o atendimento integral ao usuário. Nesse sentido, os usuários são atendidos com práticas pontuais e fragmentadas, visto que não há uma preocupação sobre a efetivação dos encaminhamentos, e, portanto eles se tornam nesta realidade quase que insignificantes.

3.2.4 A concepção de intersetorialidade

Para atender a um dos objetivos específicos deste trabalho, que é saber qual a concepção que as assistentes sociais têm sobre intersetorialidade, questionamos as mesmas sobre seus entendimentos a cerca deste conceito.

Na fala das seis assistentes sociais que foram entrevistadas, percebemos que há um teor de entendimento fidedigno com a temática da intersetorialidade, e, sobretudo, colocam a importância de se ter práticas interssetoriais como uma necessidade de atendimento integral ao usuário, porém, ressaltam que isso não ocorre.

“Então, seria bom se a gente tivesse isso bem mais fluindo, não existe muito essa troca entre políticas diferentes a gente percebe, então quando a gente precisa, enquanto, eu que atendo os servidores, que é uma demanda bem diferenciada, trazem tanto demandas de criança e adolescente, como demandas de RH, demandas lá de geração de conflitos dentro do seu setor, às vezes a gente procura em outras políticas um atendimento, respaldo e não encontra muito essa porta aberta. Eu percebo que é essa rede desarticulada mesmo, eu acho que não existe uma articulação na pouca experiência que eu tenho desses dois anos aqui, não existe uma articulação muito grande da rede. A gente que tem que estar buscando mesmo, não tem um fluxo, não existe uma coisa muito aberta assim. A gente não consegue fazer muito essa intersetorialidade com a saúde, com a educação, com outras políticas diferentes” (E1).

A E1 aponta que as demandas atendidas não se referem a uma única área de atuação para o Serviço Social. Destaca que atende aos servidores do hospital em que trabalha, mas que as demandas são provenientes de todas as áreas, como por exemplo, criança e adolescente, idoso, previdência e assistência social, saúde entre outras. Sendo assim, o Serviço Social precisa se articular com a rede que atende essas demandas, porém, ressalta que a rede é desarticulada e não permite uma abertura para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Assim, elucidamos que por conta da fragmentação dos encaminhamentos que apontamos anteriormente, a rede de proteção social não se articula com as instituições hospitalares e vice-versa. Visto que o atendimento aos usuários ocorre de forma pontual, não obtendo compreensão da totalidade do atendimento. Nesse sentido, Bronzo e Veiga (2007, p. 11) afirmam que:

A intersetorialidade, do ponto de vista substantivo, requereria mais do que a articulação ou a comunicação entre os diversos setores sociais, tais como saúde, educação, habitação, emprego e renda, saneamento e urbanização, por exemplo. Ela aponta para uma *visão integrada* do problema da exclusão, em uma perspectiva que situa a pobreza como um problema coletivo, algo que diz respeito ao conjunto da sociedade e que deve ser coletivamente enfrentado.

A intersetorialidade não pode ser entendida apenas com a articulação entre os setores. Deve ser também, o exercício no cotidiano profissional de atender as demandas dos usuários na sua totalidade, vislumbrando que suas necessidades não se referem apenas as que o impulsionaram a buscar os serviços.

Na fala das E2 e E3, observamos que as assistentes sociais se referem à intersetorialidade como uma articulação entre profissionais e setores, ambas com objetivo de atender a situações complexas.

“Então, acredito que é a articulação de profissionais de setores sociais diversos para fazer frente a uma realidade mais complexa, no sentido de dar um efeito mais significativo ao atendimento” (E2).

“Setores, interação, intervenções com outros setores da comunidade com a finalidade de viabilizar soluções para situações mais complexas” (E3).

Tendo em vista a percepção dos atendimentos das situações mais complexas, é que ponderamos que as ações intersetoriais aqui, podem acontecer quando determinada situação exige a articulação da rede sobre informações, saberes e serviços. Esse dispêndio de ações pode estar relacionado com o atendimento individual, aquele que precisa ser resolvido, mas

que esta não é a finalidade da intersectorialidade. Nesta direção, Vasconcelos (2009, p. 259) destaca que é imprescindível:

Identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além de demandas espontâneas, sem negar as requisições institucionais, historicamente, fruto do mau funcionamento da rede de saúde. Significa pensar a profissão, não para atuar junto a indivíduos isolados, mas junto a grupos e segmentos da classe trabalhadora que têm interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas que só serão de fato enfrentadas (diferente de resolvidas) se identificadas, publicizadas e submetidas à organizações dos usuários e ao controle social (VASCONCELOS, 2009, p. 259).

Já E4, coloca a intersectorialidade como a articulação entre os setores da instituição, desta forma ela ocorre, pois os profissionais precisam trabalhar juntos para atender aos usuários. Aponta ainda, que a intersectorialidade deve acontecer também no município de origem do usuário, para que a continuidade do tratamento aconteça.

“É trabalhar com os setores que estão interligados à saúde, são os serviços né, o setor de fisioterapia, o setor de nutrição, o setor de cardiologia, todos aqui integrados, como também a intersectorialidade lá no município, porque são multi, envolvem todos esses profissionais e todos os serviços estão ligados à saúde” (E4).

A articulação entre os setores também se referem aos setores da instituição em que se trabalha. Entretanto, as instituições não suprem todas as necessidade/demandas dos usuários, visto que o conceito ampliado de saúde não abrange apenas aos profissionais do espaço hospitalar. Para Miotto e Nogueira (2009c, p. 230-231) “a intersectorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde”.

É preciso se articular com outras instituições, com a rede, com as políticas sociais para obter a integralidade do atendimento. Nesse tocante, Miotto e Nogueira (2009c, p. 228-229) apontam que:

A integralidade é apreendida em várias dimensões, transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na

esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência, traz implícita a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

No que se refere à esfera político-administrativa é importante destacar que este estudo, ao se voltar para a análise das ações profissionais na área da saúde a partir da realidade dos hospitais públicos sediados em Florianópolis, trata diretamente com o problema da organização dos serviços de saúde planejados e pactuados no âmbito da esfera estadual, que é aonde se encontram cinco dessas instituições e no âmbito federal aonde se encontra uma dessas instituições. O fato dos hospitais não pertencerem à esfera municipal trás algumas implicações ou limites para a efetivação de ações profissionais intersetoriais, uma vez que os serviços oferecidos no território do município e nos hospitais não se encontram sob o mesmo mando de governo.

Isso não significa dizer que o desenvolvimento de ações intersetoriais estaria impedido de ocorrer, somente sinaliza a possibilidade de se terem obstáculos administrativos para seu desenvolvimento.

