



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Gênero, Família, Políticas Públicas

**O trabalho do assistente social na alta complexidade em saúde
e a articulação entre as políticas sociais no atendimento das
demandas dos usuários**

Carmen Lucia Nunes da Cunha ¹

Resumo: Neste artigo aborda-se os avanços que a Constituição Federal de 1988 trouxe para a proteção social no país, em especial, para Política de Saúde, que passa a ter um caráter universal. Discute-se a organização do Sistema Único de Saúde em níveis de complexidade e a atuação dos assistentes sociais na alta complexidade, destacando a precarização do trabalho e as mediações realizadas no desempenho de suas atribuições. Aponta-se a necessidade de articulação entre as políticas sociais no atendimento das demandas dos usuários e a crescente responsabilização das famílias no cuidado domiciliar.

Palavras-chave: famílias; política de saúde; serviço social.

Abstract: This article addresses the advances that the Federal Constitution of 1988 brought to social protection in the country, especially for Health Policy, which has a universal character. It discusses the organization of the Unified Health System in complexity levels and the performance of social workers in high complexity, highlighting the precariousness of work and the mediations performed in the performance of their duties. It is pointed out the need to articulate social policies in meeting the demands of users and the growing responsibility of families in home care.

Keywords: families; health policy; social service.

I- INTRODUÇÃO

Antes da Constituição Federal (CF) de 1988 o que vigorava na Saúde era a Lei nº 6349/1977 que determinava que o somente os brasileiros contribuintes do INAMPS (Instituto

¹ Assistente Social, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Ma.Serviço Social/PUCRS, carmenIncunha@gmail.com



Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e seus dependentes deveriam ser atendidos, os demais, os não contribuintes, dependiam de vagas em instituições filantrópicas que se dedicassem a atender os pobres e indigentes, como as Santas Casas. O ingresso dos assistentes sociais na execução da Política de Saúde, nesta época, foi impulsionado por esta necessidade, já que a saúde não tinha um caráter universal e necessitava-se de profissionais que pudessem fazer uma seleção de demanda, pois a procura era maior do que a oferta. Segundo Bravo (2004), tal situação requisitava ao assistente social, entre outras demandas, seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória dos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.

Portando, foi com a CF de 1988, um marco na implementação do conceito de proteção social no país, que esta situação modificou-se. Houve a ampliação do conceito de seguridade social que apresentava um caráter inovador no campo da proteção social, pois teve a intencionalidade de compor um sistema amplo de direitos sociais, sistema este que acabou se caracterizando como “um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2004, p. 113).

Desde antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, até os dias atuais, coexistem no país dois projetos societários bem distintos, um projeto neoliberal, que defende as privatizações e passa a ver a saúde como uma mercadoria, outro defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que entende a saúde enquanto direito. Este último teve várias de suas concepções aprovadas na CF de 1988, porém, hoje já demonstra estar seriamente ameaçado.

Na contemporaneidade, convivendo lado a lado com estes dois projetos, observa-se um terceiro projeto na área da saúde, o projeto SUS Possível, defendido principalmente pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), sendo o que se encontra em funcionamento nos serviços de saúde, embora ainda esteja longe de ser o SUS arquitetado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Contudo, apesar da expansão dos serviços de saúde, ainda

[...] persistem dificuldades de acesso motivadas pela baixa oferta, assim como há problemas de qualidade técnica. Por isso, a estratégia fundamental para aproximar o SUS possível do SUS necessário, conquistando o apoio da população, é expandir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (SOUZA, 2009, p. 912).



É importante destacar, neste cenário, que a expansão da hegemonia neoliberal é responsável pela redução dos direitos sociais e consequente sucateamento da Saúde, a medida que reduz investimentos na área e incentiva a compra da mercadoria “saúde” no mercado privado, em oposição a defesa de uma saúde pública, universal e gratuita, histórica bandeira de luta do Movimento da Reforma Sanitária.

[...] as reformas na seguridade social, entre elas a política de Previdência Social – a mais antiga política de resposta à vulnerabilidade social dos trabalhadores e sua família, incluindo a da idade, com as aposentadorias e pensões – são mais que indicativos de modernização do sistema, antes, constituem estratégias de classe, no desmonte da proteção social pública, não pela sua extinção completa, mas pela precarização dos serviços e benefícios e pelos incentivos aos serviços privados de proteção social, logo, reatualiza e reforça a cultura privacionista nas formas de enfrentamento da questão social (TEIXEIRA, 2008, p. 195).

