

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RONALD GONÇALVES

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Rio das Ostras, julho de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RONALD GONÇALVES

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de bacharel em Serviço Social pela
Universidade Federal Fluminense – Polo
Universitário de Rio das Ostras.

Orientadora: Prof^ª. Mariana Pfeifer

Rio das Ostras, julho de 2013.

RONALD GONÇALVES

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Polo Universitário de Rio das Ostras.

Monografia aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª. Ms. Mariana Pfeifer
Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Ranieri Carli
Examinador
Universidade Federal Fluminense

Ms. Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio
Examinador
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico ao meu Deus, que me conduziu a cada dia e mostrou e me fez acreditar no meu potencial e, assim, sobrepor todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Como já dizia Anitelli: “Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar”. Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinho. Minha terna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

A minha namorada, Girlande, por todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

À professora Mariana Pfeifer que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho. Aos professores Ranieri Carli, Katia Marro, Edson e Clarice pela contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência na minha futura vida profissional.

A minha supervisora de estágio Shirley Marins que por três semestres me ensinou com toda paciência e dedicação a vivência de um profissional com todas as qualidades que busco um dia alcançar.

Aos meus colegas de classe, em especial Carlos Eduardo, Juliana, Igor, Flávio, Flávia Candido, Bruna Braga, Elson e Fabiula, pessoas especiais que não esquecerei. Obrigado por todos os momentos em que fomos estudiosos e brincalhões. Obrigado pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Obrigado a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida.

*" O Desafio Da Modernidade É Viver Sem Ilusões ,
Sem Se Tornar Desiludido " .*

Antônio Gramsci

RESUMO

Este estudo visou contribuir para uma maior clareza quanto ao trabalho do Assistente Social na urgência e emergência do SUS, as demandas postas a esse profissional e as ações realizadas para seu enfrentamento no sistema público de saúde. O interesse pelo tema se deu por meio da experiência de estágio ao longo da graduação no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras/RJ. Essa vivência permitiu questionamentos e reflexões sobre as intervenções do Assistente Social que contribuíram para a formulação do objetivo geral do estudo: identificar elementos do trabalho do Assistente Social nos espaços sócio-ocupacionais da urgência e emergência da Política de Saúde. Os objetivos específicos foram os seguintes: Caracterizar o contexto da Política Nacional de Saúde com destaque para os projetos em disputa e as propostas do gestor federal para a urgência e emergência; Analisar o trabalho do Assistente Social nas Políticas de Saúde; e, identificar e analisar elementos ético-políticos e elementos do processo de trabalho do Assistente Social nas unidades de urgência e emergência mediante o levantamento e estudo dos textos publicados nos periódicos da área e nos Anais de congressos da categoria dos últimos 10 anos. No percurso metodológico de investigação verificou-se que, em relação ao tema, um número considerável de trabalhos acadêmicos foi produzido na última década. No entanto, em relação ao objeto pesquisado, a quantidade de produções foi pequena, em que apenas três trabalhos puderam ter seu conteúdo analisado para a pesquisa. Em relação aos elementos ético-políticos, dentre outros resultados, destaca-se que na urgência e emergência existe uma sobrecarga de trabalho e pouca iniciativa dos profissionais em desempenhar atividades que envolvam o trabalho em equipe, planejamento de instrumentais técnicos e organização de um processo de trabalho mais propositivo, o que poderia fortalecer no cotidiano profissional, a proposta de saúde integral do Projeto de Reforma Sanitária. O indicador sistematização da prática profissional, não esteve presente na maioria dos relatos de experiência, o que pode representar a necessidade de um maior investimento profissional nesse sentido. De uma forma geral, pode-se dizer que os resultados e análise sobre a categoria dos elementos de processo de trabalho ficaram limitados devido ao reduzido conteúdo nas produções utilizadas nessa pesquisa. Apesar dos limites desse estudo, por não realizar uma pesquisa de dados primários, visou trazer elementos para que outras pesquisas possam caminhar nesse sentido por meio de um olhar crítico e construtivo.

Palavras-Chave: Espaço Sócio-Ocupacional do Assistente Social, Processo de Trabalho do Assistente Social, Sistema Único de Saúde, Urgência, Emergência.

ABSTRACT

This study had the intention to contribute for a major clarity as how it works the Social Worker job on SUS urgency and emergency, the demand this professional has to face and the actions realized to its confrontation in the health public system. The interest for the theme had been given on the job training experience during graduation, on Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras/RJ. This existence allowed questions and reflections about Social Worker intervention and contributed on the formulation of the general objective in this study: identify elements on Social Worker job as occupational member on urgency and emergency Health Policies spaces. The specific objectives were: characterize the National Health Policies context highlighting the projects that were find on battle and the federal manager proposition for urgency and emergency; analyze Social Worker job on Health Policies and identify and analyze ethical policy elements of Social Worker job process on urgency and emergency units, by the aid of raising and studying publicized texts on newspaper of the area and congress annals of the category on the last 10 years. On methodological investigation course, were relate, running through the theme, a considerable number of academical jobs produced in the last decade. However, running through the researched object, the production amount was small, only three jobs had their content analyzed for the research. Towards the ethical policy elements, the detach goes to overload amount of work on urgency and emergency and few professional initiative to perform activities that involve work team, technical instruments and a propose job process planning, what could fortify on professional routine, the proposition of integral health Sanitary Renovation Project. Systematize indicator of Professional practice wasn't present on most of the experience narration, what can show the need of a major Professional investment on this meaning. Persistently, we can say that the results and analyzes about the elements of the work process category were narrow because of the few amount of content present on the utilized productions. Despite the limits found on this study, because of the non-realization of researches on primary knowledge, was aim for bringing elements for another researches on this sense, through a critical and constructive look.

Key words: Social Worker job as occupational member, Social Worker job process, Unified Health System, Urgency, Emergency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL E AS ESPECIFICIDADES DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	5
1.1 O contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro	5
1.2 Projetos em disputa: a Reforma Sanitária Brasileira e a Contra-Reforma.....	9
1.3 Os níveis de atenção do SUS e o lugar da urgência e emergência.....	14
2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA E AS INTERFACES COM A ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
2.1 O Trabalho do Assistente Social na Saúde Pública: algumas considerações.....	19
2.2 O trabalho do Assistente Social e as características relativas à área da Saúde Pública.....	24
3. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS	31
3.1 Indicações metodológicas para a investigação.....	31
3.2 O trabalho do Assistente Social na área de urgência e emergência do SUS: uma análise das produções acadêmicas e relatos de experiência.....	36
3.2.1 Elementos ético-políticos.....	37
3.2.2 Elementos do processo de trabalho	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

O campo da proteção social no Brasil está legitimado na Constituição Federal de 1988. A atual carta magna brasileira inaugura um novo sistema no país, pautado na concepção de Seguridade Social e universaliza os direitos sociais na Saúde, além de garantir e definir que os direitos à Assistência Social e Previdência devem ser responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988).

Quanto à saúde, sua política nacional – o Sistema Único de Saúde (SUS) – foi legitimada nessa Constituição e também por meio das Leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O seu desenvolvimento, no entanto, logo no início da década de 1990, esbarrou no que apontam Bravo e Matos (2009): ao decorrer dos anos 1990, existem dois projetos em disputa que influenciam as políticas de saúde. O projeto da Reforma Sanitária, que se relaciona a uma lógica de proteção social abrangente, a partir de uma reestruturação da política de saúde; e o projeto da Reforma do Estado de inspiração neoliberal, que traz restrições à concepção abrangente de Seguridade Social e ao SUS. Esses dois projetos em disputa são permanentes até os dias atuais.

De qualquer forma, a Saúde Pública no Brasil é um direito universal e tem sido um vasto campo de atuação para os profissionais de Serviço Social. Assim, o Assistente Social, por meio de seu trabalho, pode contribuir a favor do fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, da consolidação do SUS e da Seguridade Social pública. Há diversas experiências que apresentam a atuação da categoria nos diferentes níveis de complexidade do SUS, bem como referências bibliográficas que tratam esse assunto, como Bravo e Matos (2009), Nogueira e Miotto (2009), Vasconcelos (2007 e 2009), Costa (2000 e 2009), entre outros.

No que se refere às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde, algumas produções acadêmicas têm sido elaboradas com o intuito de refletir sobre as condições de trabalho e o caráter da natureza da intervenção do Serviço Social, como Conceição (2001), Olivar e Vidal (2006), Costa (2009), entre outros.

A experiência de estágio ao longo da graduação oportunizou vivenciar o cotidiano de trabalho do Assistente Social no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras/RJ, por três

semestres consecutivos. Nessa experiência, além dos questionamentos sobre o fazer desse profissional nas urgências e emergências por parte da equipe de saúde e dos próprios usuários, notou-se também uma dificuldade na divulgação de informações sobre as redes e direitos sociais por parte do Serviço Social aos usuários internados e aos seus acompanhantes. Durante os plantões do setor, também se observou um desconhecimento por parte da população a respeito dos serviços de políticas públicas municipais.

A partir dessas percepções, no terceiro período de estágio foi elaborado o projeto de intervenção intitulado “Socializando Informações”, com o objetivo de fortalecer a autonomia da população usuária do Pronto Socorro de Rio das Ostras, a partir de alguns mecanismos de comunicação relativos aos direitos sociais, tais como folder, cartilhas, vídeos entre outros. No entanto, algumas reformulações foram feitas nesse projeto a partir de discussões em conjunto com a supervisão de campo. Sendo assim, consideráveis questionamentos e reflexões sobre as intervenções do Assistente Social nesse serviço foram aprofundados e contribuíram para a formulação da questão central dessa pesquisa: quais são as atribuições do Assistente Social na emergência e urgência do SUS considerando a Política Nacional de Saúde?

Outras questões também se apresentaram como pertinentes, a partir dessa indagação. Qual é o contexto da Política Nacional de Saúde e seus rebatimentos na urgência e emergência considerando os projetos da Reforma Sanitária Brasileira e o projeto neoliberal? Que referências teórico-metodológicas, ético-políticas, técnico-operativas e regulamentares embasam o trabalho do Assistente Social nas urgências e emergências? Qual é o caráter de atuação do Serviço Social considerando as demandas apresentadas ao setor? Quais são os limites e possibilidades para a ação desse profissional nesse nível de atenção em saúde?

Dessa forma, essa pesquisa visou contribuir para uma maior clareza quanto ao trabalho do Assistente Social na urgência e emergência do SUS. Mais especificamente, apresentar as demandas postas a esse profissional e as ações realizadas para seu enfrentamento no sistema público de saúde e em toda a rede de políticas públicas.

Neste sentido, o presente trabalho está articulado em torno do seguinte objetivo geral: identificar elementos do trabalho do Assistente Social nos espaços sócio-ocupacionais da urgência e emergência da Política de Saúde. Os objetivos específicos são os seguintes: Caracterizar o contexto da Política Nacional de Saúde com destaque para os projetos em disputa e as propostas do gestor federal para a urgência e emergência; Analisar o trabalho do Assistente Social nas Políticas de Saúde; e, identificar e analisar elementos ético-políticos e

elementos do processo de trabalho do Assistente Social nas unidades de urgência e emergência mediante o levantamento e estudo dos textos publicados nos periódicos da área e nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos últimos 10 anos.