Retomando o que referem Mito e Nogueira (2009c), podemos demarcar o conceito de integralidade nas falas das E5 e E6 que complementam-se:

“Eu entendo que é mesmo a articulação entre os setores, as políticas, os serviços, eu acredito que ela acontece em diferentes níveis. A intersetorialidade no sentido das políticas de fazer essa conversa de pensar a seguridade como um todo, de articular a assistência social e saúde, o caso das fraudas geriátricas pra mim, eu fico pensando como que a saúde não sabia dessa resolução da assistência social, não conversa, não pensa que o mesmo usuário que chega à saúde chega também na assistência social, que vai precisar desse atendimento. Essa articulação ela envolve em pensar a política junto, a troca de saberes, informações a respeito daquele usuário. É conseguir fazer essa articulação, de ver que é um usuário, mas que utiliza diferentes políticas e serviços diferentes. A articulação entre os serviços, entre os setores” (E5).

“Eu entendo que a intersetorialidade é a interligação entre as diversas políticas públicas onde os profissionais se comunicam, se intercomunicam, buscam a integralidade do atendimento frente às demandas do usuário. A intersetorialidade tem muito a ver com essa comunicação, é o profissional da saúde que conversa com o profissional da assistência

social, é assistência social que conversa com a previdência, a previdência que volta e conversa com a saúde, que conversa com, educação enfim” (E6).

Conforme apresentado as concepções das assistentes sociais sobre intersectorialidade, percebemos complementaridade nas falas, pois todas remetem a articulação, tanto das políticas sociais, da rede de proteção social, entre os próprios setores da instituição hospitalar, entre outros. Em suma, apenas a E5 e E6 se reportam ao conceito da integralidade como base do conceito de intersectorialidade.

3.2.5 Ações intersectoriais do Serviço Social a partir dos espaços hospitalares

Também questionamos as assistentes sociais se o Serviço Social desenvolve ações intersectoriais e solicitamos para que as mesmas descrevessem tais ações. Considerando todo o relato da E1 durante este trabalho, percebemos que a assistente social entende a importância de desenvolver ações intersectoriais no seu cotidiano e que esta é uma forma de atender os usuários de forma integral. Entretanto, quando indagamos se realiza ações intersectoriais, a mesma pondera sobre a política de saúde:

“A gente procura desenvolver, mas como a gente trabalha com a política da saúde isso é muito específico né, quando é necessário, por exemplo, nas capacitações a gente procura sempre estar trazendo profissionais de outras áreas, pra estar tentando mesclar um pouco, os debates né, mas a política da saúde é uma política bem concreta assim, focada. Mas principalmente nas capacitações, nas ações coletivas a gente procura sempre estar trazendo profissionais de outras áreas pra estar trocando” (E1).

Com base no relato da E1, a assistente social abordou as ações intersectoriais com ênfase na troca de saberes e informações. Nesta direção, E4 aponta que *“ninguém trabalha sozinho. Olha, as diversas formas, por exemplo, às vezes a gente faz reuniões com todos os setores para estar discutindo a rotina do hospital, melhorar a rotina do hospital, melhorar o fluxo do hospital e às vezes a gente faz também até capacitações dos setores do município. Principalmente um exemplo no teste do pezinho, que a gente precisa estar sempre trabalhando com essas instituições do município, porque é muito importante o teste do pezinho. Então nós trouxemos essas pessoas do município para estar capacitando, ou vamos ao município” (E4).*

Já a E2 e E3, afirmam que desenvolvem suas ações intersetoriais através dos contatos e encaminhamentos:

“Sim, através dos próprios contatos e encaminhamentos realizados” (E2).

“Desenvolvemos ações intersetoriais através dos encaminhamentos, contatos telefônicos com as diversas esferas. Estamos sempre solícitos com o objetivo de auxiliar e esclarecer o paciente e seus familiares” (E3).

A E6 manifesta que suas ações intersetoriais partem de todo seu atendimento com os usuários no seu cotidiano. *“O paciente chega aqui vamos supor que ele tenha só a identificação do nome, não tenha família, não tenha documento, não tenha nada. O Serviço Social tenta buscar com ele algumas informações, onde ele mora, se ele tem familiar enfim, a partir daí entraria em contato com o posto de saúde, o posto de saúde iria buscar a família, pode ser que esse paciente tenha família ou não. Se ele não tem família, nós vamos buscar com ele a origem dele, onde ele nasceu, nasceu lá em Minas Gerais, como tem uma situação aqui. Vamos entrar em contato com o cartório, que venha ser representante da justiça. Da saúde da alta complexidade, fomos para atenção básica e agora estamos indo para a justiça. Aí lá vão procurar o documento de certidão dele, descobrimos a certidão que vem pra cá, daí depois vamos fazer a identidade, que também é justiça, segurança pública, depois vamos ver na previdência para solicitar algum benefício dele, só que aí o recurso não garante o sustento, daí vai ter que ter a complementação da assistência. Eu acho que a gente trabalha nesse sentido, né quando é educação também, quando quer voltar a estudar, voltar a ter, também a gente entra em contato com isso” (E6).*

Para E5, as ações intersetoriais estão sendo desenvolvidas aos poucos, está se construindo uma rotina de articulação dos setores.

“Eu acredito que sim, a gente tenta articular os setores, a gente vai construindo. No hospital, uma necessidade de saúde que chega aqui, a realidade é tão complexa que ela vai requerer vários outros setores para dar conta daquela necessidade de saúde. Porque a saúde não está focada na questão da doença, então ela envolve outras situações que só o setor saúde não vai dar conta. A gente vai precisar que esse usuário tenha boa condição de moradia, de acesso à comida, a política de assistência social, a política previdenciária” (E5).

Importante ressaltar que a E5, pondera o espaço hospitalar como um espaço complexo, que não é suficiente para atender as necessidades dos usuários, baseia sua afirmação no conceito ampliado de saúde, que requer que o usuário tenha suas necessidades básicas garantidas. Aponta ainda, que as ações intersetoriais sucedem da troca de informações com outras políticas sociais e observa a importância de se ter e conhecer sobre os fluxos de

atendimentos:

“Essa orientação que a gente faz de como acessar a política, como funciona os fluxos, eu acho que é através mesmo do fluxo, dos protocolos que a gente cria, acho que o Serviço Social vai construindo intersetorialidade, configurando ações intersetoriais, mas é que ela acontece no micro. Fluxo de atendimento mesmo. O usuário chega aqui para atendimento, depois daqui, pra dar continuidade a esse cuidado, onde ele vai ter que procurar. Como a gente o orienta, esse fluxo da assistência social, ele vai ser atendido no CRAS, para acesso a determinados benefícios, para conseguir uma cadeira de roda que vai ser necessário, pra onde ele tem que ir. Tem uma série de protocolos, tem a assinatura do médico, de uma carta do médico, de uma orientação, daí ele vai ter que procurar o serviço de reabilitação, isso são fluxos. Talvez a gente não possa chamar de protocolo porque é muito fechado, mas é protocolo sim. Por exemplo, o acesso à cadeira de roda, cadeira de banho, tem fluxo, e a gente precisa conhecer, o assistente social, precisa conhecer esse fluxo para garantir isso, se não o hospital não vai [...] Não tem como trabalhar isolado, a gente precisa conhecer o fluxo para o usuário chegar até o setor de reabilitação pra que ele consiga uma cadeira de rodas” (E5).