Teixeira (2008) analisa que as medidas adotadas incentivam os trabalhadores do setor público e privado a contratarem a previdência complementar, “uma estratégia eficiente de quebra da solidariedade de classe entre trabalhadores” (TEIXEIRA, 2008, p. 195). Tal posicionamento e estratégia de incentivo a privatizações se reatualiza ao longo dos anos e permanece na pauta das discussões políticas dos governos neoliberais, com propostas de ações focalizadas na saúde para atender às populações vulneráveis, por meio do pacote básico para a saúde, ao mesmo tempo que estimula o seguro privado. Na área assistencial observa-se que os programas voltados às populações carentes estão concentradas no campo do terceiro setor, com entidades terceirizadas, contratadas para executar políticas públicas que deveriam ser desenvolvidas pelo setor público.

No campo da saúde crescem as parcerias com as entidades filantrópicas para a gestão hospitalar que, segundo Hoff (2016), já se espraiam, ainda que de maneira incipiente, às Políticas de Atenção Básica e Média Complexidade.

No Município de Porto Alegre a Atenção Básica nos últimos anos, passou a ser de responsabilidade de uma Fundação. Ainda que não caracterizada como instituição filantrópica, o IMESF (Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família) não faz parte da administração direta do município. Esse movimento de descentralização da máquina pública, que não ocorre somente em relação aos hospitais e na alta complexidade, ocorre muito em função do próprio reordenamento da Política de Saúde, que busca sair da lógica ‘hospitalocêntrica’, priorizando agora o cuidado no território (HOFF, 2016, p. 80).

Cabe lembrar que a CF de 1988 ao estender o direito à saúde a todos os cidadãos estabeleceu, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, portanto, todos têm direito de acesso ao sistema público de saúde, por meio do SUS, independentemente de trabalhar e/ou contribuir para a previdência. No SUS, buscando



promover o acesso universal e igualitário dos usuários, os serviços foram organizados de acordo com os níveis de complexidade: básica, média e alta complexidade.

A atenção básica é considerada a porta de entrada do sistema e por isso deveria resolver a maior parte das necessidades em saúde dos usuários, referenciando para outros níveis de atenção do sistema, quando necessário. Na atenção básica situam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF), os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs) e os Consultórios na Rua. Atualmente, em Porto Alegre, vivenciamos um “mix” de serviços nas unidades de saúde, pois a alteração do modelo antigo de saúde (UBS) para uma lógica de atendimento com equipes multiprofissionais, desenvolvendo ações centradas no território adscrito, por meio de uma assistência planejada de acordo com as necessidades e características de cada comunidade (ESF), ainda não foi totalmente concluída.

Situam-se, na média complexidade, os serviços, exames e procedimentos especializados que se desenvolvem nas Clínicas, Prontos Atendimentos (PA) e UPAS (Unidades de Pronto Atendimento). A complexidade neste nível é maior do que na atenção básica, aqui já aparecem alguns especialistas e equipamentos para exames mais complexos e o acesso da população se dá através do referenciamento pela atenção básica ou busca espontânea da população pelos serviços.

Na alta complexidade encontram-se os procedimentos e exames mais avançados e profissionais altamente especializados em hospitais de grande porte que realizam procedimentos mais invasivos e de maior risco à vida, como, por exemplo, cirurgias e transplantes. O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que faz parte da atenção de média complexidade no SUS, é um serviço que possibilita a entrada dos usuários nos Hospitais, através dos Serviços de Urgência e Emergência, pois faz o primeiro atendimento e tem a tarefa de direcionar o usuário para atendimento no hospital de referência com a maior brevidade possível.

Ainda discute-se que a impossibilidade de acesso dos usuários aos serviços na atenção básica, seja pela oferta insuficiente de consultas médicas e/ou falta de profissionais, superlota os Serviços de Urgência e Emergência, que acabam erroneamente sendo uma das portas de entrada do sistema. Porém, a observação e a experiência cotidiana indicam que os usuários buscam estes Serviços com graves quadros clínicos de adoecimento e não pela maior facilidade no acesso.