É importante destacar os motivos das denominações urgência e emergência utilizadas nesse trabalho. Há uma tênue diferença entre seus significados e que estão relacionadas ao campo médico. Assim, a emergência é caracterizada quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo, em que a intervenção médica deve ser imediata. Já a urgência, é uma situação que não pode ser adiada e precisa ser resolvida rapidamente, porém a intervenção médica possui um caráter menos imediatista¹. Optou-se em utilizar aqui as duas denominações, pois observou-se no período de estágio, que o Pronto Socorro Municipal de Saúde em Rio das Ostras/RJ, estabelecimento de nível terciário no Sistema Único de Saúde, atende tanto às demandas de urgência quanto às de emergência da população usuária, o que deve se repetir no cotidiano de unidades de saúde semelhantes.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, visto que teve como objetivo conhecer e interpretar a realidade por meio da descrição das características de determinada população ou fenômeno. Visa descrever idéias, fenômenos, processos, analisando características, organização, relação entre o objeto investigado e as variáveis que interferem nas características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (GIL, 2008). Segundo Minayo (2008, p.57), o método qualitativo tem fundamento teórico e permite descortinar processos sociais pouco conhecidos de grupos específicos, contribuindo para construção de novas abordagens, criação e revisão de novos eixos e conceitos durante a investigação: “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões”.

Assim, realizou-se um estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica e os dados sistematizados por meio de categorias e indicadores previamente definidos, a partir dos periódicos específicos do Serviço Social – Revista Serviço Social e Sociedade e Revista Textos e Contextos - e dos Anais de Congressos da categoria, como do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

¹ Disponível em: <http://www.brasilecola.com/gramatica/emergencia-urgencia-qual-diferenca.htm>, acesso em 11 de julho de 2013.

Organizou-se esse trabalho em três capítulos. No capítulo 1, apresentou-se o contexto da Política Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as especificidades da urgência e emergência. Objetivou-se caracterizar o contexto da Política Nacional de Saúde, os projetos em disputa no setor e as propostas do gestor federal para a urgência e emergência. Para isto foi realizado um breve contexto histórico do Sistema Único de Saúde desde seu nascedouro, a partir do chamado Movimento Sanitário até a legitimação de sua configuração atual. Posteriormente, realizou-se uma breve apresentação dos dois projetos setoriais, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Privatista. Por último, delineou-se a especificidade da urgência e emergência na rede de atenção em saúde, com destaque para algumas propostas recentes do Ministério da Saúde.

O capítulo 2 abordou o trabalho do Assistente Social na Saúde Pública e as interfaces com a área de urgência e emergência. Dessa forma, considerou as especificidades do trabalho do Assistente Social no setor saúde e, procurou nesse percurso, refletir sobre as características de atuação desse profissional no terceiro nível de atenção em saúde, onde está inserida a urgência e emergência, segundo a organização do Sistema Único de Saúde. No primeiro item, realizou-se uma discussão sobre os projetos em disputa no SUS e o significado para o fazer profissional do Assistente Social, onde cotidianamente, é desafiado a lutar pela defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais. Já no item dois, abordou-se uma breve discussão sobre a inserção da categoria na divisão sócio-técnica do trabalho, as características do espaço sócio-ocupacional na saúde e instrumentos técnico-operativos nessa área e, mais especificamente, na atuação da urgência e emergência do SUS.

O capítulo 3 apresentou os resultados da pesquisa com base na discussão teórica realizada nos capítulos 1 e 2. Para isso, foi dividido em dois itens, em que o primeiro referiu-se a indicações metodológicas realizadas para a investigação com a descrição dos achados e o processo metodológico de leitura, organização e análise do material de pesquisa. No segundo item, apresentou-se a análise das publicações selecionadas para a pesquisa, a partir da identificação de elementos ético-políticos e elementos do processo de trabalho do Assistente Social nas unidades de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde mediante o levantamento e estudo dos textos publicados nos periódicos da área e dos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social e dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais dos últimos 10 anos.

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL E AS ESPECIFICIDADES DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este capítulo objetiva caracterizar o contexto da Política Nacional de Saúde, os projetos em disputa nesta área e as propostas do gestor federal para a urgência e emergência. Para isto foi realizado um breve contexto histórico do Sistema Único de Saúde desde seu nascedouro, a partir do chamado Movimento Sanitário até a legitimação de sua configuração atual. Posteriormente, realizou-se uma breve apresentação dos dois projetos na área da saúde, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Privatista. Por último, delineou-se a especificidade da urgência e emergência na rede de atenção em saúde, com destaque para algumas propostas recentes do Ministério da Saúde.

1.1 O contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro

É importante para este trabalho abordar uma discussão que considere o processo histórico de constituição do sistema de saúde brasileiro e apontar algumas características de seu contexto atual. Para isso, será discutido como foi construído, formulado e legitimado o que hoje se denomina Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Insere-se no capítulo “Da Ordem Social” da Constituição Federal de 1988, ancorada na concepção de Seguridade Social. Isto representa um grande avanço no que se refere à afirmação e extensão dos direitos sociais no país uma vez que em seu bojo, a introdução da concepção de Seguridade Social vem afirmar o princípio da universalização, a concepção de direitos sociais e dever do Estado, o estatuto de política pública à saúde, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências (MOTA, 2009).

Mas, o caminho para se chegar ao que hoje se denomina “saúde como um direito de todos” foi constituído por entraves, críticas e questionamentos relacionados a um modelo de saúde em que o acesso à saúde estava condicionado ao trabalho formal por vínculo previdenciário. Este cenário contribuiu para propostas e medidas em direção a um movimento de reformulação do sistema de saúde brasileiro nos anos 1980, chamado Movimento de Reforma Sanitária, que contestava o modelo médico assistencial-privatista até então vigente no país (BRAVO, 2009a).

De acordo com Oliveira e Teixeira Fleury (Apud BRAVO, 2009a) o modelo médico assistencial privatista foi instalado no Brasil num período de prioridade da produção privada na área da saúde. Nesse modelo existe uma ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada com uma articulação do Estado aos interesses do capital internacional, por meio das indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar. Outra característica refere-se ao desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica voltada para a lucratividade do setor saúde compatível com a expansão do capitalismo e diferenciações de atendimento em relação à clientela. O modelo médico assistencial privatista solidifica-se mediante a criação de um complexo médico-industrial, momento em que empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos expandem-se no país.

Em contraposição a esse modelo, desenvolveu-se a partir da década de 1970, o chamado Movimento Sanitário Brasileiro. Fleury (1997) aponta que a estruturação do movimento sanitário organizou-se por meio de diferentes lugares – universidades, sindicatos de profissionais de saúde, movimentos populares, o Congresso Nacional – sendo seu pilar a saúde como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações. Esse movimento possibilitou a construção do projeto de Reforma Sanitária Brasileira que se pautou na noção de crises – do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, do sistema de prestação de serviços de saúde – e objetivou a adoção de uma concepção ampliada de saúde, bem como a construção de um modelo analítico fundamentado na determinação social da doença. Para Fleury (1997, p. 13), a determinação social da doença é compreendida como:

O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social.

Bravo (2009a) relata que as principais propostas debatidas pelos atores envolvidos na Reforma Sanitária foram a universalização do acesso; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo, a concepção de saúde como direito e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Único de Saúde e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

O cenário de luta e reivindicações do Movimento Sanitário Brasileiro resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essa conferência constituiu um marco no processo da Reforma Sanitária Brasileira, em que os princípios e diretrizes do SUS foram legitimados e tornou-se fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil. A 8ª Conferência foi realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito federal e “o temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2009a, p. 96).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados e representou um símbolo da constituição do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conferência introduziu no cenário de discussão da saúde um elemento fundamental: a sociedade. Os debates saíram de fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram uma dimensão maior, em que entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento participaram das discussões. Assim, o tema saúde foi tratado relacionado à sociedade como um todo, propondo-se não somente a criação de um sistema único, mas sim uma Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Após a realização dessa conferência e, anterior a legitimação do SUS na Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS). O SUDS foi um aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e trouxe em seu bojo a negação do modelo médico assistencial-privatista e a afirmação do novo sistema proposto pela Reforma Sanitária Brasileira. Paim (2008) destaca que as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram uma das medidas do Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), lançado em 1982 e responsável por sua implantação a partir de 1984. As AIS permitiram avanços no processo de organização dos serviços naquele momento e propiciou a formação e ampliação de muitas práticas nos estados e municípios. Esse fato

trouxe alternativas de organização da atenção em saúde, tais como uma expansão da rede pública, principalmente da rede ambulatorial, e introdução de medidas descentralizadoras, mesmo que limitadas, mas inseridas num projeto de reforma que era muito maior. As AIS também estimularam uma ação unificada ao nível local, a partir do estímulo à integração do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as secretarias municipais e estaduais de saúde.

No entanto, a partir da criação do SUDS, em 1987, as AIS deixaram de ser a estratégia de redefinição da política de saúde no contexto da Previdência Social e o SUDS entrou em cena a partir de um amplo incentivo financeiro do Governo Federal, com o objetivo de contribuir para a consolidação de um sistema descentralizado e de direção única. Assim, tanto as AIS como o SUDS são considerados significativas estratégias para o início do Sistema Único de Saúde e constituem importantes dispositivos aliados ao Movimento de Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Nesse caminho, o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. Contudo, Bravo (2009a, p.97) afirma que esse momento foi permeado de entraves políticos:

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades. O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

Considerar o cenário de tensões, interesses e acordos de ordem política na formação do que hoje é a política nacional de saúde torna-se importante quando se observa que, apesar da sua legitimação na Constituição Federal de 1988 e por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) - leis nº 8.080/902 e nº 8.142/903, o SUS esbarrou logo no início do seu

² BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990

desenvolvimento, na década de 1990 no que apontam Bravo e Matos (2009): a existência de dois projetos em disputa que influenciaram as políticas de saúde. Um deles, o projeto da Reforma Sanitária se relacionava a uma lógica de proteção social abrangente a partir de uma reestruturação da política de saúde; e, o outro, o projeto da Reforma do Estado, de inspiração neoliberal, trazia restrições à concepção abrangente de Seguridade Social e ao Sistema Único de Saúde.

Essa realidade produziu diversos enfrentamentos para a efetivação do SUS ao longo dos anos 1990 e que permanecem até os dias atuais, apesar dos avanços alcançados no texto constitucional e na LOS. Ainda que, no Brasil, se tenha conquistado o direito à saúde na concepção de Seguridade Social, existe uma constante disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de cunho mais privatista que Bravo (1999) denomina de Projeto de Contra-Reforma. Esses projetos têm interesses antagônicos, influenciam as decisões no campo da política de saúde e serão abordados no próximo item.

1.2 Projetos em disputa: a Reforma Sanitária Brasileira e a Contra-Reforma

Desde a década de 1970, verifica-se uma crise global no mundo capitalista, que tem resultado em barbárie e retrocesso social, com significativos desmontes do Estado de Bem-Estar Social. Nesse cenário de crises e transformações, no Brasil da década de 1980, considera-se que existiram dois grandes projetos societários antagônicos: um voltado a uma sociedade fundada numa democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos e, outro a uma sociedade articulada a uma democracia de massas com ampla participação social, com destaque para as instituições parlamentares, os sistemas partidários, os sindicatos, as comissões de fábrica, as organizações profissionais e de bairros, os movimentos sociais urbanos e rurais (NETTO, 1993). Considera-se assim, que esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Nesse item serão abordados os dois projetos que se relacionam à área da saúde.

³ BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990.

A Reforma Sanitária teve como principal direção a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais e, por articular trabalhadores de saúde e movimentos sociais, tem sido considerada a reforma de maior amplitude do setor. Seu principal resultado é o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das proposições dessa reforma e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) conforme apresentado no item anterior (BRAVO, 2009b).

Nessa perspectiva, destacam-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho e a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em conformidade com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição das atribuições dos gestores (União, Estado e Municípios) na prestação dos serviços de saúde e, também, o efetivo financiamento do Estado (CFESS/CRESS, 2010).

No entanto, a implantação das premissas do projeto da Reforma Sanitária esteve permeada por entraves desde o final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, período em que foi legitimado e também iniciado o funcionamento do SUS. Bravo (2009a) aponta que existiam incertezas quanto a efetivação das propostas da Reforma Sanitária, uma vez que naquele momento, as medidas reformadoras estavam fragilizadas; existia uma ineficácia setorial do setor público; tensões com os profissionais de saúde; o apoio popular foi diminuído devido à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde e uma considerável reorganização de setores mais conservadores e contrários à reforma que passaram a direcionar o setor a partir de 1988.

Soma-se a isso, o fato de que nos anos 1990, aconteceu um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, o que motivou mais questionamentos quanto às proposições da política de saúde formulada no projeto de Reforma Sanitária. Diante dessa realidade, consolidou-se, na segunda metade dos anos 1990, um projeto de saúde contrário, ou seja, um projeto mais articulado ao mercado ou privatista, pautado numa política de ajuste, com tendências a contenção dos gastos; racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade da União. Suas principais características são o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (BRAVO, 2009a; BRAVO, MATOS, 2009; BRAVO, 2009b).

Bravo (1999) aborda os dois projetos políticos que estão em constante disputa no setor saúde e que permanecem desde os anos 1990 até os dias atuais: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista ou contra-reforma. Para Bresser Pereira (Apud BRAVO, 2009a, 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, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado.

A reforma do Estado parte de um argumento sustentado no suposto êxito do fim do Estado de Bem-Estar Social e crises do Estado Desenvolvimentista e Estado Socialista (BRAVO, 2009a). No enfrentamento dessas crises, encontra-se a tendência da reforma neoliberal. Assim, para caminhar em direção a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração pública gerencial e eficiente, a reforma deve perpassar quatro setores: o núcleo estratégico (Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário); as atividades exclusivas do Estado (regulamentação, fiscalização, regulação); os serviços sociais e científicos (que devem ser transformados em Organizações Públicas Não-Estatais ou Organizações Sociais) e o setor de produção de bens e serviços (empresas estratégicas que devem ser privatizadas) (BRAVO, MATOS, 2009).

Essa vertente restringe os direitos sociais e políticos a partir de uma concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para o trabalho. O enxugamento do Estado é o foco, assim como a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas. No que se refere à saúde, a reforma do Estado atinge o setor no terceiro núcleo, ou seja, dos serviços sociais e científicos. Assim, o projeto privatista, preconiza a garantia do mínimo aos que não podem pagar e a prestação de serviços pelo setor privado aos que têm acesso ao mercado. Suas propostas principais são: “a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, MATOS, 2009, p. 200).

Diante dessa realidade, consolidou-se, na segunda metade dos anos 1990, um projeto de saúde contrário, ou seja, um projeto mais articulado ao mercado ou privatista, pautado numa política de ajuste. Suas principais características são o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. As premissas desse projeto distanciam-se das concepções coletivas e universais do projeto de reforma sanitária e têm um caráter individualista e fragmentado da realidade (BRAVO, 2009a; BRAVO, MATOS, 2009).

Nessa conjuntura, constata-se que o projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, tem perdido a disputa para o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990. Na década referida, consolidou-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira e as principais estratégias do grande capital foram: forte crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social, e a construção de uma cultura convincente à difusão de seu projeto. Assim, verificou-se, nessa década, a afirmação das contra-reformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais (MOTA, 1995 Apud CFESS/CRESS, 2010).

Para Bravo (2009a) a contra-reforma do Estado atingiu a saúde por meio de proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de atendimento básico ou porta de entrada do SUS, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Para a autora, todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, com uma restrição do SUS aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, uma vez que o sistema privado fica limitado aos que têm acesso ao mercado.

Dessa forma, a universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Assim, há uma substituição dos valores solidários, coletivos e universais contidos na Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 por valores individualistas, corporativos, focalistas. Essa realidade acaba por fortalecer a

consolidação do projeto voltado para o mercado, com um SUS mais segmentado e voltado para os pobres (CFESS/CRESS, 2010).

Nesse sentido, ao longo dos anos desde a legitimação do SUS, observam-se significativas dificuldades para a efetivação da política pública de saúde, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (BRAVO, 2009a).

Para Bravo e Matos (2009, p.213), caminhar em direção a uma agenda política em defesa da saúde, tem como principais propostas:

Democratização do Estado e defesa do cidadão como sujeito histórico; luta em defesa do Projeto de Reforma Sanitária; defesa da saúde, na perspectiva da Seguridade Social, como direito social do cidadão; luta em defesa da ética da solidariedade; participação nas Conferências de Saúde; realização de pesquisas e socialização de informações; luta pelo financiamento articulado à Seguridade Social; luta por uma política de recursos humanos; inserção nos Conselhos de Saúde, de forma crítica e participativa; criação de fóruns das políticas da Seguridade Social; luta pela garantia de recursos públicos para a Seguridade Social; realização de encontros de saúde articulados às demais políticas de Seguridade Social; fortalecimento do orçamento participativo.

Entende-se, assim, que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS/CRESS, 2010). Isto posto, no item seguinte serão apresentados os níveis de complexidade para a atenção em saúde no Sistema Único de Saúde e o lugar da Urgência e Emergência nesse contexto.

1.3 Os níveis de atenção do SUS e o lugar da urgência e emergência

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem impor mudanças ao modelo de assistência em saúde até então predominante⁴ centrado na demanda espontânea do indivíduo doente e que procura a cura no hospital por meio da intervenção médica. Esse tipo de assistência em saúde desconsidera a base epidemiológica e a diversidade das realidades locais, num atendimento em saúde sem planejamento e desvinculado do território. Em contrapartida, a nova compreensão de saúde proposta pelo SUS vem priorizar uma assistência com centralidade de atenção no coletivo, na pessoa saudável, na saúde como qualidade de vida e enfatizar a importância de fundamentos baseados em dados epidemiológicos, com articulação dos três níveis de atenção à saúde e prioridade para a participação popular (CANUTO et al, 2004).

Para Costa (2000), a implementação do SUS, a partir dos anos 1990, foi um marco de mudanças tecnológica, organizacional e política e passou a exigir novas formas de organização do trabalho em saúde. As novas características impostas ao modelo de gestão e dos processos de trabalho relacionam-se, principalmente, aos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização contidos no novo sistema de saúde brasileiro. Souza (2001, p. 57-58) descreve esses princípios do SUS, como:

Universalidade - que significa a garantia de todo cidadão ao direito de acesso a todos os tipos de serviços públicos referentes a atenção à saúde, sejam eles estatais ou privados, conveniados ou contratados; Equidade - quer dizer igualdade com justiça, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira e deve considerar as diferenças sem nenhum tipo de privilégio, oferecendo tratamento igualitário e humanizado a todos os usuários; Integralidade - busca reconhecer a unificação da assistência curativa com assistência preventiva, devendo ser as unidades prestadoras de serviço capazes de prestar assistência integral; Descentralização - entendida como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Os municípios ficam com a responsabilidade da execução dos serviços de saúde, e os estados devem ficar com os grandes serviços de referência em articulação com os municípios. A União só executa em situações extremas, mas coordena a política nacional de saúde; Regionalização e Hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Assim, Atenção Primária, Secundária e Terciária devem compor a rede de atenção à saúde da população.

⁴ Modelo Médico Assistencial-Privatista citado nos itens anteriores

Quanto à organização dos serviços, seu modo regionalizado e hierarquizado, vislumbra possibilitar um maior conhecimento dos problemas de saúde da população e favorecer ações de vigilância epidemiológica e sanitária, além de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Nesse sentido, o modelo assistencial em saúde do SUS preconiza a existência de uma rede composta por três níveis para a assistência em saúde – primário, secundário e terciário (SOUZA, 2001; CANUTO, et al, 2004).

Para Souza (2001), o nível primário é o responsável pelas ações de cuidado individual e coletivo e caracteriza-se por serviços que estabelecem uma relação permanente e estável com a população usuária, configurando-se a principal porta de entrada do sistema. Já o segundo nível de atenção tem aspectos relativos ao atendimento ambulatorial especializado, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. O nível terciário é aquele que realiza as internações e as situações urgentes e emergenciais, além de possuir maior complexidade tecnológica.

Assim, é importante ressaltar que a efetivação do SUS a partir da década de 1990, além das mudanças organizacionais de atenção em saúde trouxe uma série de modificações significativas no que se refere à dinâmica da gestão da política de saúde brasileira. Nesse percurso, um eixo central foi a descentralização em direção aos municípios, que passaram a assumir um conjunto de atribuições e responsabilidades pela gestão e provisão dos serviços de saúde. A descentralização avançou na mesma proporção em que medidas de fortalecimento do primeiro nível de atenção em saúde foram realizadas pelo gestor federal, delegando aos municípios a responsabilidade pelas ações relacionadas a esse nível em seu território (MONNERAT, et al., 2007).

O Ministério da Saúde conduziu uma série de incentivos à transferência de atribuições setoriais aos municípios por meio das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS)⁵, que significaram importantes instrumentos na regulação do processo de descentralização em saúde. As edições das NOB/SUS fortaleceram a reorganização da atenção básica ao nível local. Esse fortalecimento visou, sobretudo, provocar alterações no modelo de atenção em saúde, após um longo período histórico de privilégio da atenção hospitalar e permitiu que o primeiro nível de atenção ocupasse o centro da agenda setorial, em que tem lugar de destaque o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MONNERAT, et al., 2007).

⁵ As normas do SUS na década de 1990 foram NOB SUS 01/91 e NOB SUS/92; NOB SUS 01/93; NOB SUS/96.

Para Monnerat et al. (2007) o modelo de atenção proposto pelo PSF se baseia numa visão ampliada do processo saúde-doença que busca reorientar a atenção à saúde no país, em contraposição ao modelo médico hegemônico anterior, onde o atendimento individual, curativo, hospitalocêntrico e de especialização excessiva são valorizados. Assim, essa é uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Apesar de ser fundamental a valorização do primeiro nível de atenção para promover as mudanças necessárias conforme o modelo de atenção preconizado pelo Sistema Único de Saúde, não se pode desconsiderar a importância do atendimento individual e curativo. Isto porque esse atendimento deve ser complementar às ações da atenção básica, compor uma rede de atenção em saúde, de forma regionalizada e hierarquizada e cumprir o princípio de integralidade presente nas premissas desse sistema. Assim, é importante que os níveis de atenção secundária e terciária estejam organizados nessa rede de atenção e qualificados para serem capazes de corresponder às reais necessidades de saúde demandadas pela população. No nível terciário da atenção em saúde, encontram-se os serviços de urgência e emergência do SUS.