A formação acadêmica em Serviço Social possibilita o entendimento sobre a importância de atender aos usuários, seja em qualquer área de atuação, a partir do princípio da integralidade, entendendo os indivíduos e a própria sociedade na sua totalidade. Todavia, não podemos responsabilizar o desenvolvimento das ações intersetoriais apenas aos assistentes sociais. Posto que há inúmeros pontos que interferem na efetividade da intersetorialidade, como a burocracia no acesso aos direitos. Não basta que o direito social seja constitucionalmente garantido, a burocracia para a garantia do acesso também é responsável pela rede e instituições que trabalham de forma desarticulada. Bronzo e Veiga (2007, p. 12) destacam que “a noção de intersetorialidade situa-se em um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal”.

Nesse tocante, entendemos que para o desenvolvimento de ações intersetoriais, há muitas dependências para sua efetivação, seja no modo como está organizada a sociedade e no modo como está estruturalmente posta o sistema político do Brasil. Assim, Mioto e Nogueira (2009c, p. 230) apontam que,

[...] Há a necessidade de integrar práticas e saberes, de modo a contemplar a complexa realidade e fazer frente a um Estado permeado por poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a

verticalização e hierarquização, bem como os corporativismos. Tomando a intersetorialidade especificamente no plano da assistência à saúde, considera-se que ela permite a ressignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho.

Talvez quando os planejamentos municipais integrarem as necessidades sociais da população em projetos a serem executados entre pelo menos mais de uma política social, e quando os profissionais desfragmentarem o atendimento das demandas dos usuários, dos serviços sociais e os três níveis de governo, e, sobretudo, pensarem articuladamente para além da predominância do aspecto financeiro, poderemos ter de fato ações intersetoriais que produzam efeitos concretos na vida dos usuários, dentre eles o direito integral à saúde.

Em suma, entendemos que os entraves para a efetivação das ações intersetoriais são os mais diversos, desde a burocracia de acesso aos direitos sociais até a prática do personalismo no que tange ao atendimento dos usuários. A partir das entrevistas semiestruturadas que realizamos com as assistentes sociais que atuam nos hospitais, é possível demarcar que parte das profissionais entendem a importância da intersetorialidade para o atendimento integral dos usuários do SUS e outras políticas públicas.

Contudo, no decorrer de suas falas, está explícito a fragmentação dos atendimentos e a concepção que enquanto o usuário está sob o atendimento de determinada instituição, a responsabilidade ainda é do Serviço Social. Porém, após a realização dos encaminhamentos, o usuário passa a ser de domínio de outras instituições e políticas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltarei a estes temas tantas vezes quanto o indicar o curso da minha investigação e da minha polémica. [...] Nenhum deles está acabado e não o estará enquanto eu viver e pensar e tiver algo a acrescentar ao que escrevi, vivi e pensei. [...] Meus juízos se nutrem de meus ideais, de meus sentimentos, de minhas paixões (MARIÁTEGUI apud NETTO, 1996).

Ao longo do que foi apresentado neste estudo, demarcamos que a intersectorialidade traduz-se como tema complexo a ser desmistificado, pois trata-se de uma discussão recente no Brasil. Os autores que trazem esse debate elucidam a intersectorialidade como novo modelo de gestão a ser pensado. Desta forma, obtivemos uma concepção de intersectorialidade sob duas áreas de conhecimento (a partir da saúde e do Serviço Social), entretanto, entendemos que determinados autores do Serviço Social também se configuram como autores da área da saúde. Apenas fizemos esta divisão para facilitar nossa análise da produção de conhecimento que vem sendo apresentada acerca dessa temática.

Cabe ressaltar, que a motivação para realizar esta pesquisa, partiu da experiência de estágio, que possibilitou reflexões e indagações acerca da realidade social e dos desafios que estão postos para os assistentes sociais. Durante o processo de estágio, desencadeou-se um problema de pesquisa sobre o desenvolvimento das ações intersectoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos de Florianópolis, sendo este o objetivo que norteou a pesquisa e a análise.

No que se refere ao direito à saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária trouxe reconhecidos avanços promulgados na CF de 1988. Entretanto, é reconhecido também que após a entrada dos anos 1990, com o avanço do ideário neoliberal e o processo de reforma do Estado, houve um retrocesso dos direitos sociais, e, por conseguinte, o Projeto Privatista entrou em disputa com o Projeto da Reforma Sanitária no âmbito da saúde.

No caso da saúde, junto deste processo de desmonte de direitos sociais, nos anos 1990 são regulamentadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142, e posteriormente, em 1991, a NOB com o objetivo de “regular as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social” (ANDRADE, 2006, p. 62). Estas normatizações desencadearam mudanças para todos os profissionais da saúde, inclusive para os assistentes sociais, tendo em vista que entre décadas de 1980 e 1990 quando foram promulgados os direitos sociais através da CF de 1988, o

Serviço Social direcionava seus esforços para o processo da maioria intelectual da profissão.

A profissão se depara nos anos 1990 com o retrocesso de direitos através da política neoliberal, que é quando o projeto da Reforma Sanitária apresenta as demandas ao Serviço Social, a fim de buscar garantir o acesso aos serviços de saúde (BRAVO; MATOS, 2009).

No início das explicações realizadas nesse trabalho, julgamos relevante apresentar o contexto social em que os movimentos sociais e o projeto da Reforma Sanitária conquistaram o SUS como direito universal, para posteriormente demarcar o surgimento da intersetorialidade no Brasil, que foi a partir do conceito de promoção da saúde quando o papel do Estado começa a ser repensado com a conquista da CF de 1988 (ANDRADE, 2006).

A partir dos conceitos que foram apresentados acerca da intersetorialidade, verificamos que os autores em grande parte afirmam haver uma lógica setorializada, vertical e hierarquizada no atendimento aos problemas sociais, tendo como referência as políticas sociais.