Sabe-se que estes serviços adotaram o Protocolo de Classificação de Risco como forma de organização do trabalho, visando otimizar a decisão dos profissionais de saúde na priorização do atendimento dos usuários que buscam atendimento. Portanto, aqueles que não tiverem situações realmente graves e que não se enquadrem nos critérios estabelecidos



pelo Sistema de Triagem de Manchester², adotado na maioria dos hospitais de Porto Alegre, não são atendidos, sendo referenciados a outros serviços da rede. Portanto, a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência decorrem do não atendimento das necessidades dos usuários na atenção básica, fato que gera um agravamento dos quadros clínicos e doenças cada vez mais complexas, que necessitam ser atendidas em serviços mais especializados, e não em decorrência de uma busca desenfreada da população por um atendimento mais imediato como forma de burlar o sistema.

Sabe-se que, não é fato raro, por exemplo, o fato de que uma doença grave como o câncer só venha a ser descoberta num estágio já bem avançado durante uma internação hospitalar de urgência, Situação que poderia ter sido minimizada se a doença fosse identificada e tratada desde o início do aparecimento dos sintomas em outros níveis de atenção. Acredita-se, portanto, que as expressões da questão social estão cada vez mais complexas e as políticas sociais não estão conseguindo atender as demandas da população, conseqüentemente os rebatimentos destas necessidades, na área da saúde, manifestam-se, com usuários que buscam os serviços com doenças gravíssimas, sem prévia investigação diagnóstica e complicados quadros clínicos.

II- DESENVOLVIMENTO

A atuação profissional

As ações socioassistenciais constituem-se como as principais demandas aos assistentes sociais nos serviços de saúde, portanto, entende-se ser fundamental a participação dos profissionais no acompanhamento dos usuários e suas famílias desde o início da internação hospitalar, pois possibilitaria e facilitaria a correta identificação da demanda social para intervenção, de forma que a alta médica e a alta social possam acontecer concomitantemente.

Algumas expressões da questão social como, por exemplo, abandono, ausência ou fragilidade de vínculos familiares, violência doméstica, violência familiar, negligência, conflitos familiares, entre outras, precisariam ser identificadas e trabalhadas desde o início da internação, pois assim como a equipe médica precisa de tempo para diagnosticar e

² O Sistema de Triagem de Manchester possui cinco categorias ou níveis: “ A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue: nível 1: emergente, vermelho: imediato; nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos; nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos; nível 4: pouco urgente, verde: 120 minutos; nível 5: não urgente, azul: 240 minutos. (COUTINHO, 2012, p. 190)



receitar o melhor tratamento, o assistente social precisa de tempo para o desvendamento do real, já que não se apresenta de imediato e necessita de sucessivas aproximações.

A entrevista é um dos instrumentos utilizados pelo assistente social no desempenho de suas atribuições, envolve a comunicação entre duas ou mais pessoas, tem uma intencionalidade, exige conhecimento técnico-operativo e tem como objetivo conhecer determinada situação, analisar fatos, levantar informações para subsidiar a equipe com dados relevantes sobre contexto, suporte social e familiar dos usuários, recursos acessados e dificuldades enfrentadas com o adoecimento, orientando processos e garantindo o acesso dos usuários aos direitos sociais.

Costa (2006) aponta que, no atendimento hospitalar

[...] a obtenção de dados por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do trabalho do assistente social, e está vinculada ao trabalho realizado através de grupos operativos, onde os dados coletados pela assistente social apontam para a reconstrução da história de vida e da doença dos usuários, e sua finalidade principal é apoiar o diagnóstico (COSTA, 2006, p. 17).

Sabe-se que não existe uma fórmula única, cada profissional desenvolve seu próprio estilo de entrevistar, porém há habilidades que são requeridas, tais como, escuta sensível, questionamento, observação, capacidade de síntese e reflexão, além do conhecimento da instituição e das políticas sociais, em especial, a política onde o profissional atua, neste caso, a Política de Saúde. Em geral, na internação hospitalar, quando o usuário tem condições de participar da entrevista ela ocorre a beira do leito, com a participação dos familiares, desde que tenha a concordância dos participantes, embora saiba-se que este não é o lugar ideal, pois pode interferir no sigilo.