Nesse sentido, realizou-se uma busca no site do Ministério da Saúde⁶ para conhecimento das propostas da Gestão Federal concernentes à organização e qualificação do terceiro nível do SUS. Em relação ao momento mais atual – anos 2000 em diante, foram encontrados os seguintes documentos, que contribuem para exemplificar esforços da União nesse sentido: Política Nacional de Atenção às Urgências⁷ (BRASIL, 2006); Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2006b); Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2008); e Cadernos Humaniza SUS - Volume 3 - Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011).

No período SUS anterior aos anos 2000, as urgências foram objetos de algumas iniciativas do Governo Federal. Em junho de 1998, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 2.923, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. Em abril de 1999, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 479, que criou uma série de pré-requisitos para o cadastramento de hospitais que, depois de habilitados, passaram a receber uma

⁶Endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br>, acesso em 03/06/2013.

⁷ Portaria MS n.º 1.863/03.

valorização no valor das internações realizadas dentro de uma lista pré-determinada de procedimentos considerados de urgência (BRASIL, 2006b).

Em abril de 2000, foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), em Goiânia (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, 2000), sob a denominação: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, com grande mobilização de técnicos da área de urgência e participação formal do Ministério da Saúde que, a partir desse evento, iniciou um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, que envolveu gestores estaduais e municipais, em vários estados da federação. Foram também elaboradas diretrizes técnicas para as Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências, Transporte Inter-Hospitalar, grades de capacitação para todos os níveis de atenção às urgências e diretrizes gerais para o desenho de uma rede regionalizada de atenção às urgências, que acabaram por compor o texto da Portaria GM/MS n.º 2.048/02⁸. Essa portaria estabeleceu os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência e definiu normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência (BRASIL, 2006b).

Quanto aos documentos mais recentes pesquisados no site do Ministério da Saúde, pode-se dizer que a Política Nacional de Atenção às Urgências, configura-se como um conjunto de portarias (sete): Portaria GM No. 1.828, de 2 de setembro de 2004; Portaria GM No. 2.420, de 9 de novembro de 2004; Portaria GM No. 1.863, de 29 de setembro de 2000; Portaria GM No. 1.864, de 29 de setembro de 2003; Portaria GM No. 2.072, de 30 de outubro de 2003; Portaria GM No. 2.048, de 5 de novembro de 2002; Portaria GM No. 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Essa política se relaciona, principalmente, ao início da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192), e foi fruto do trabalho conjunto do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde e tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, assim como a humanização (BRASIL, 2006).

O Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências foi elaborado a partir do estudo de artigos e textos produzidos por pesquisadores e trabalhadores das urgências e da Saúde Pública no país. Foi adotado oficialmente pelo Ministério da Saúde como material de base para os Cursos de Regulação Médica de Urgências de todo o território nacional e submetido à revisão, avaliação e validação por técnicos de várias localidades do Brasil,

⁸ Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, publicado em novembro de 2002.

principalmente, pela grande demanda por qualificação das equipes de regulação médica de urgências. Esse documento desponta como um enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e, ainda, como uma poderosa ferramenta de inclusão e garantia de acesso igualitário às pessoas que sofrem por agravos urgentes, de qualquer natureza (BRASIL, 2006b).

Quanto à Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, é um documento que orienta a humanização como uma política transversal que deve permear toda a rede de atenção em saúde do sistema. Assim, a humanização deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e traduzir os seus princípios nos diferentes equipamentos e nos sujeitos da rede de saúde. Deve ainda orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2008).

Já o Caderno Humaniza SUS - Atenção Hospitalar faz parte da PNH-SUS e a partir de seus princípios e arranjos, propõe diretrizes, dispositivos, ferramentas, para incentivar a multiplicação da humanização no contexto hospitalar. Assim, é uma série que contém reflexões acerca da humanização nos hospitais, artigos analíticos sobre experiências com diretrizes e dispositivos da PNH, relatos e reportagens sobre iniciativas de humanização que dão certo. O caderno se inicia pelo contexto da atenção hospitalar no Brasil, e seu papel no sistema de saúde hoje, que pretende se estruturar em rede. Os artigos permitem refletir sobre os novos paradigmas da humanização nos hospitais, e sobre duas importantes diretrizes da PNH, o acolhimento e a clínica ampliada. Mostram como a humanização pode propiciar transformações das realidades dos hospitais, em que muitos lugares do país articulam-se também aos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a discussão apresentada nesse item pretendeu apresentar como estão organizados os níveis que compõem a rede de atenção em saúde no modelo assistencial do SUS e destacar as propostas mais recentes do Gestor Federal para a urgência e emergência. No capítulo seguinte, serão apresentadas as especificidades do trabalho do assistente social no setor saúde e, mais especificamente, no nível terciário da atenção em saúde. Nesse caminho, é imprescindível considerar os desafios impostos à categoria quando se pretende contribuir para o fortalecimento das propostas do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA E AS INTERFACES COM A ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O presente capítulo considera as especificidades do trabalho do Assistente Social no setor saúde e, procura nesse percurso, refletir sobre as características de atuação desse profissional no terceiro nível de atenção em saúde, onde está inserida a urgência e emergência, segundo a organização do Sistema Único de Saúde. No primeiro item realizou-se uma discussão sobre os projetos em disputa no SUS e o significado para o fazer profissional do Assistente Social, onde cotidianamente, é desafiado a lutar pela defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais. Já no item dois, abordou-se uma breve discussão sobre a inserção da categoria na divisão sócio-técnica do trabalho, as características do espaço sócio-ocupacional na saúde e instrumentos técnico-operativos nessa área e, mais especificamente, na atuação da urgência e emergência do SUS.

2.1 O Trabalho do Assistente Social na Saúde Pública: algumas considerações

O capítulo anterior apresentou um breve debate sobre a configuração do Sistema Único de Saúde e a disputa entre os dois projetos distintos nessa área, em que um se expressa por meio do projeto neoliberal, que redesenha o modelo médico-assistencial privatista e tem uma proposta de política de saúde voltada para o mercado e, o outro está relacionado ao direito universal à saúde, chamado de projeto de Reforma Sanitária. A disputa entre esses dois projetos é uma realidade e torna-se um desafio para todos os profissionais de saúde que lutam para a manutenção de um sistema de saúde justo, resolutivo e equânime e que procuram fortalecer o projeto voltado ao direito universal garantido constitucionalmente.

Nesse contexto, encontra-se o Assistente Social⁹ que lida com essa realidade diariamente no cotidiano de trabalho, ou seja, a disputa entre os projetos antagônicos da saúde. Costa (2000) aponta desafios postos à categoria nesse contexto, em que nos serviços de saúde, esse profissional precisa considerar um sistema que ao mesmo tempo está organizado de forma a atender algumas reivindicações históricas do Movimento Sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de participação da comunidade, mas que ainda não conseguiu superar algumas contradições, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade dos atendimentos, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

Bravo (1998) identificou que desde os anos 1990, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, apresentam diferentes requisições para o Serviço Social. Para Bravo e Matos (2009), o projeto privatista requisita ao Assistente Social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Já o projeto da Reforma Sanitária apresenta como demandas ao Assistente Social trabalhar as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. Compreender essa realidade pode oportunizar ao profissional de Serviço Social incorporar e aprimorar práticas que contribuam a favor do fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, com vistas a efetivar o direito social à saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que há uma relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o de Reforma Sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos foram construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidaram na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e a organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocaram na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários propostos para o conjunto da sociedade naquela época e que estão

⁹ O Assistente Social é legitimado como um profissional de saúde por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº218/1997, de 06 de março de 1997.

presentes ainda nos dias atuais (CFESS/CRESS, 2010). Sobre isso, Iamamoto (2009, p. 20) contribui:

As estratégias para responder à questão social têm sido tensionadas por projetos partidários e político-institucionais distintos, que presidem a estruturação legal e a implementação das políticas sociais públicas desde o final dos anos oitenta, e convivem em luta no seu interior. Vive-se uma tensão entre a defesa dos direitos sociais universais e a mercantilização e refilantropização do atendimento às necessidades sociais, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do Assistente Social.

Dessa forma, Bravo (2007) aponta algumas reflexões sobre o movimento sanitário e o processo de Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com discussões ocorridas no interior da categoria de Serviço Social, o que resultou em um movimento específico dessa profissão. A autora destaca que concernente ao debate teórico, o movimento ocorrido na Saúde Coletiva, também aconteceu nas discussões específicas do Serviço Social, com semelhanças nas temáticas sobre Estado, políticas sociais, prática institucional e movimentos sociais. No entanto, a autora diz que, nos debates acadêmicos, foi diferenciada a definição de alternativas de ação profissional do Assistente Social, em que se priorizou um questionamento mais geral da profissão, sem uma proposta de contribuição mais efetiva ao nível das políticas sociais e da prática profissional nas diversas áreas da saúde. Diferentemente, o movimento sanitário conseguiu avançar na elaboração e viabilização de contrapropostas, resultando na proposição da Reforma Sanitária. Comparando-se a outras categorias da saúde, por exemplo, os Assistentes Sociais não participaram, como categoria organizada, da elaboração da proposta dessa Reforma, nem tão pouco ocuparam posição significativa no aparelho do Estado, com estratégias e táticas definidas de reformar e racionalizar o modelo assistencial, tendo como referência a garantia do direito à saúde de forma universal.

De qualquer forma, a profissão vivenciou um processo de renovação concomitante a Reforma Sanitária da saúde. Bravo e Matos (2009) abordam que esse processo esteve articulado às questões colocadas pela grande mobilização política ocorrida no Brasil na década de 1980. No entanto, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como, por exemplo, o movimento pela Reforma Sanitária. Esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão na luta pela assistência pública na saúde: “os profissionais permaneceram nas universidades ou na prática direta com os usuários das

instituições de saúde e não conseguiram interligar as conquistas no plano político-legal com respostas concretas na prestação de serviços para a população” (BRAVO, 2007, pg. 275).

Percebe-se assim, que o movimento do Serviço Social enfatizou o pensar a profissão, com dificuldades na operacionalização da intervenção do Assistente Social. Contudo, é importante referenciar o movimento da categoria ocorrido na década de 1980, pois é fundamental para o entendimento da profissão hoje e tem significado relevante quanto ao início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – a intenção de ruptura¹⁰ - e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista (BRAVO; MATOS, 2009). No entanto, de acordo com Bravo (2007) a maioria dos profissionais desta vertente se insere nas universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervém nos serviços.

De acordo com Bravo e Matos (2009), a partir desse movimento o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, mas poucas mudanças foram apresentadas na intervenção. Os autores consideram que para se avançar atualmente na profissão é preciso assegurar prioridade para discussões a respeito da intervenção profissional, uma vez que poucas alterações trouxeram os ventos da vertente da intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços e apontam que essa é uma lacuna existente desde o movimento de renovação da profissão nos anos 1980. Esse fato vai refletir na atuação do Serviço Social, inclusive na área da saúde, considerado o maior campo de trabalho profissional.