Com isso, a realidade está oposta ao que prevê a intersetorialidade, ou seja, demonstra que há uma fragmentação das políticas sociais. Com base nesta perspectiva, alguns autores apontam a descentralização e a intersetorialidade como possibilidade de fazer frente a essa estrutura fragmentada.

Adotar a descentralização como forma de gestão, pode ser um modo positivo de aproximar a sociedade com os órgãos públicos. Alguns autores acreditam que esta possa ser uma forma de facilitar o desenvolvimento de práticas intersetoriais, justamente por não centralizar o poder apenas para o Estado. Stein (1997) coloca que a descentralização pode ser uma forma de gestão democrática. Para Junqueira (2005), a descentralização é positiva, mas pode trazer implicações, pois redistribui o poder e o Estado passa a não ser o único responsável por garantir os direitos sociais.

A partir desta perspectiva, não constituímos com este estudo uma posição definitiva quanto à prática descentralizada. No entanto, percebemos os aspectos positivos e negativos que este modelo de gestão prevê. A descentralização permite que os serviços estejam mais próximos dos municípios, que é onde as necessidades/demandas se manifestam. Porém, esse modelo pode conduzir a burocracia do acesso aos direitos sociais, a prática personalista e ainda, a privatização dos serviços públicos a depender de cada gestão. Desta forma, este estudo torna-se base para continuar a investigação teórica sobre a descentralização.

Por conseguinte, a intersetorialidade está intrinsecamente relacionada com o conceito ampliado de saúde, que visa atender aos usuários a partir da totalidade de suas

necessidades/demandas. E por isto, elencamos o espaço hospitalar para analisar as ações intersetoriais. Justo por buscar romper com o paradigma que este espaço recebe apenas demandas relacionadas com situações de doença, sendo que diversas situações estão atreladas ao não suprimento dos direitos sociais básicos, como saúde, assistência social, previdência social, educação, habitação, saneamento, trabalho, segurança, entre outros.

Partimos do pressuposto que os profissionais de Serviço Social compreendem esta realidade, e por isso devem estar comprometidos em garantir o atendimento integral dos usuários do SUS. Para que isto ocorra, é preciso ter compreensão acerca da territorialização da rede de proteção social, o que auxilia em direcionar os encaminhamentos.

Outro elemento que apareceu relacionado com as práticas intersetoriais, foi o trabalho interdisciplinar. Segundo Westphal e Mendes (2000, p. 51), a interdisciplinaridade está pautada na “[...] árdua tarefa de passar de um trabalho individual e compartimentado nos ramos da ciência para um trabalho coletivo”. Junqueira (2000) complementa ao afirmar que a interdisciplinaridade requer relação entre os saberes e deve com esta prática nortear a solução de problemas de saúde. Assim, a integração de saberes relacionada com a intersectorialidade, é consenso entre os autores que apresentamos no decorrer deste trabalho.

É neste tocante, que enfatizamos a importância de capacitações aos profissionais que atuam nos espaços públicos, ou ainda que prestem atendimento à população, pois o tema da intersectorialidade requer estudo sobre sua efetivação e compreensão de sua importância para o atendimento integral dos usuários. A intersectorialidade entendida aqui como “concepção que deve informar nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Diante disso, identificamos que tanto a produção teórica a partir da saúde como a do Serviço Social, aponta a intersectorialidade como modelo de gestão que requer mudança, o que não se traduz como tarefa fácil. Junqueira (2005, p. 4) analisa que a “[...] ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública, de seus serviços”, pois ela influenciará na cultura e valores de um determinado território.

Assim, ponderamos que a prática das ações intersetoriais não acontecerá apenas a partir do momento em que houver mudança na estrutura das gestões. É preciso iniciar a prática intersectorial de saberes, de preocupar-se com o atendimento integral dos usuários. Desta forma, os assistentes sociais podem direcionar seu exercício profissional na direção de ações intersetoriais.

No que tange aos conceitos sobre intersectorialidade apresentados pela produção de conhecimento do Serviço Social, verificamos que alguns autores trazem esta temática para um viés de iniciar as práticas intersectoriais por meio dos profissionais que atuam nos espaços públicos, já outros enfatizam que a responsabilidade de desenvolver iniciativas intersectoriais está a cargo da gestão das políticas sociais.

Sposati (2006), por exemplo, se posiciona quanto aos aspectos positivos e negativos de adotar a perspectiva da intersectorialidade a partir da gestão. Afirma que é preciso combinar a setorialidade com a intersectorialidade, e, sobretudo, este não pode ser entendido com um modelo pronto e acabado, que possa resolver todas as problematizações dos espaços públicos, políticas públicas e relações profissionais. A autora chama atenção para a vigência das gestões e mudança de seus atores sociais. Nesse sentido, a intersectorialidade fica comprometida com a mudança de gestão, e por isso não pode ser considerada como um modelo pronto. Para tanto, a autora demarca que a gestão intersectorial pode ter melhores resultados quando combinado com a descentralização territorial, ou seja, com o trabalho em rede.

Nesta direção, Koga (2002) sinaliza que a territorialização deve ser realizada antes das ações, para assim, se ter um conhecimento sobre cada região/área. Desta forma, proporciona um entendimento dos limites e alcances das políticas públicas. Por conseguinte, não podemos focar nossas ações apenas para saber encaminhar os usuários para o rol de políticas sociais que estão disponíveis a cada entrada de gestão.

Portanto, é necessário realizar a territorialização da região em que se atua, e minimamente as demais regiões vizinhas, pois este processo é fundamental para a realização das ações profissionais no cotidiano. Com isso, se é a rede de proteção social que está atendendo aos usuários, é basilar ter esta compreensão acerca dos serviços que estão disponíveis no território. Observamos ainda, que para alguns autores a intersectorialidade é complementar ao trabalho em rede. Nesse sentido, ela aparece com a criação de fluxos de atendimentos a partir de uma rotina que indique os movimentos a serem realizados.

Nas considerações referentes à seção em que consta a pesquisa realizada com seis assistentes sociais através das entrevistas semi estruturadas, ressaltamos a burocracia dos Comitês de Ética. Não foi suficiente a apreciação apenas pelo Comitê de Ética da UFSC como um setor que julgasse nossa pesquisa relevante e que atendesse aos pressupostos da Resolução n. 196/96 do CNS/MS. Outros três hospitais supracitados exigiram a apreciação pelos seus respectivos comitês.