O Código de Ética Profissional refere, em relação ao sigilo, que é ele que “protegerá o usuário em tudo aquilo que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional” (CFESS, 1993, p. 35), portanto deverá ser observado nos atendimentos realizados, destacando que, “em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário (CFESS, 1993, p. 35). Portanto, nos rounds multiprofissionais, nas discussões de caso e nas evoluções em prontuário eletrônico, por exemplo, há que se manter sigilo sobre todas as informações coletadas do usuários e suas famílias que não sejam relevantes para o enfrentamento do processo saúde-doença, desde que não traga prejuízo aos interesses do usuário ou de terceiros.

Outra atribuição do assistente social é a realização da avaliação socioeconômica dos usuários e suas famílias, cujo objetivo é possibilitar “a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços” (CFESS,



2010, p. 43), evitando, desta forma, que a avaliação possa funcionar como um instrumento que promova a seletividade ou impeça o acesso aos recursos disponíveis. A partir da identificação dos determinantes e condicionantes que interferem no processo de saúde-doença busca-se uma articulação intersetorial visando conjugar a alta médica e a alta social. Defende-se a necessidade de fortalecimento do trabalho intersetorial, pois sabe-se que um único serviço não é capaz de solucionar todas as demandas dos que necessitam de cuidado, mesmo que este serviço esteja inserido em uma grande instituição hospitalar.

Para que a intervenção profissional aconteça de forma que possibilite o acesso aos direitos sociais, a reflexão dos usuários e consequente engajamento nas lutas coletivas dos trabalhadores, quiçá com participação nos espaços de controle social, são requisitos, indispensáveis, o conhecimento, a articulação das políticas sociais e a capacidade de mobilização da rede de serviços, pois “a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 2004, p. 27), especialmente neste momento em que vivenciamos um quadro de retração e liquidação dos direitos sociais dos cidadãos.

Uma importante mediação do assistente social em seu processo de trabalho na alta complexidade ocorre no planejamento da alta hospitalar, momento em que os familiares se “reorganizam” para assumir o cuidado domiciliar de seu membro adoecido, que muitas vezes retorna para casa com sequelas, dependente de cuidados, fazendo-se indispensável o acesso às políticas sociais para o desempenho desta tarefa. Através do trabalho em equipe busca-se uma desospitalização rápida, porém segura, qualificada, bem referenciada, construída com a contribuição de cada profissional em sua especificidade, após a discussão com as famílias, buscando a redução de possíveis agravos e reinternações. Neste trabalho de equipe temos múltiplos saberes, coordenados, articulados para a definição do melhor tratamento, qualificação da assistência e planejamento de alta com a participação dos usuários, e seus familiares, que buscam, a partir das orientações e encaminhamentos da equipe, acessar os recursos de saúde e assistenciais, entre outros, disponíveis nos espaços onde residem.

Nas situações de abandono ou vínculos familiares rompidos busca-se o apoio da rede, contatam-se os serviços que podem conhecer e/ou estar acompanhando os usuários no território onde moram, colhendo informações, discutindo necessidades e dificuldades, ampliando a rede de apoio social, comunitária e familiar, visando atender a demanda do usuário e a desospitalização, que é a grande demanda da instituição. Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e as unidades de saúde, são parceiros nestas situações.



Mas, ocorrem situações onde os usuários permanecem a maior parte do tempo desacompanhados, fato que numa primeira impressão da equipe pode ser entendido, erroneamente, como abandono ou negligência. Nestas situações há necessidade quase que imediata do assistente social fazendo uma medição entre equipe e famílias. O cuidado é visto pela equipe assistencial como natural e intrínseco às famílias e representado pela figura do acompanhante, geralmente as mulheres, além disso, o lugar que o acompanhante ocupa na internação traz alívio à carga de trabalho dos profissionais em todo o ambiente hospitalar.

Nesta caso o assistente social atua problematizando com a equipe assistencial os limites e as dificuldades enfrentadas pela família para o acompanhamento de seu membro, assim como as atribuições e deveres dos profissionais de saúde, trazendo elementos que promovam uma reflexão e possível mudança de atitude. Ao mesmo tempo, discute com as famílias a importância do acompanhamento hospitalar para a recuperação do membro adoecido, melhor entendimento da doença, possibilidades de recuperação e cuidados domiciliares.

Por famílias, entende-se, o grupo primário formado por pessoas com vínculos de afeto, independentemente de laços legais de parentesco, ou, como define a PNAS (Política Nacional de Assistência Social), “o grupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade” (BRASIL, 2004, p.41). Sabe-se que o termo “famílias” envolve uma variedade de configurações e reconhece-se a dificuldade na definição de um conceito único, por isso adota-se o termo, no plural, reconhecendo desta forma sua pluralidade e a perspectiva adotada por Mioto (2010) de que as famílias são construídas e reconstruídas histórica e cotidianamente, espaço altamente complexo, “uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos” (MIOTO, 2010, p. 168).