Mesmo considerando um avanço da profissão mais no campo teórico do que no prático, Bravo (2007) apresenta um balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 1980, em que se observa uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes

¹⁰ Segundo Netto (1996, p. 111-112) “a década de oitenta consolidou, no plano ideo-político, a ruptura com o histórico conservadorismo no Serviço Social”. Uma ruptura que “não significa que o conservadorismo (e, com ele o reacionarismo) foi superado no interior da categoria profissional: significa, apenas, que (...) posicionamentos ideológicos e políticos de natureza crítica e/ou contestadora em face da ordem burguesa conquistaram legitimidade para se expressarem abertamente. (...) O conservadorismo nos meios profissionais tem raízes profundas e se engana quem o supuser residual. A legitimidade alcançada para a diversidade de posições está longe de equivaler à emergência de uma maioria político-profissional radicalmente democrática e progressista que, para ser construída, demanda trabalho de largo prazo e conjuntura sócio-histórica favorável”.

Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde¹¹.

No entanto, esses avanços apontados ainda são considerados insuficientes, uma vez que o Serviço Social na área da saúde chegou à década de 1990 com uma incipiente alteração da prática institucional; continuou como uma categoria desarticulada ao Movimento da Reforma Sanitária e ainda, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão, tal como aconteceu no encaminhamento da Reforma Sanitária, além de uma insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde (BRAVO, 2007; BRAVO; MATOS, 2009).

De qualquer forma, na saúde, a implementação do projeto de Reforma Sanitária continua sendo o destaque, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos Assistentes Sociais, como já foi dito anteriormente. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Dessa forma, o trabalho do Assistente Social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2009; CFESS/CRESS, 2010).

Para o CFESS/CRESS (2010) também é importante considerar nesse percurso o Código de Ética Profissional que apresenta ferramentas necessárias ao trabalho dos Assistentes Sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. Entretanto, o documento aponta que não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar alternativas que podem vir a ser desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Esses profissionais estão desafiados a lutar pela defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as

¹¹ A ABESS atualmente denomina-se Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), e o CFAS tem a sigla de Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que estas ferem os direitos e as conquistas da população. A atuação desse profissional na saúde, seus instrumentos e referências técnico-operativas serão abordados no item seguinte.

2.2 O trabalho do Assistente Social e as características relativas à área da Saúde Pública

De acordo com Bravo (2007), a área da saúde tem concentrado uma considerável quantidade de Assistentes Sociais. Segundo a autora, esse fato vincula-se à realidade de articulação da saúde com a produção e reprodução do capital, em que é determinado a esse profissional atuar nas instituições médicas com vistas a administrar a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos. Assim, segundo a autora, na divisão sócio-técnica do trabalho em saúde, esse profissional realiza atividades que se relacionam a avaliar as condições de vida dos trabalhadores, bem como a sua seleção para inclusão em benefícios sociais.

No que se refere à divisão social e técnica do trabalho do Assistente Social, Guerra (2009) destaca que as instituições vêm requisitando que o profissional dê respostas imediatas e soluções às demandas que lhe são direcionadas. Para fazer frente a essas requisições e seguir a direção social posta pelo Projeto Ético-Político, o trabalho do Assistente Social precisa estar ancorado em fundamentos teórico-metodológicos, em conhecimentos interventivos, em habilidades técnico-profissionais e respaldado na perspectiva ético-política e estratégica de seu trabalho. Essa inserção na divisão sócio-técnica do trabalho propicia ao profissional de Serviço Social ocupar seu espaço na estrutura sócio-ocupacional e sua funcionalidade na sociedade capitalista, onde o papel de mediação entre os diferentes interesses de classes atribui à sua intervenção um caráter político. Dessa forma, os Assistentes Sociais realizam suas atribuições socioprofissionais por meio das políticas e/ou serviços sociais regulados pelo Estado burguês e, assim, criam condições que favorecem a reprodução da força de trabalho, sendo os principais responsáveis por mediar o acesso da população aos serviços sociais.

Guerra (2009) diz que o exercício profissional do Assistente Social é permeado por determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade capitalista. Sua atuação vai

consistir em diversas dimensões que conformam a riqueza e a amplitude de características do modo de ser da profissão, quais sejam: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Devido ao nível de complexidade da realidade social, essas dimensões não podem ser formas estáticas e independentes, mas precisam estar interligadas a fim de possibilitar respostas qualificadas às diferentes demandas sociais e institucionais postas a esse profissional. A autora discorre sobre essas diversas dimensões – técnico-operativa, teórico-metodológica, ético-política, mas destaca que a dimensão técnico-operativa é a forma pela qual a profissão é conhecida e reconhecida, na qual se refletirá sua imagem e autoimagem. Portanto, segundo (GUERRA, 2009, p. 40) é importante que essa dimensão esteja vinculada à dimensão político-ideológica:

A dimensão técnico-operativa é a que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e em outras constitui a dimensão do novo. Não é supérfluo lembrar que a dimensão técnico-operativa vela a dimensão político-ideológica da profissão, como aquela pela qual o Serviço Social atua na reprodução ideológica da sociedade burguesa ou na construção da contra-hegemonia. O que se pretende enfatizar é que a intervenção de natureza técnico-operativa não é neutra, ela está travejada pela dimensão ético-política e esta, por sua vez, encontra-se aportada em fundamentos teóricos, donde a capacidade de o profissional vir a compreender os limites e possibilidades não como algo interno ou inerente ao próprio exercício profissional, mas como parte do movimento contraditório constitutivo da realidade social.

É importante destacar ainda, que nesse contexto existe a implantação e a implementação de políticas sociais pelo Estado capitalista, no enfrentamento das expressões da chamada questão social. Nessa realidade, o Assistente Social é um trabalhador assalariado responsável pelo acesso da população aos serviços sociais, inserindo no processo de manutenção da força de trabalho para a produção e reprodução do sistema. Por isso, é necessário considerar as particularidades do trabalho desse profissional e sua forma de inserção na divisão social e técnica do trabalho bem como indicar as tensões existentes na relação entre o projeto ético-político profissional e a limitação de suas ações por meio da condição de trabalhador assalariado (GUERRA, 2009; IAMAMOTO, 2009).

Iamamoto (2009) apresenta uma discussão sobre o exercício profissional que se realiza pela mediação do trabalho assalariado. Para a autora há um dilema posto, uma vez que o profissional dispõe de uma relativa autonomia na direção das ações profissionais, reconhecida socialmente por possuir uma formação acadêmica de nível superior e de um aparato legal e organizativo condizente a uma profissão liberal. Por outro lado, ser um trabalhador assalariado condiciona sua relativa autonomia ao poder dos empregadores e às condições

externas na condução de seu trabalho assim como também limita a implementação de seu projeto profissional. A autora considera que, no cotidiano de trabalho, essa dificuldade tende a induzir os profissionais a um distanciamento entre projeções e realidade, entre a teoria e a prática. Nesse sentido, Iamamoto (2009, p. 13-14) destaca que:

O assistente social é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um “trabalho complexo”, nos termos de Marx (1985). Essa mercadoria força de trabalho é uma potência, que só se transforma em atividade – em trabalho – quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizado pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização desse trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais. O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/ empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Também a relação que o profissional estabelece com o objeto de seu trabalho – as múltiplas expressões da *questão social*, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha – depende do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas. Como se pode observar, existe uma ingerência direta, de parte dos empregadores, na definição do trabalho profissional, na contramão de sua integral autonomia. Entretanto, os componentes universais envolvidos na realização de todo trabalho, qualquer que seja a sua natureza – meios, objeto e o próprio trabalho –, também se repõem no trabalho do assistente social, ainda que sob condições determinadas.

Sendo assim, Iamamoto (2009) aponta que na atuação específica desse profissional existe uma força contrária e permanente entre o trabalho submetido ao domínio do empregador, as demandas da população e a relativa autonomia do Assistente Social para traçar o seu exercício cotidiano de ações. O conjunto de determinantes externos impõe limites à execução de um projeto profissional que é coletivo e, ampliar possibilidades de trabalho em direção aos princípios éticos e políticos desse projeto, torna-se um considerável desafio que se insere no interior do espaço sócio-ocupacional da categoria. De qualquer forma, tem sido de grande relevância o trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais brasileiros, uma vez que esses profissionais têm se inserido nos processos de elaboração, gestão, monitoramento e avaliação na esfera da Seguridade Social nos diferentes níveis da federação. Tem merecido destaque também, a inserção desses profissionais junto aos Conselhos de Políticas, Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, o que pode possibilitar a potencialização do processo de democratização das políticas sociais públicas. Ainda é necessário apontar que o processo de descentralização dessas políticas tem possibilitado a atuação do Assistente Social na esfera de formulação e avaliação de políticas e de planejamento, gestão e monitoramento, o que requer

novas funções e competências bem como oportunizam ampliar seu espaço ocupacional. A autora afirma ainda que:

Tais inserções são acompanhadas de novas exigências de qualificação, tais como: o domínio de conhecimentos para realizar diagnósticos socioeconômicos de municípios, para a leitura e análise dos orçamentos públicos, identificando seus alvos e compromissos, assim como os recursos disponíveis para projetar ações; o domínio do processo de planejamento; a competência no gerenciamento e avaliação de programas e projetos sociais; a capacidade de negociação, o conhecimento e o *know-how* na área de recursos humanos e relações no trabalho, entre outros. Somam-se possibilidades de trabalho nos níveis de assessoria e consultoria para profissionais mais experientes e altamente qualificados em determinadas áreas de especialização. Registram-se, ainda, requisições no campo da pesquisa, de estudos e planejamento, entre inúmeras outras funções (IAMAMOTO, 2009, p. 31-32).

Quanto ao trabalho do Assistente Social na área da saúde pública, Costa (2000) afirma que o conjunto dos processos de trabalho possui características gerais do trabalho sob o capital, mas apresenta algumas particularidades uma vez que se vincula ao setor de serviços. De qualquer forma, a inserção desse profissional é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Assim, a atuação do profissional de Serviço Social também é determinada pela tensão existente entre as ações tradicionais do modelo médico assistencial-privatista e as proposições contidas no Sistema Único de Saúde, que demandam mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política e exigem novas formas de organização do trabalho em saúde.

Em pesquisa realizada sobre o trabalho do Assistente Social nos serviços públicos de saúde em Natal/RN, Costa (2000) descreve as principais atividades realizadas pela categoria e as organiza em campos de atividades: ações de caráter emergencial; educação e informação em saúde; planejamento e assessoria; mobilização da comunidade. Para o primeiro campo são apontadas atividades voltadas para agilização de internações, exames, consultas extras, tratamentos, obtenção de transportes, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo e estão relacionadas às condições de vida da população e a incapacidade de atendimento das demandas pelos serviços públicos de saúde. No segundo campo, as atividades do Assistente Social consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas ao usuário, à família e à comunidade para esclarecimentos e participação desses atores nos processos de educação em saúde. O terceiro campo de atividades está relacionado ao processo de reorganização do trabalho no SUS quanto ao planejamento local das unidades de saúde, práticas de vigilância em saúde, planejamento e avaliação das ações realizadas nas

unidades, informações sistematizadas aos gestores, treinamento de recursos humanos. No último campo, as atividades do Assistente Social referem-se à mobilização da comunidade, ações educativas para a sensibilização e politização, participação em conselhos distrital, municipal e estadual de saúde.