Todavia, o processo foi rico de aprendizado, pois precisamos de planejamento para conseguir acompanhar o cronograma que nos dispomos atender. Pois primeiramente

identificamos os tramites que deveríamos perpassar para posteriormente planejar o tempo que seria dispensado para cada atividade. Cada detalhe foi pensado para a realização desta pesquisa, juntamente com o tempo hábil para fazer a análise da mesma. Planejamos ainda o mês de junho apenas para avaliar o trabalho no seu todo, apreender os conceitos e rever a análise.

A pesquisa revelou a partir das falas das assistentes sociais, certa ruptura entre o discurso teórico e entre a prática profissional. De maneira geral, as assistentes sociais compreendem a importância de ações intersetoriais, entendem que a saúde não é apenas a ausência de doença e referem-se como fundamental atender aos usuários sob uma perspectiva integral. Entretanto, o que deve ser perene é a preocupação em atender aos usuários não apenas sob o conceito de integralidade, mas, sobretudo com a prática integral destes. Desta forma, os conceitos de integralidade, conceito ampliado de saúde e intersetorialidade, devem transcender a teoria, é preciso que eles sejam palpáveis na prática cotidiana dos serviços.

A intersetorialidade deve transcender as ações articuladas entre as políticas sociais. Seu significado não pode estar atrelado apenas na articulação de saberes e práticas intersetoriais baseadas na comunicação/acordos entre os profissionais. É fulcral para os assistentes sociais, que desenvolvam suas ações na busca pela aglutinação entre as políticas, com o objetivo de romper com práticas pontuais, fragmentadas, setorializadas e apenas executivas.

Desta forma, as políticas sociais não podem ser a única possibilidade para o acesso aos direitos sociais. Para tanto, consideramos a importância das políticas sociais para o atendimento de grande parte das necessidades sociais da população. De fato, as políticas sociais têm reduzido minimamente o índice de pobreza extrema no Brasil. Porém, estas não podem tornar-se a única maneira de efetivar os direitos sociais.

No que se refere às informações apresentadas pelas assistentes sociais entrevistadas, elencamos quatro aspectos principais de análise: *o atendimento das demandas; a concepção sobre os encaminhamentos; a concepção de intersetorialidade e ações intersetoriais do Serviço Social nos espaços hospitalares.*

Segundo o relato das assistentes sociais, as ações profissionais tiveram ênfase no que tange ao desenvolvimento das ações socioeducativas e ações de orientações sobre os diversos direitos sociais. As ações profissionais que mais tiveram destaque são realizadas através dos encaminhamentos por meio de documentos e através das orientações. Ainda, os contatos telefônicos com a rede de proteção social e outras instituições, e a visita ao leito como forma de identificar as demandas dos usuários e familiares.

Assim, o hospital traduz-se como porta de entrada para que os usuários consigam manifestar suas necessidades/demandas, e posteriormente serem encaminhados para algum órgão que possa atendê-los. A partir dos relatos, verificamos que para identificar as demandas, as assistentes sociais utilizam-se da visita ao leito ou através da participação da passagem de plantão do hospital, sendo que este ponto foi citado apenas por uma assistente social. Todavia, a equipe médica e de enfermagem também identificam as demandas e encaminham os pacientes para o Serviço Social.

As principais demandas citadas foram as relacionadas com encaminhamentos para perícia médica, alta hospitalar, orientações sobre direitos sociais, falta de vaga para casas de apoio, encaminhamento para a política de assistência social e a marcação de consulta. Ainda, sobre a necessidade de articulação entre os serviços, pois os usuários procuram justamente o Serviço Social como forma de facilitar seu acesso as políticas sociais e aos serviços públicos. As demandas institucionais também se configuram como demandas para os assistentes sociais, que devem buscar alternativas para garantir a alimentação e a permanência dos acompanhantes no período de internação dos usuários.

Como elemento fundamental da análise, demarcamos que apenas uma assistente social mencionou o registro de suas ações no cotidiano do trabalho. O registro dos atendimentos é uma ferramenta fundamental para identificar as demandas coletivas que chegam para o Serviço Social, bem como fazer uma avaliação sobre as ações profissionais. Para Miotto e Lima (2009) o registro é uma forma de dar visibilidade para os profissionais de Serviço Social, já que nossas ações têm como base o diálogo com os usuários.

Com relação às concepções sobre os encaminhamentos, as assistentes sociais mencionaram o contato telefônico e o documento por escrito. Esse processo ocorre a partir da avaliação das assistentes sociais sobre as situações dos usuários, e posteriormente se a demanda não é possível de se resolver no espaço hospitalar, realizam os encaminhamentos para os órgãos competentes pelo atendimento.

Desta forma, o encaminhamento é um instrumento que facilita e pode garantir o acesso dos usuários a determinados serviços sociais. No relato de uma assistente social, a mesma identifica que os encaminhamentos são resultados de uma ação profissional, seja ela por escrito ou apenas através das orientações.

Destacamos algumas contradições na compreensão acerca da concepção dos encaminhamentos. Para uma assistente social, o encaminhamento é a continuação do atendimento. Entretanto, ressalta que até um determinado momento o Serviço Social pode encaminhar o usuário, ou seja, durante seu período de internação no hospital. Depois é

necessário adotar outras providências.

Diante desta perspectiva, verificamos que são os usuários que realizam a intersetorialidade após a realização dos encaminhamentos. Nesse contexto, o usuário passa a contar sua história por repetidas vezes sendo vítima de um processo burocrático de acesso aos direitos sociais. E como observamos nos relatos das profissionais, os encaminhamentos em sua maioria não são acompanhados para a verificação de suas resolutividades. Desta forma, o assistente social fica sem instrumentos para avaliar a efetividade de suas ações, pois é fundamental saber se o modo como estamos realizando os encaminhamentos, está sendo compreensível para os usuários.

Outro aspecto que se mostrou relevante para o não desenvolvimento de ações intersetoriais, é que a rede de proteção social e demais instituição também não possuem como rotina de trabalho a resposta quanto à efetividade dos atendimentos. Assim, fica evidente a forma setorializada que as instituições trabalham, sem comunicação e articulação entre si.

O retorno sobre os encaminhamento é realizado pelos próprios usuários, quando estes retornam as instituições como forma de buscar os serviços novamente, formando assim um processo vicioso de atendimento, pois se a demanda não é resolvida, ela continuará aparecendo para o Serviço Social quantas vezes forem necessárias.

Nesse cenário, as assistentes sociais reconhecem a importância do desenvolvimento das ações intersetoriais, e admitem que a rede de proteção social trabalha de forma desarticulada. Já na fala de algumas assistentes sociais, a concepção de intersetorialidade está relacionada com a articulação entre profissionais. Observamos o reconhecimento à importância do princípio da integralidade no atendimento dos usuários. As assistentes sociais, de maneira geral, ressaltam a necessidade de desenvolver ações intersetoriais, pois admitem que não é possível trabalhar isoladamente.