Mas, embora haja uma variedade de formatos e arranjos familiares, a marca da composição de estrutura familiar contemporânea ainda traz consigo, de forma muito arraigada, o modelo de família nuclear burguesa, patriarcal, com papéis bem definidos entre homens e mulheres: aos homens confere-se o papel de provedor e responsável pela família, enquanto que às mulheres é delegado o papel de cuidadoras e responsáveis pela casa e a educação dos filhos.

Um dado interessante que merece ser problematizado com a equipe é o fato de que o tamanho das famílias vem diminuindo em todas as regiões do país. As famílias que possuíam em média 4,3 pessoas, em 1981, chegam em 2011 com uma média de 3,1 pessoas por família. Ao mesmo tempo, sabe-se que, vem aumentando a precária inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, sendo poucas as categorias que hoje têm direito ao afastamento das tarefas remuneradas para cuidar do familiar adoecido. A ausência no



trabalho e consequente represália por parte do empregador é uma ameaça concreta sentida pelas famílias que precisa ser levada em consideração, principalmente quando lidamos com famílias reduzidas, não extensas, cujos membros não podem ausentar-se para acompanhar o familiar idoso, sob o risco de terem seus vínculos empregatícios rompidos.

Percebe-se um aumento dos casos onde os usuários, idosos, com frágil suporte familiar, necessitam de uma ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) para a alta hospitalar, pois as famílias por mais que tenham interesse em prestar este cuidado no domicílio, não conseguem dar conta desta necessidade sozinhas. Nestas circunstâncias, busca-se articular os escassos recursos disponíveis no Município e no Estado para dar conta da demanda dos idosos.

Por um curto período de tempo, em 2016, a Coordenação da Política do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em conjunto com o Conselho Municipal do Idoso (COMUI) e a FASC (Fundação de Assistência Social e Comunitária) disponibilizaram 50 vagas em ILPI para idosos com dependência grau II (informado através de laudo médico) e “insuficiência familiar”. Este número foi insuficiente para dar conta da demanda do Município por ILPI, mas apontou uma discussão necessária, a adoção do conceito de insuficiência familiar pela FASC, que assumiu a característica de Síndrome Geriátrica, conceito utilizado por alguns médicos, e que na pessoa idosa está fundado em dois elementos definidores: vínculo familiar prejudicado e baixo apoio social, sendo

[...] este determinado principalmente pela precariedade do apoio da família, tanto emocional quanto de ajuda instrumental. Transformações contemporâneas no sistema familiar, dentre elas a inversão do papel do idoso e o seu ninho vazio, associados aos conflitos intergeracionais e ao comprometimento das relações familiares, podem desencadear ou fortalecer a vulnerabilidade social da família. Já a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio de sua saúde psicológica e funcional, com menor qualidade de vida, enfim, o envelhecimento malsucedido são consequências da insuficiência familiar na pessoa idosa (SOUZA et. al, 2015, p. 1183).

A adoção desta conceituação deixa claro um entendimento e a orientação de que a família é a principal fonte de apoio dos seus idosos, mas ignora que esta responsabilidade não é somente dela, pois cabe ao Estado uma participação importante neste suporte, garantindo as condições necessárias para oferecer este amparo. A síndrome de insuficiência familiar, apontada como uma Síndrome Geriátrica, novamente penaliza as famílias pelas suas dificuldades e deixa encoberta uma situação de insuficiência que é do Estado em assumir seu papel e suas responsabilidades de proteção social. Compreende-se que, quando o Estado retira a proteção social, oferecida através das políticas sociais, deixando as famílias desprotegidas, desamparadas, impossibilitadas de assumir sua



capacidade protetiva, e as obriga a assumir uma tarefa para a qual não têm possibilidades de dar respostas sozinhas, a insuficiência é do Estado, e não das famílias.

Vislumbra-se, no cotidiano dos atendimentos, que a organização das famílias para o cuidado é culturalmente baseada no papel tradicional de gênero³, papel que a sociedade espera que seja desempenhado pelas mulheres, sem dúvidas ou questionamentos, mesmo que isso signifique sobrecarga de trabalho, não ter tempo para cuidar de si mesma ou ter que deixar seus sonhos e desejos de lado.