Costa (2000) aponta ainda os núcleos de objetivação do trabalho do Assistente Social na área da saúde, os quais a autora define como: levantamento de dados para a identificação e caracterização das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários; interpretação de normas e rotinas, procedimentos de natureza educativa, como orientações e encaminhamentos individuais e coletivos; agenciamento de iniciativas de caráter emergencial; desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político junto aos funcionários, gestores e usuários. Ao considerar os resultados de sua pesquisa, a autora destaca que o advento do SUS permitiu o surgimento de um conjunto de práticas para o Serviço Social que são novas e resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos ofícios mais tradicionais da área da saúde. Assim, a objetivação do trabalho do Assistente Social, na área da saúde, tem um importante destaque no que se refere ao estabelecimento de uma comunicação orgânica entre setores, profissões e instituições outrora rompida pela “burocratização e verticalização das ações que se revelam tanto nas relações internas das subunidades do SUS, quanto entre estas e as demais políticas e instituições sociais” (COSTA, 2000, p. 69).

O documento CFESS/CRESS (2010) é uma referência que também aponta algumas características de intervenção do Serviço Social nos diversos programas da saúde pública, tais como Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. No entanto, destaca quatro grandes eixos de atuação dos Assistentes Sociais nessa área que devem ser compreendidos de forma articulada: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Para esse conjunto de atividades, é necessário que as ações profissionais estejam orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos delimitados no projeto profissional do Serviço Social. O mais importante, entretanto, é que o conjunto de atribuições e competências relativas ao profissional de Serviço Social na saúde, descritos no documento referido possam contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais assim como para a viabilização do Sistema Único de Saúde e para o fortalecimento do próprio projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Para abordar algumas especificidades sobre a atuação do Serviço Social nas urgências e emergências será utilizado o trabalho de Vasconcelos (2007) que realizou uma pesquisa sobre a conformação da prática profissional dos Assistentes Sociais na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. Para a autora, a organização do atendimento do Serviço Social nas unidades de saúde baseia-se na forma como essas unidades ordenam a atenção prestada ao usuário, o que muitas vezes não é considerado no planejamento e organização do trabalho dessa categoria. Assim, a atuação do Serviço Social está organizada em plantão ou em composição das equipes multiprofissionais dos programas de saúde. As atividades de plantão são desenvolvidas em hospitais, maternidades e institutos e envolvem os trabalhos na emergência e/ou nas enfermarias e, portanto, serão aqui apresentadas visto tratar-se do objeto desse estudo.

Dessa forma, Vasconcelos (2007) encontrou em sua pesquisa, que a maioria dos espaços físicos do plantão de Serviço Social nas diversas unidades de saúde, limita-se a salas muito pequenas, sem ventilação e sem condições de respeito à privacidade e ao sigilo profissional, em que a maioria dos profissionais entrevistados avaliou como um espaço físico inadequado. Quanto às atividades dos plantões, são realizadas nessas salas específicas ou nas enfermarias, ao lado dos leitos dos internados na emergência e com a presença ou não de seus familiares. A autora destaca que as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas enfermarias são as mesmas do plantão, em que o usuário é recebido, ouvido e encaminhado para recursos externos ou internos à unidade de saúde. As demandas do plantão são atendidas individualmente com orientações diversas, tais como: Previdência Social, documentação, realização de exames, aconselhamento; encaminhamentos internos: programas, projetos, recursos e/ou serviços da unidade; encaminhamentos externos: Previdência Social, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais; esclarecimentos; informações; providências; apoio; aconselhamento. Dessa forma, a visão de Vasconcelos (2007; pg. 170) sobre o trabalho de Assistentes Sociais no plantão delinea-se assim:

Reduz-se a uma prática burocrática, não assistencial (visto que prioriza respostas a demandas por informação e orientação pontuais e não por recursos materiais, capacitação, organização...). Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta/encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição, referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos como direito social. Uma prática que, se atende alguns dos interesses e necessidades imediatos dos usuários, como um fim em si mesmo, contribui para impedir e/ou dificultar a capacitação para

uma participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo, a democratização de informações e saber e o controle social.

Sendo assim, cabe questionar que trabalhos acadêmicos têm sido produzidos nos últimos dez anos que podem contribuir para a reflexão sobre as ações do Assistente Social nas urgências e emergências do Sistema Único de Saúde? Qual é o caráter de atuação do Serviço Social nesse nível de atenção em saúde? No próximo capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica sobre trabalhos acadêmicos anteriores publicados em periódicos específicos do Serviço Social e em anais de eventos da categoria que abordam a atuação do Assistente Social na urgência e emergência do SUS.

3. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS

Esse capítulo objetiva apresentar os resultados da pesquisa com base na discussão teórica realizada nos capítulos anteriores. Para isso, foi dividido em dois itens em que o primeiro refere-se a indicações metodológicas realizadas para a investigação com a descrição dos achados e o processo metodológico de leitura, organização e análise do material de pesquisa.

O segundo item apresenta a análise das publicações selecionadas para a pesquisa, a partir da identificação de elementos ético-políticos e elementos do processo de trabalho do Assistente Social nas unidades de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde mediante o levantamento e estudo dos textos publicados nos periódicos da área e dos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social e dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais dos últimos 10 anos.

3.1 Indicações metodológicas para a investigação

Nesse item apresenta-se o processo e o resultado de um levantamento realizado em periódicos do Serviço Social e em Anais de Eventos da Categoria sobre produções que abordem o trabalho do Assistente Social na área de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde nos últimos dez anos (2003 a 2012). É importante destacar que a produção de Marsden (2006) foi a base de referência metodológica para a confecção desse item e representou uma importante opção para a sistematização realizada aqui, uma vez que trabalhos científicos contribuem para o enriquecimento de outros trabalhos, num processo contínuo de construção e revisão crítica.

Foi uma escolha inicial pesquisar artigos sobre o trabalho do Assistente Social na urgência e emergência do SUS por meio do periódico *Revista Serviço Social e Sociedade*, por ser online e, portanto, facilitar e agilizar o processo de pesquisa. Após, optou-se incluir a *Revista Textos e Contextos* da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como uma forma de ampliar a possibilidade de achados sobre produções acadêmicas que versassem

a respeito do tema em questão. Também se apresentam, nessa revisão, os relatos de experiência produzidos em Anais dos seguintes congressos do Serviço Social: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Após definição das fontes de pesquisa bibliográfica buscou-se elencar palavras-chave que estivessem presentes nos títulos dos trabalhos contidos nos periódicos e anais citados, a fim de selecionar os artigos e relatos para a leitura e possível relação com o objeto desse estudo. A lista de palavras-chave foi elaborada a partir da discussão teórica realizada nos capítulos anteriores. Assim, foram estabelecidas 14 (catorze) palavras-chave: Assistente Social, Serviço Social, Trabalho, Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Serviços de Saúde, Área de Saúde, Atendimento em Saúde, Emergência, Urgência, Saúde Hospitalar, Hospital, Plantão, Plantão Social.

Após a seleção das palavras-chave a serem utilizadas no levantamento dos artigos, acessou-se os endereços eletrônicos dos periódicos citados e buscou-se cada uma dessas palavras ou a combinação entre elas nos títulos dos artigos produzidos no período de 2003 a 2012, avaliando-se a possível relação com o assunto pesquisado a partir da leitura dos resumos dos artigos. Após o levantamento dos artigos por palavras-chave contidas nos títulos produzidos nos últimos dez anos, alcançou-se uma seleção de 04 (quatro) trabalhos científicos na *Revista Serviço Social e Sociedade* e 02 (dois) na *Revista Textos e Contextos*. O Quadro 1 apresenta a quantidade total de produções por periódico e por ano e a quantidade de artigos selecionados que podem ter relação com o objeto da pesquisa.

Quadro 1: Quantidade total de artigos publicados e de artigos selecionados para a pesquisa

Periódico	Ano	Total de Artigos Publicados	Total de Artigos Selecionados
Revista Serviço Social e Sociedade	2010	32	03
	2011	35	01
	2012	32	-
Revista Textos e Contextos	2003	24	01
	2004	18	-
	2005	20	-
	2006	25	-
	2007	27	01
	2008	21	-
	2009	23	-
	2010	31	-
	2011	30	-
	2012	30	-
Total		348	6

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na seleção das publicações contidas nos Anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) e dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) também foi realizada uma busca pelas palavras-chave selecionadas presentes nos títulos dos trabalhos e que tivessem alguma relação com o objeto pesquisado. No entanto, a busca foi realizada em CDs contendo os Anais dos congressos consultando os artigos em arquivos eletrônicos. No que se refere aos trabalhos dos congressos referidos e realizados nos últimos dez anos, foram selecionados 13 (treze) produções nos Anais do CBAS e 36 (trinta e seis) nos Anais do ENPESS. O Quadro 2 apresenta a quantidade total de publicações por evento e por ano e a quantidade de trabalhos selecionados que podem ter relação com o objeto da pesquisa.

Quadro 2: Quantidade total de publicações e de publicações selecionadas para a pesquisa

Evento	Ano	Total de Publicações	Total de Publicações Selecionadas
CBAS	2004	983	3
	2007	835	6
	2010	1132	4
ENPESS	2004	546	9
	2006	745	3
	2008	852	3
	2010	1293	10
	2012	1343	11
Total		7729	49

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com o objetivo de organizar e apresentar o material pesquisado, após a análise dos títulos dos artigos e relatos de experiência montou-se o Quadro 3 que contém os artigos selecionados dos periódicos pesquisados e o Quadro 4 que abrange as produções dos anais dos congressos ENPESS e CBAS. No primeiro quadro consta uma coluna para cada um dos seguintes dados: periódico, ano de publicação, volume e número, título do trabalho, autores, endereço eletrônico, páginas. Já no segundo, as colunas referem-se a: anais, ano do evento, título do trabalho, autores, páginas.