O processo de desenvolvimento de ações intersetoriais está começando aos poucos. Para tanto, compreender a importância do atendimento integral dos usuários a partir da intersetorialidade configura-se como um início para adotar esta prática, que requer estudo sobre seus resultados. A título de conclusão, entendemos que as práticas intersetoriais não devem ser realizadas apenas pelos profissionais de Serviço Social. Para tanto, devem ser vislumbradas e realizadas por todos profissionais que estão incumbidos de atender a população com o objetivo de tornar concreto ao direito à saúde.

Contudo, há uma série de embates que os profissionais dos espaços hospitalares enfrentam no cotidiano profissional, como a burocracia, a estrutura das organizações, os vínculos empregatícios, a tensão entre capital, Estado e políticas sociais, práticas

personalistas, entre outros. As discussões desta pesquisa não findam aqui. Estas devem ser motivação para outros profissionais da área da saúde e assistentes sociais em dar continuidade a esta discussão, para edificar meios de garantirmos que os direitos sociais sejam efetivados, e não se limitem ao rol das políticas sociais para atender as necessidades/demandas da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, v.34, n.6, 2000. p. 11-34.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 399-408.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Saúde e democracia. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 99, 2009, p. 483-497.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersectorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>. Acesso em: 10 de nov. de 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de Outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acessado em: 13 de jun. de 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009, p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ: 2009a. p. 25-47 .

_____; _____. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009b, p. 167 – 217.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura da. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez, n. 92, 2007, p. 5-21.

COMERLATTO, Dúnia et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2007, p. 265-271.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários em saúde**. Alma-Ata, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 de mar. de 2011.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento**. volume I. São Paulo: Veras Editora, 2009. p. 79 – 106.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais**. Brasília CFESS/ABEPSS, 2009a. p.1- 45.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009b.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009c, p. 161-196.

INOJOSA, Rose Marie; JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. O setor de saúde e o desafio da intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**.1997, p. 156-164. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad21/Fundap>. Acesso em 25 de out. de 2010.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2000, p. 35-45.

_____. **Articulações entre o serviço público e o cidadão**. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Chile. 2005. Disponível em: <http://www.iiij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20X/documentos/junqueir.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2010.

KOGA, Dirce. Cidades entre territórios de vida e territórios vividos. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 72, 2002, p. 22-52.

MAGALHÃES, Selma Marques. Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres. 2 ed. São Paulo: Veras Editora, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens, e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 383-398.

MATTOS, Ruben Araujo de. Direito, necessidade de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção Social da Demanda: direito à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/uerj:abrasco, 2005. p. 33-46.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 19-91.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Gestão de políticas públicas: estratégias para a construção de uma agenda**. IX Congresso Nacional de Recreación Coldeportes / FUNLIBRE. Bogotá, D. C., Colombia. 2006.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo et al. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-314.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suelly Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 24º ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MS. Ministérios da Saúde. Portal da Saúde. **O Sus de A a Z**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em 05 de mar. de 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 407-512.

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

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009a, p. 273-303.

_____; _____. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009b, p. 218-241.

_____; _____. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *Revista Ser Social*, Brasília, v. 11, n. 25, 2009c. p. 221 – 243.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez, n. 101, 2010, p. 95-120.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009, p. 141-160.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3 ed. – São Paulo: Cortez, 1996.

O GRANDE DITADOR. Produção, direção e roteiro de Charlie Chaplin. Intérpretes: Charlie Chaplin, Henry Daniell, Jack Oakie, Reginald Gardiner. Vitória Filmes, 1993. 1 DVD (83 min), pt/br. Legendado. Port.

PORTELLI, Alessandro. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. In: **Revista do programa de pós-graduados em história e do departamento de história** – PUCSP. São Paulo, n. 15, 1997.

RADIS. **Revista Comunicação em Saúde**. Constituição 20 anos: saúde, direito de todos e dever do Estado. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 72, 2008, p. 1-36.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em: 3 de mar de 2011.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Serviço Social, das funções tradicionais aos desafios diante das novas formas de regulação sociopolítica. **Revista Katálisis**. Florianópolis. v. 5. 2002. p. 115-124.

SCHÜTZ, Fernanda. **A intersectorialidade no campo da política pública**: indagações para o serviço social. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 287-293.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 103, 2010, p. 453-475.

SPOSATI, Aldaíza. Gestão pública intersectorial: Sim ou Não? Comentários de experiência. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 85, 2006, p. 133-141.

STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 54, 1997, p. 75-96.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n. 6, 2000, p. 63-80.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 242-272.

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

WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinariedade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. v. 34, n. esp, 2000. p. 47- 61.

APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de entrevista realizado com as assistentes sociais que atuam no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos de Florianópolis

1. Identificação:

Nome:

Instituição que cursou Serviço Social: _____

Tempo de formação em Serviço Social: _____

Tempo de trabalho nesta instituição:

Possui outro vínculo empregatício? () Não () Sim.

Qual: _____

1 – Além da experiência de trabalho nesta instituição, já teve outras experiências profissionais em espaços sócio-ocupacionais? () Não () Sim. Qual (is):

2 - Por qual setor você é responsável? E quais as ações profissionais que são exercidas neste setor?

3 - Quem são os usuários atendidos pelo Serviço Social da instituição?

4 - Como o usuário chega até o Serviço Social?

5 – Quais são as principais demandas trazidas pelos usuários?

6 - Como estas demandas são atendidas?

7 – Como você avalia o atendimento ao usuário pela política de saúde?

8 - Quais as principais dificuldades que você percebe que os usuários enfrentam no acesso a direitos pelo SUS? E as dificuldades enquanto profissional para que esse acesso seja garantido?

9 – O que você entende por encaminhamentos?

10 - Quais são os principais encaminhamentos que o Serviço Social realiza aos usuários?

11 - De que forma o Serviço Social acompanha esses encaminhamentos?

12 - Sobre a efetivação destes encaminhamentos, o Serviço Social tem algum respaldo da contra-referência?

13 - O Serviço Social é solicitado pelas instituições que encaminharam os usuários?

14 - O que você entende por intersetorialidade?

15 - O Serviço Social desta instituição desenvolve ações intersetoriais? Como elas são desenvolvidas?

16 - Como acontece a relação do Serviço Social com as outras políticas sociais?

17 – Encontra dificuldades de articulação com outras esferas de governo visando o atendimento dos usuários atendidos pelo Serviço Social?