Enquanto um trabalho invisível realizado no âmbito familiar a jornada do cuidado para as mulheres é intensa e extensa incorrendo em um 'estar à disposição' integral. Já para os homens o tempo do cuidado é residual, pontual e minoritário, ajustando-se à dedicação ao trabalho principal, não sendo sua trajetória de inserção profissional afetada por variável (MARCONDES, 2012, p. 179).

Segundo Marcondes (2012), estabelece-se um paradoxo no que diz respeito à identidade estabelecida socialmente entre mulheres e cuidado, pois o cuidado é tão essencial para a estabilidade da vida humana, como desvalorizado. Cabe ao assistente social discutir esta problemática com a equipe, além de construir junto as famílias estratégias que promovam o cuidado, compartilhado entre seus membros, levando em conta as dificuldades das mesmas na promoção do cuidado domiciliar e os recursos disponibilizados pelo Estado. Busca-se pactuar com as famílias estratégias para que o cuidador não fique sobrecarregado no desempenho de suas tarefas diárias, como por exemplo, o revezamento do cuidado, a divisão de tarefas, a ajuda financeira para a contratação de cuidadores ou o encaminhamento para instituições que promovam o cuidado, entre outras.

A literatura aponta e a experiência diária corrobora que, quando o cuidado fica centrado numa única pessoa, elevam-se os índices de estresse e sobrecarga deste cuidador, devido a situações vivenciadas cotidianamente sem possibilidade de compartilhamento com os demais familiares. Acredita-se que cabe ao Estado proteger as famílias das fragilidades decorrentes do adoecimento oferecendo ações protetivas, recursos humanos e materiais, informações e serviços de qualidade, pois entende-se que “a família não é somente um espaço de carinho e proteção, ela pode ser um espaço de discriminação,

³ [...] quando se pensa em mulher, supõe-se um sexo, mas também muitas outras faces identitárias tais como: dona-de-casa, passividade, maternidade, afetividade. Enquanto ao homem, atribuem-se características como investigador, profissional, agressivo, racionalista, pouco detalhista. Estes papéis desempenhados pelos diferentes sexos, na perspectiva histórica posta pela categoria gênero, não são imutáveis; mas ao contrário, associados ao senso moral e às necessidades mercantis; podem, portanto se apresentar novas roupagens para atender a novas requisições; mas podem também ser ultrapassados sobre uma perspectiva igualitária de ampliação do gênero humano. Ainda que uma nova moral que tenha na igualdade seu aspecto basilar não seja possível na sociabilidade burguesa faz-se necessário construir as bases de um novo dever ser, no qual, homens e mulheres não tenham seus papéis prescritos pela desigualdade e não sejam destituídos de sua capacidade teleológica (GUEDES; DAROS, 2009, p. 129).



isolamento e violência, principalmente quando não consegue atender material e emocionalmente o que lhe é socialmente cobrado” (CUNHA, 2018, p. 107).

Outra demanda que se apresenta no cotidiano da atuação profissional é a necessidade de judicialização da saúde para garantir o acesso a serviços, equipamentos, materiais, transporte social, medicações, ILPI e clínicas. São demandas frequentes, porém, nestes casos, busca-se, primeiro, não adotar a judicialização como primeiro recurso, pois entende-se que as demandas devam ser encaminhadas coletivamente. Entretanto há casos concretos que precisam ser encaminhados com certa agilidade, não apenas para a liberação do leito hospitalar, que na alta complexidade é muito concorrido, mas para atender uma demanda dos usuários. Entende-se que as famílias são chamadas para dar conta de situações que fogem da sua capacidade de atendimento.

O cidadão tem o direito de receber o cuidado de que necessita, seja da família ou do Estado, e nesta perspectiva de abrandamento da responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar de seus membros, “as políticas públicas seriam pensadas no sentido de socializar antecipadamente os custos enfrentados pela família, sem esperar que a sua capacidade protetiva se esgote” (MIOTO, 2010, p. 171).

Nestes casos, encaminham-se relatórios sociais a Defensoria Pública e/ou Ministério Público para que atuem buscando articular os direitos dos usuários, promovendo a satisfação de suas necessidades, pois compreende-se que o direito à saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano, por estar relacionado com o direito à vida e a uma existência digna.