Quadro 3: Artigos identificados nos periódicos

Periódico	Ano	Vol. e Nº	Título do Trabalho	Autores	Endereço Eletrônico	Páginas
Revista Serviço Social e Sociedade	2010	s/v, Nº 102	A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações	Andréa B. Simão, Fernanda dos Santos, Liane F. Oliveira, et al	http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a09n102.pdf	352- 364
	2010	s/v, Nº 103	Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos	Francis Sodré	http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a04n103.pdf	453-475
	2010	s/v, Nº 103	Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes	Fernanda de Oliveira Monteiro	http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a05n103.pdf	476-502
	2011	s/v, Nº 107	O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos	Maria Lúcia Martinelli	http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/07.pdf	497-508
Revista Textos e Contextos	2007	Vol. 6, Nº 1	A Reprodução Social da Saúde: referências ao processo de trabalho em Serviço Social em uma residência integrada em saúde	Marisa Camargo	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1056/3233	81-92
	2003	Vol. 2, Nº 1	As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde	Keli Regina Dal Prá	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/965/745	1-15

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 4: Artigos identificados nos Anais

Anais	Ano	Título Do Trabalho	Autores	Páginas
CBAS	2004	“Rodas De Debates Sobre A Prática Profissional Do Assistente Social Em Saúde Do Município De Aracaju- Um Projeto De Educação Permanente Centrado No Núcleo Profissional”	Aida Celeste De Brito Ana Cláudia Oliveira Pimenta Sandra Helena Silva Barreto	1- 4
CBAS	2004	O Desafio Da Inserção Do Serviço Social Num Ambiente Hospitalar- Notas De Experiência	Vera Lúcia Honório Dos Anjos	1- 4
CBAS	2004	Perda Da Identidade Civil-O Resgate À Cidadania	Adalina D. De Freitas; Maria Isabel S.Aparecido; Silvana C. Kohn; Et Al.	1- 4
CBAS	2007	Ações Humanizadas De Saúde Hospitalar: O Papel Pedagógico Do Assistente Social No Hospital Adriano Jorge Em Manaus	Rosiane Pinheiro Palheta	1
CBAS	2007	As Condições De Trabalho E Saúde Dos Trabalhadores De Um Hospital Público De Emergência: O Reflexo Da Crise Na Saúde Do Rio De Janeiro	Monica Simone Pereira Olivar	1
CBAS	2007	Atuação Do Serviço Social No Hospital Municipal Paulino Werneck	Cristiane Capistrano, Eda Maria Belém, Eliane Mendes, et AL	1
CBAS	2007	O Serviço Social Na Área Da Saúde	Aline Martins De Mello, Amábilie Augusta Minato, Danieli Ayres Martinuzzi, Et Al	1
CBAS	2007	O Serviço Social Na Sala De Espera Do Hospital Universitário	Argéria Maria Narciso, Carmem Lúcia Lázaro Garcia, Susy Meire B. Dos Santos, Et Al.	1
CBAS	2007	Reflexões Sobre O Processo De Trabalho Na Saúde E Suas Implicações No Cotidiano Profissional Do Serviço Social, Na Realidade Do Hospital Univeristário De Juiz De Fora	Anna Cláudia Rodrigues Alves	1
CBAS	2010	A Humanização Do Atendimento Em Saúde: Reflexões Pertinentes.	Vera Suley Moares Ferreira, Francely Vinhote Aguiar Lemanski	1
CBAS	2010	Sistema Único De Saúde (Sus), Universidade E Concepções Dos Profissionais De Saúde	Ana Maria De Vasconcelos, Aline Maria T. De Aguiar, Valquiria Helena S.Coelho, Et Al.	
CBAS	2010	O Serviço Social Na Área Da Saúde: Uma Reflexão Sobre As Estratégias De Atuação Profissional	Maria Cristina Braga Vieira	
CBAS	2010	Atuação Sócio-Ocupacional Do Assistente Social Na Área Da Saúde Do Município De Natal/Rn	Ionelle A. De Medeiros, Adeilza C. Ferreira, Keilha I. F. De Araújo, Et Al	
IX ENPESS	2004	A Formação Profissional Nos Hospitais Universitários (Hu's) Do Rio De Janeiro O Perfil Dos Assistentes Sociais	Ana Maria De Vasconcelos, Adriana Santos Silva, Débora M. Alves, Et Al	1 - 8
IX ENPESS	2004	A Instrumentalidade Do Serviço Social Na Saúde	Machado, Ana S. O. Moreira, Maria Stela S. Honório, Valentina. Et Al	1- 8
IX ENPESS	2004	“A Ordem Negociada Como Uma Face Do Empoderamento No Âmbito Da Saúde Pública”	Angela Maria Hygino Range11	1- 8
IX ENPESS	2004	A Trajetória Do Serviço Social Na Área Da Saúde Em São Paulo: 1940/1999	Marsiglia, R.M.G,	1- 12
IX ENPESS	2004	Norma Operacional De Assistência À Saúde: Limites E Desafios	Jaira Calil Siqueira De Oliveira	1- 10
IX ENPESS	2004	O Serviço Social E A Consolidação Do Sistema Único De Saúde – Sus	Keli Regina Dal Prá	1- 8
IX ENPESS	2004	O Serviço Social Na Saúde Na Atualidade: Principais Desafios	Maria Inês Souza Bravo Maurílio Castro De Matos	1- 8

IX ENPESS	2004	Os Caminhos Da Alta Complexidade No Sistema Único De Saúde – Sus	Daniela Castamann	1- 8
IX ENPESS	2004	Serviço Social, Referências Éticas E Profissões De Saúde	Ana Maria Vasconcelos, Sara T. Ferreira, Juliana S. Menezes, Et. Al	1- 8
X ENPESS	2006	Desvendando As Demandas Para O Serviço Social No Complexo Hospitalar E De Atenção À Saúde Da Ufm, A Partir Dos Anos 90: Limites E Desafios	Suely De Oliveira Bezerra	533-540
X ENPESS	2006	O Acesso Aos Serviços De Saúde Como Direito Social E Cidadania: Concepções, Significados E Práticas	Vania De Santana Leão Simone De Jesus Guimarães	699-706
X ENPESS	2006	Reflexos Da Precarização Do Trabalho Do Assistente Social Na Área De Saúde: Um Olhar Sobre A Prática Profissional No Instituto Fernandes Figueira	Glauca Bezerra Pires Helenice Pereira Melo De Almeida	731-740
XI ENPESS	2008	A utilização do Planejamento Estratégico pelo Serviço Social: a Experiência Vivenciada no Hospital Orêncio de Freitas-Hof	Valéria dos Santos Noronha Miranda	1-8
XI ENPESS	2008	Hospitais Universitários (Hu's) do Rio De Janeiro e Profissões de Saúde. Perfil e Referências Ético-Políticas dos Assistentes Sociais e Demais Profissionais de Saúde.	Ana Maria de Vasconcelos, Aline Maria Thuller de Aguiar, Valquíria Helena dos Santos et al.	1-8
XI ENPESS	2008	Projeto de Pesquisa Precarização do Trabalho no Setor Público da Saúde em Alagoas	Aline Ferreira Lopes	1-7
XII ENPESS	2010	A Precarização Do Trabalho Dos Profissionais Na Saúde Pública De Alagoas	Maria Alcina Terto Lins	1
XII ENPESS	2010	O Serviço Social E A Democratização Da Informação Em Saúde No Sistema Único De Saúde	Aline Correia De Lira	
XII ENPESS	2010	O Trabalho Desregulamentado: Um Enfoque Nas Particularidades Do Setor Público De Saúde	Lucilia M. Rocha, Moema Amélia S. L. De Souza, Carmem E.D. Rocha	
XII ENPESS	2010	Serviço Social Na Saúde: Análise Das Atribuições Do Assistente Social Numa Unidade Hospitalar.	Marcos Vinicius Santos Silva	
XII ENPESS	2010	Saúde E As Multifaces Do Acesso: Reflexões A Partir Do Relato De Experiência Do Estágio Supervisionado Em Serviço Social Em Um Hospital Universitário.	Anna Karla Nogueira Lopes	
XII ENPESS	2010	O Perfil Do Assistente Social No Cenário Da Saúde Pública	Rosely De Melo Grillo Souza	
XII ENPESS	2010	Dilemas E Desafios Para A Implantação Dos Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Saúde: Um Estudo Sobre A Realidade Do Recôncavo Baiano.	Heleni Duarte Dantas De Ávila, Marcos Vinicius Santos Silva, Ana Carla Damasceno Bras, Et Al	
XII ENPESS	2010	O Assistente Social Como Trabalhador Da Saúde.	Taciani Pelizaro Cintra E Oliveira	
XII ENPESS	2010	A Atuação Do Serviço Social Na Saúde	Jussara F. Sousa, Almira Cavalcante, Alessandra S. Pereira et AL	
XII ENPESS	2010	A Dualidade Do Sistema De Saúde Brasileiro E Os Desafios Para O Serviço Social	Josilene Paulino Da Fonseca, Josimeire De Omena Leite	
XIII ENPESS	2012	As Demandas Sociais Na Saúde E A Medicalização Do Social	Michelly Laurita Wiese	1-11
XIII ENPESS	2012	O Caminho De Volta- Uma Análise Sobre A Prática Dos Assistentes Sociais Em Uma Emergência De Grande Porte	Eliane Santos Assis	1-11
XIII ENPESS	2012	O Espaço Sócio-Ocupacional Do Assistente Social Na Saúde- Discutindo A Realidade Do Município De Campina Grande E João Pessoa –Pb.	Moema Amélia S. L. De Souza, Karolayne R. De Góes, Juliana Kelly D. Da Silva, Et. Al	1-09
XIII ENPESS	2012	O Exercício Profissional Dos Assistentes Sociais No Setor Da Emergência – [Refletindo Sobre] As Possibilidades De Materialização Do Projeto Ético-Político Da Profissão	Ingrid Adame Moreira	1- 12
XIII ENPESS	2012	O Processo De Trabalho Em Saúde E As Requisições Para O Serviço Social_ Notas Para Formação Profissional	Líria Maria Bettiol Lanza	1- 10
XIII ENPESS	2012	O Trabalho Profissional Dos Assistentes Sociais Na Área Da Saúde Em Santos (SP)	Priscila Fernanda G. Cardoso, Priscila Greice Dos S. Cabral	1- 11
XIII ENPESS	2012	Os Assistentes Sociais Que Atuam Na Área Da Saúde No Município De Duque De Caxias - RJ- O Estudo Do Perfil Profissional	Naitê Guedes Gomes	1- 11
XIII ENPESS	2012	Os Fundamentos Teóricos- Metodológicos E A Prática Profissional Do Assistente Social Na Área Da Saúde	Mariana Monteiro De Castro E Castro	1- 10
XIII ENPESS	2012	Reestruturação Dos Hospitais Universitários Federais E As Contrarreformas Da Saúde	Núbia Lemos Da Silva	1- 11
XIII ENPESS	2012	Reflexões Sobre A Inserção De Assistentes Sociais No Espaço Sócio-Ocupacional Da Emergência.	Ingrid Adame Moreira	1- 11
XIII ENPESS	2012	Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde Hospitalar (Rimush)- Análise De Experiência Em Um Hospital Universitário	Ana Paula R. S. Miranda, Carla M. F. Lucena, Saionara Ferreira Araújo Dos Santos	1- 09

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após essa seleção, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos dos periódicos bem como dos resumos ou das introduções das publicações contidas nos anais. Sendo assim, totalizou-se o acesso e a leitura de 49 (quarenta e nove) trabalhos que pudessem apresentar experiências sobre a atuação do Assistente Social na urgência e na emergência do Sistema Único de Saúde. Concluída a leitura desse material, apenas 3 (três) publicações apresentavam

relatos sobre a prática e inserção desse profissional nesse nível de atenção do SUS, sendo 2 (dois) trabalhos encontrados nos Anais dos CBAS e 1 (um) nos Anais do ENPESS Quanto aos periódicos, não houve produção condizente ao objeto da pesquisa. Os trabalhos selecionados constam no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5: Artigos selecionados acerca da atuação do Serviço Social em Urgência e Emergência do SUS

Anais	Ano	Título Do Trabalho	Autores	Páginas
CBAS	2004	O Desafio Da Inserção Do Serviço Social Num Ambiente Hospitalar- Notas De Experiência	Vera Lúcia Honório Dos Anjos	1- 4
CBAS	2007	Reflexões Sobre O Processo De Trabalho Na Saúde E Suas Implicações No Cotidiano Profissional Do Serviço Social, Na Realidade Do Hospital Universitário de Juiz De Fora	Anna Cláudia Rodrigues Alves	1
XIII ENPESS	2012	O Caminho De Volta- Uma Análise Sobre A Prática Dos Assistentes Sociais Em Uma Emergência De Grande Porte	Eliane Santos Assis	1-11

Fonte: Elaborado pelo autor.