18 – Existem iniciativas da gestão do hospital ou do setor de Serviço Social para articulações intersetoriais visando o atendimento dos usuários?

19 – Com que setores e profissionais o Serviço Social se articula dentro da instituição?

Apêndice II – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**Título do Trabalho: O desafio da intersetorialidade na política de saúde: uma análise a partir da ação profissional dos assistentes sociais nos hospitais públicos de Florianópolis**

Eu, Schaianny Lima Rios, graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social sobre a ação profissional dos assistentes sociais e a intersetorialidade na área da saúde sob a orientação da professora doutora Keli Regina Dal Prá.

O objetivo desse estudo é analisar o desenvolvimento das ações intersetoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos do município de Florianópolis.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, através de uma entrevista semi estruturada, a qual poderá ser gravada para facilitar o trabalho de coleta das informações, cuja transcrição você tem o direito de ter acesso se desejar. A sua participação é totalmente voluntária e caso você decida não participar ou queira desistir durante a entrevista, poderá fazê-lo.

O Hospital também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada. Porém sua participação, ou não, no estudo não implicará em restrição de qualquer ordem.

Você não terá benefícios diretos participando deste trabalho, mas estará contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade, visto que, dando visibilidade ao desenvolvimento de ações intersetoriais, os profissionais de Serviço Social contribuem com o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados em forma de artigo, relatório ou livro, mas sua identidade será preservada, pois será mantido absoluto sigilo de informações que possam identificá-lo (a).

Coloco-me à disposição, em caso de dúvida ou se desejar obter mais informações a respeito da pesquisa através do telefone: (48) 8808-0082, ou pelo e-mail: schaiannyrios@hotmail.com. Também poderá contatar a orientadora da pesquisa pelo telefone: (48) 9977-8601, ou pelo e-mail: kelidalpra@cse.ufsc.br.

Consentimento:

Eu, _____, concordo em fornecer informações solicitadas, através de entrevista, para a pesquisa acima mencionada. A pesquisadora me informou o caráter voluntário da entrevista, o direito de negar o meu consentimento, e o direito ao tratamento sigiloso das informações que irei responder. Eu entendi que me será fornecido uma cópia assinada deste termo. Concordo, livremente em participar dessa pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) entrevistado (a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXOS

Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão



Hospital Infantil Joana de Gusmão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER Nº 002/2011

NOME DO PROJETO: O desafio da intersetorialidade na política de saúde: uma análise a partir da ação profissional dos assistentes sociais nos hospitais públicos de Florianópolis	
PESQUISADOR: Schaianny Lima Rios	
ORIENTADOR: Dra. Keli Regina Dal Prá	
CO-ORIENTADOR: -	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 08/02/ 2011	REGISTRO NO CEP: 003/2011
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III – 6.10	

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	ok
2.PROJETO DE PESQUISA	ok
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	ok
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	ok
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	ok
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	ok
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	ok
8. SUMÁRIO DO PROJETO	ok
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	ok
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	ok
Comentários:	

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.
e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

OBJETIVO

<p>Analisar o desenvolvimento das ações intersetoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos do município de Florianópolis</p>
--

SUMÁRIO DO PROJETO

<p>A pesquisadora pretende realizar um estudo qualitativo, onde inicialmente fará uma revisão bibliográfica da literatura que trata sobre a temática da intersectorialidade e das ações profissionais dos assistentes sociais na área da saúde. Para a obtenção dos dados e informações para a análise da pesquisa, realizará entrevistas semi-estruturadas com assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos do município de Florianópolis. A entrevista semi-estruturada parte de um roteiro norteador de questões com base nos objetivos da pesquisa. A escolha pela entrevista semi-estrutura foi devido ao melhor aproveitamento das informações subjetivas, podendo utilizar-se das próprias respostas para a realização de outros questionamentos. Os sujeitos participantes da pesquisa serão assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos (Estaduais e Federais) sediados em Florianópolis. A escolha desses profissionais será realizada de acordo com a amostragem não-probabilística intencional e conforme a disponibilidade das instituições e dos profissionais. Terão acesso aos dados da pesquisa os pesquisadores responsáveis, ficando sobre sua responsabilidade o sigilo e a guarda dos termos de consentimento informado livre e esclarecido e o conteúdo das entrevistas. Contudo, os documentos da pesquisa serão arquivados com acesso restrito na sala da orientadora da pesquisa no Departamento de Serviço Social da UFSC. Os produtos resultantes desta pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso e publicações posteriores) serão informadas a este comitê de ética</p>

JUSTIFICATIVA

<p>A presente proposta de pesquisa foi motivada a partir da observação participante da pesquisa no Estágio Curricular Obrigatório I do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no segundo semestre do corrente ano. Nesta experiência de observação, foi percebida a necessidade de discutir sobre o desenvolvimento de ações intersetoriais, cujo objetivo é a integralidade do atendimento aos usuários do SUS.</p>
--

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.
e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

O objetivo é pesquisar acerca da ação dos assistentes sociais diante da intersetorialidade no âmbito da política pública de saúde. Pois entende-se que esta temática é de importante relevância para os profissionais de Serviço Social, auxiliando-os na revisão de suas ações em seu cotidiano.

A intersetorialidade é um desafio que visa articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se uma estratégia para que possa haver a efetivação do direito à saúde, sendo a saúde resultante de diversas políticas sociais de promoção de qualidade de vida (MS, 2010).

O conceito de intersetorialidade considera os indivíduos em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, apontando que as ações resolutivas precisam ter parcerias com outros setores, como por exemplo, a educação, trabalho, e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar e outros (MS, 2010). Pois, se compreendemos que os indivíduos devem ser considerados na sua totalidade, estes não podem ser atendidos enquanto demandas individuais, ou seja, que sua necessidade de saúde, por exemplo, seja atendida apenas pelos profissionais na área da saúde, ou ainda, que as redes de proteção social não se articulem para atender a demanda de um usuário na totalidade de suas necessidades sociais.

METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO – estudo qualitativo, obtido através revisão bibliográfica e entrevistas semi - estruturadas
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – 01 participante do HIJG
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – não
4. RECRUTAMENTO – Os dados serão coletados através de entrevistas com um profissional de Serviço Social do HIJG
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – serão incluídos assistentes sociais de hospitais da Grande Florianópolis
6. PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – a pesquisa não implica em risco físico ao participante
7. USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - n/a
8. MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS – ok
9. AVALIAÇÃO DOS DADOS – ok
10. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE – ok

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.
e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

11. PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS - ok
 12. CRONOGRAMA - ok
 13. PROTOCOLO DE PESQUISA - ok
 14. ORÇAMENTO - ok

Comentário:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) - ADEQUADO

PARECER FINAL

APROVADO

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 08 de fevereiro de 2011.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No site: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para agosto de 2011, ou para quando da finalização da mesma.