IV- CONCLUSÕES

Destacam-se duas questões centrais que afligem o profissional e perpassam suas intervenções: Como minimizar os efeitos da precarização das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da saúde de forma que não interfiram nos atendimentos? Como promover o enfrentamento das demandas dos usuários frente ao retrocesso e perda de direitos sociais, com o desmonte na Previdência Social, sucateamento da Saúde e desconstrução da Assistência Social?

Embora não se tenha uma resposta imediata e satisfatória a estas questões que inquietam e enfraquecem as relações entre usuários e trabalhadores e trabalhadores da saúde entre si, pretende-se lançar algumas pistas que possam, quem sabe, contribuir nesta reflexão. Em primeiro lugar entende-se que os assistentes sociais, assim como os demais trabalhadores da saúde, sofrem os efeitos da precarização das condições de trabalho e são convocados a atuar em várias frentes, intervindo em múltiplas demandas, fato que causa



uma sobrecarga de trabalho devido à intensa demanda que chega cotidianamente no “balcão de atendimentos”.

Como consequência desta precarização, há uma interferência na qualidade do vínculo estabelecido com os usuários e suas famílias e a capacidade de resposta as demandas, pois o profissional não tem um tempo adequado para avaliar cada uma das situações que chega, problematizando, refletindo e dando os devidos encaminhamentos. Há pouco investimento em recursos humanos ao mesmo tempo que se intensificam as exigências impostas pelos empregadores aos profissionais do serviço social na divisão social e técnica do trabalho, estabelecendo possibilidades e principalmente limites para a realização do trabalho profissional.

Neste sentido, entende-se como tarefa fundamental e imprescindível dar visibilidade e refletir sobre o trabalho que realiza-se cotidianamente num espaço ocupacional historicamente marcado pela concentração de poder de determinada categoria profissional e fragmentação de conhecimentos, buscando construir coletivamente novas possibilidades de intervenção. Embora a inserção do assistente social na atenção hospitalar ainda ocorra em alguns espaços, erroneamente, de forma a subsidiar a prática médica, não se pode deixar de ressaltar a importância desse profissional na divisão do trabalho em saúde no que se refere às mediações que realiza entre usuários e instituição, entre usuários e equipe assistencial, entre usuários e suas famílias, entre usuários e sua comunidade.

Aposta-se no fortalecimento do trabalho em equipe na área da saúde hospitalar, seja com reuniões de planejamento, capacitações, rounds multiprofissionais, discussões de caso, atendimentos multiprofissionais, constituição de grupos de trabalho, grupos informativos ou de apoios aos familiares e usuários, como possibilidade de melhoria da assistência prestada, possibilitando, desta forma, respostas mais qualificadas às necessidades e demandas dos usuários que tem como pano de fundo as expressões da questão social de uma sociedade cada vez mais excludente e extremamente desigual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e Projeto Ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 79, p. 108-132, São Paulo: Cortez, nov. 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html>. Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, 2004.



BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (org.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

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

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acessado em 03/07/2018.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. IN: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira e MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Med.**, p. 188 - 198, Minas Gerais, 2012.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes da Cunha. **O lugar da família na proteção social: desafios e responsabilidades no cuidado do familiar que sofreu acidente vascular cerebral**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2018, disponível em <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8009>.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, v. 12, n.1, p. 122-134, Londrina, jul/dez. 2009.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Revista Saúde e Sociedade. Campinas: Unicamp, v.13, n.1, p. 24-36, jan./abr.2004.

HOFF, Luíza Rutkoski. **Público e Privado na Política de Saúde Mental: inflexões de “um mundo à parte”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

MARCONDES, Mariana M. Práticas Sociais de Cuidado e a responsabilidade do Estado. **Revista Ártemis**, V ed. 13, jan-jul 2012, p. 174-186.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Serviço Social em Revista**, v. 12, nº 2, p. 163-176. Londrina, jan./jun. 2010.

SOUZA, Luís Eugênio Fernandes Portela. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.14, n.3, pp.911-918, 2009.

SOUZA, Alessandra; PELEGRINI, Tamara dos Santos; RIBEIRO, João Henrique de Moraes; PEREIRA, Daniele Sirineu; MENDES, Maria Angélica. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2015, nov-dez; pág. 1176-85.

TEIXEIRA, Solange M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008.