 JUCÉLIA MARIA GUEDERT

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
 Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina
 Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

Anexo II – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO

Título do Projeto: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS

Nome do Pesquisador: SHAIANNY LIMA RIOS

CAE: 0045.0.233.000-11

Objetivo Geral: Analisar o desenvolvimento das ações interetoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos de Florianópolis.

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta Instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

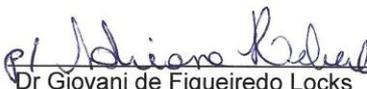
O projeto supra citado foi aprovado pelo Cep – MCD em 04/03/2011

Enquanto pesquisador nesta instituição, você deverá seguir as normas e rotinas internas, além de:

1. Seguir rigorosamente a conduta prevista no projeto.
2. Portar identificação (crachá) e jaleco.
3. Apresentar este documento ao responsável da área afim, no setor envolvido na execução da pesquisa.
4. Identificar-se e apresentar este documento na portaria de entrada da MCD.
5. Você não poderá utilizar materiais, equipamentos, medicamentos, alimentação e mão de obra da instituição, além dos previstos e aprovados no projeto
6. Trabalhos realizados nesta instituição deverão referenciar a mesma quando publicados.
7. Este Comitê deverá ser informado assim que seu trabalho for concluído e por ocasião da publicação de seu trabalho.

Florianópolis, 04/03/2011


Dr Marcelo Nascimento
Diretora Geral – MCD


Dr Giovani de Figueiredo Locks
Presidente CEP -MCD





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
FORMULÁRIO RELATO/PARECER DO PROJETO

Título do Projeto: O desafio da intersetorialidade na política de saúde: uma análise a partir da ação profissional dos assistentes sociais nos hospitais públicos de Fpolis.	
Relator:	CAE Nº : 0045.0.233.000-11
Nomes dos Pesquisadores: Shaianny Lima Rios	
Nome do Orientador: Keli Regina Dal Prá	
Instituição de Origem Pesq.: UFSC	Linha de Pesquisa : Serviço Social

PROTOCOLO

1. Objetivo(s) do Estudo: Analisar o desenvolvimento das ações intersetoriais dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde nos hospitais públicos de Fpolis.	
2. Material e Método	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
3. Número de Indivíduos e Método de Seleção	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
4. Medidas a Serem Obtidas	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
5. Forma de Armazenamento e Avaliação dos Dados – Confidencialidade	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
6. Tempo de Duração do Estudo	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
7. Relação Risco-benefício	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
8. Procedimentos de Desconforto e Distresse	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/> NSA
9. Grau de Risco	<input type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos <input checked="" type="checkbox"/> NSA
10. Compensação/Arranjos Financeiros / Orçamento	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos





**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

Título do Projeto: O desafio da intersetorialidade na política de saúde: uma análise a partir da ação profissional dos assistentes sociais nos hospitais públicos de Fpolis.
Nomes dos Pesquisadores: SHAIANNY LIMA RIOS

11. Indenização	<input type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos <input checked="" type="checkbox"/> NSA
12. Folha de Rosto	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos

TCLE

1. Informações ao indivíduo a ser pesquisado (incluindo todo o procedimento, medidas a serem obtidas, riscos e benefícios e, desconforto).	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
2. Uso da linguagem para escrever o Formulário de Consentimento.	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
3. Acompanhamento assistencial. Permissão de desistência	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos
4. Produção de fotografias, filmagens, etc. Verificar se houve permissão para obtenção destes e, a forma de sigilo do material (e.g. fotos).	<input type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos <input checked="" type="checkbox"/> NSA
5. Elaboração de questionários.	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Inadequados <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Incompletos

Comentários: O estudo encontra-se formatado e dentro da Resolução 196/96 e suas complementares.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa:

<input checked="" type="checkbox"/> APROVADO	<input type="checkbox"/> COM PENDÊNCIA. Prazo máximo para correções: 60 dias .
<input type="checkbox"/> RETIRADO	<input type="checkbox"/> APROVADO E ENCAMINHADO À CONEP/MS
<input type="checkbox"/> REPROVADO	

Florianópolis, 03/03/2011.

Adriano Belucio
Assinatura Relator / Presidente



SANTA CATARINA

Anexo III – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº

2011/0004

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	DATA: 13/04/2011
PARA PESQUISADORES: KELI REGINA DAL PRA ; SCHAIANNY LIMA RIOS	
ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO	
<p>PROJETO DE PESQUISA : O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS.</p> <p>PARECER: O presente projeto de pesquisa pretende analisar o desenvolvimento das ações inter-setoriais das Assistentes Sociais no âmbito da política de saúde nos Hospitais Públicos do Município de Florianópolis.</p> <p>Como metodologia pretende realizar um estudo qualitativo, cuja coleta de dados será entrevista semi-estruturada com assistentes sociais que atuam nos hospitais públicos do município de Florianópolis, conforme disposição das instituições e profissionais.</p> <p>A pesquisa está de acordo com as normas da Resolução 196/96.</p> <p>Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: APROVADO.</p> <p>ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais com o andamento da pesquisa e, ao término do trabalho, uma cópia impressa e uma em CD, com extensão.pdf (conversão de arquivo MS-Word para Acrobat Reader – PDF) entregues neste Comitê.</p> <p>As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos, que possam trazer prejuízo aos sujeitos da pesquisa, devem ser comunicadas imediatamente ao CEP, para nova análise e devidas providências.</p>	
<p> Carla Pauli Coordenadora do CEP/HGCR</p>	

Anexo IV – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado <https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado...>


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1848

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1848 ER: 406502

TÍTULO: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS

AUTOR: Kelli Regina Dal Prá, Schafanny Lima Rios

FLORIANÓPOLIS, 28 de Março de 2011.


Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

1 de 1 29-03-2011 11:09

Anexo V – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Florianópolis



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa:

O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 20 de Janeiro de 2011.

Dr. Elcio André Madruga
Diretor Geral. do Hosp. Fpolis.

Anexo VI – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Nereu Ramos



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS
SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 21/3/2011

Assinatura do Responsável

Maria Roseli D. dos Santos
Assistente Social - CRESS 380
H.N.R

Anexo VII – Declaração de autorização para a realização de entrevista semi estruturada com assistente social do Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Tiago



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE FLORIANÓPOLIS**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 01/03/2011

Prop. Felipe Felício
Diretor Geral H.U./USC

Assinatura do Responsável