As produções científicas listadas no Quadro 3 tiveram todo seu conteúdo lido, pesquisado e organizado conforme os indicadores de pesquisa construídos a partir do referencial teórico. O conteúdo desta análise será apresentado no item a seguir.

3.2 O trabalho do Assistente Social na área de urgência e emergência do SUS: uma análise das produções acadêmicas e relatos de experiência

Neste item serão apresentados os resultados identificados no material de pesquisa quanto aos elementos ético-políticos e aos elementos do processo de trabalho do Assistente Social e organizados em indicadores construídos a partir do referencial teórico apresentado nos dois primeiros capítulos.

Como já citado anteriormente, 3 (três) produções acadêmicas foram identificadas para essa análise, em que a primeira produção apresentou relato sobre o trabalho de um Hospital Regional de autoria de Anjos (2004), a segunda, de autoria de Alves (2007) abordou a experiência de um Hospital Universitário e a terceira, a autora Assis (2012) analisou a atuação profissional na urgência e emergência um Hospital de Grande Porte. É importante ressaltar que todas as três produções abordaram ações do Assistente Social na Urgência e Emergência,

mas sempre relacionado ao cotidiano hospitalar, ou seja, esses serviços estavam localizados no interior de um Hospital. Essa realidade difere da vivência de estágio no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras/RJ, visto que o serviço de urgência e emergência funciona em localização diferente e distanciada da unidade hospitalar.

3.2.1 Elementos ético-políticos

Quanto aos elementos ético-políticos, os indicadores de pesquisa elencados para a análise do material foram:

- Identificar no cotidiano institucional e no fazer profissional a existência de concepções relacionadas ao projeto privatista;
- Identificar no cotidiano institucional e no fazer profissional a existência de concepções do projeto da reforma sanitária brasileira;
- Identificar se o trabalho profissional contribui para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais assim como para a viabilização do sistema único de saúde;
- Experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde;
- Inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho em saúde;
- Sistematização da prática profissional do serviço social na urgência e emergência em saúde;
- Identificar se o trabalho profissional contribui para fortalecimento do próprio projeto ético-político do serviço social brasileiro.

O primeiro indicador de pesquisa foi a identificação da existência de concepções relacionadas ao projeto privatista no cotidiano institucional. Em todos os trabalhos foram encontradas características desse projeto no dia a dia da instituição e, mais especificamente, no setor da emergência. Os profissionais têm se deparado com formas racionalizadas e racionalizadoras dos serviços sociais, numa realidade de cultura de especializações que valorizam os procedimentos em detrimento do cuidado longitudinal, numa lógica hospitalocêntrica. Também é um fato vivenciado por eles, a superlotação das emergências, em que um número muito superior de usuários ao que é indicado para o espaço físico, para os

recursos materiais e humanos localiza-se nas unidades de saúde. Como por exemplo, o que foi citado no trecho a seguir:

Diante, desse quadro, composto por uma população empobrecida material e espiritualmente, um serviço degradado e degradante, um conjunto de funcionários sobrecarregados, mal preparados e mal remunerados, um espaço físico opressor e superlotado, comumente as pessoas perdem a calma e despejam parte de sua revolta nessa emergência. Uma criança que chega à emergência desacompanhada dos pais, ou demonstrando situações de maus tratos, imediatamente é acionado o Serviço Social. A instituição demanda a presença do profissional, não com o objetivo de assegurar o direito daquela criança, mas porque tal situação demonstra uma espécie de anormalidade que pode vir a abalar o “bom” andamento da instituição (ASSIS, 2012, p.7).

Dessa forma, as experiências mostram que o modelo médico assistencial-privatista contrário ao modelo de atenção integral em saúde defendido pelo movimento de Reforma Sanitária, ainda é muito fortemente presente no cotidiano dos serviços de saúde e, principalmente, na urgência e emergência. Sendo assim, a partir da manutenção desse modelo, do sucateamento dos serviços públicos de saúde e do baixo investimento no setor é possível afirmar que os ideais neoliberais têm prevalecido em detrimento dos ideais defendidos e preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Outro indicador pesquisado refere-se às concepções do projeto privatista no fazer profissional do Assistente Social. Na maior parte dos trabalhos foram encontrados relatos concernentes a esse indicador. Tais achados apontam que na emergência, os Assistentes Sociais não tem utilizado instrumentos de trabalho que permitam um trabalho pró ativo e uma visualização integral do usuário por toda a equipe de saúde. Ao invés disso, os profissionais somente identificam as demandas quando são solicitados pela própria população ou por outros profissionais de saúde o que torna o Serviço Social muito demandado, mas sem um planejamento do trabalho em saúde e em equipe multiprofissional. Quanto aos instrumentos de trabalho, “os principais instrumentos de comunicação entre os dois grupos são os livros pretos: um para a emergência, um livro de acompanhante e um livro da ‘rotina’” (ASSIS, 2012, p.9). Nessa área de atuação os profissionais têm dificuldades para realizar reunião de equipe, como aponta Assis (2012, p.9):

As raras reuniões de equipe realizadas são feitas em separado, ou seja, é feita uma reunião com profissionais da emergência e outra reunião com os profissionais do hospital, não se prevê um momento de troca entre as duas equipes sobre os assuntos debatidos. Em situações excepcionais, de segunda a sexta-feira em horário comercial, acontece – eventualmente – uma interação direta entre os profissionais, eles se encontram para tratar uma ou outra transferência de paciente, mas essa troca de informações é realizada diversas vezes por telefone.

Outra questão apresentada é a sobrecarga dos Assistentes Sociais na emergência, visto que precisam por vezes se dividir para dar conta do trabalho do setor específico e também da unidade hospitalar, em horários noturnos, finais de semana e feriados. Como citado no seguinte trecho:

A emergência conta com 32 profissionais divididos em plantões diários de 24 horas dos quais, quatro, que se revezam em plantões noturnos. Além da diversidade de situações que se apresentam sempre carregada de emoções diferenciadas e intensas na emergência, precisam responder às demandas do Serviço Social em todo o hospital às noites e finais de semana (ASSIS, 2012, p.9).

Esses dados mostram que a perspectiva do projeto privatista na saúde além de sucatear os recursos financeiros e materiais, tem induzido pouco investimento nos recursos humanos da saúde, inclusive na categoria de Serviço Social. No que concerne especificamente ao Assistente Social e sua atuação na urgência e emergência, os achados apontam uma sobrecarga de trabalho e pouca iniciativa dos profissionais em desempenhar atividades que envolvam o trabalho em equipe, planejamento de instrumentais técnicos e organização de um processo de trabalho mais propositivo, o que poderia fortalecer no cotidiano profissional, a proposta de saúde integral do Projeto de Reforma Sanitária.

Quanto ao indicador de concepções do projeto de Reforma Sanitária presente no cotidiano institucional, a maior parte das produções continha dados que confirmam sua existência. Como exemplos, pode-se citar o trabalho de Anjos (2004, p.1), onde mostra que se organizou no Hospital Regional “uma equipe que, em nível de colegiado assegure um suporte técnico eficiente e adequado. Foi uma tarefa inédita para a equipe do HRR, que teve como desdobramento um novo desafio: registrar e divulgar a experiência para além dos espaços institucionais.” O relato de Alves (2007, p.7) transcrito abaixo, mostra que se têm buscado no espaço institucional trabalhar em prol da construção do modelo de atenção em saúde proposto no SUS, por meio da interdisciplinaridade, para um processo de intercâmbio entre os diferentes saberes em torno de objetivos comuns:

O espaço hospitalar, tradicionalmente organizado de modo a priorizar a formação médica, seguindo o modelo conservador flexneriano, começa a demonstrar sinais de mudança, na medida em que vem assumindo tarefas, até então, atribuídas exclusivamente às unidades de nível primário, como o desenvolvimento de projetos educativos, ampliando sua missão, bem como sua assistência.

Pode-se afirmar dessa forma, que apesar de ser forte a indução de medidas do projeto privatista de cunho neoliberal no cotidiano institucional, algumas ações pontuais estão sendo implementadas nas unidades de saúde citadas nos trabalhos pesquisados. As atividades presentes nos dados da pesquisa apresentam iniciativas que podem contribuir para o

fortalecimento do novo modelo de atenção em saúde defendido nos pressupostos da Reforma Sanitária.

As concepções do projeto de Reforma Sanitária no cotidiano do fazer profissional do Assistente Social, outro indicador utilizado na pesquisa, também estiveram presentes na maior parte dos trabalhos publicados. Apreendeu-se na publicação de Anjos (2004) que o setor de Serviço Social elaborou Regimento, Protocolo de Normas e Rotinas e fluxos dos atendimentos buscando um planejamento prévio do trabalho bem como uma visibilidade e troca com os outros profissionais de saúde.

Nesse contexto, o Serviço Social organiza sua prática que se expande por todos os setores do Hospital, tendo sua estrutura de serviços pautada nos atendimentos ambulatoriais, urgência/emergência e unidade de internação, pretendendo estender suas ações na área de Saúde Ocupacional, onde o eixo de ação está centrado na abordagem individual/grupal/familiar e abrange, do ponto de vista coletivo, a dimensão social do processo saúde/doença, a partir de uma postura crítica sobre a política de saúde. Esta proposta foi conduzida, firmando estratégias e as grandes atribuições dos profissionais de Serviço Social, no sentido de padronizar o exercício profissional e garantir a sua manutenção, buscando uma unidade de conduta (ANJOS, 2004, p.2).

Na experiência de trabalho do hospital universitário, citou-se que o Serviço Social tem desenvolvido um trabalho que busca superar a concepção biomédica dos serviços emergenciais, a partir da busca de um trabalho conjunto com outros profissionais de saúde, considerando a dimensão multifatorial do processo-saúde doença. Assim, Alves (2007, p.6) pontuou:

Embora as demandas mais recorrentes ao Serviço Social, principalmente nos hospitais, sejam de natureza imediata/emergencial, há que se ter clara a necessidade de se problematizar essas demandas aparentemente burocráticas, de modo a redimensioná-las, através da construção de novas práticas de saúde.

Observou-se, a partir desses dados, que os profissionais de Serviço Social, têm se esforçado em desenvolver algumas ações que procuram sistematizar a prática e organizar suas atribuições tanto nos aspectos internos do setor como em conjunto com outros profissionais de saúde. As iniciativas nesse sentido são importantes, pois possibilitam reforçar no cotidiano do fazer profissional a busca por um equilíbrio em relação ao descompasso da profissão na luta pela assistência pública em saúde apontada por Bravo (2007), ou seja, permitem aos Assistentes Sociais interligar os pressupostos da Reforma Sanitária com respostas concretas na prestação de um serviço de saúde com mais qualidade para a população conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

O indicador defesa das políticas públicas de saúde e viabilização do SUS esteve presente na maior parte das publicações. Na produção de Alves (2007) verificou-se que o Serviço Social tem assumido uma posição que busca uma sintonia com o conceito ampliado de saúde, orientando-se pelos pressupostos de modelos que primam pela “discussão da saúde como qualidade de vida e priorização da humanização, acolhimento e vínculo na organização dos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações”. (ALVES, 2007, p. 5).

Por meio das ações do Serviço Social, Anjos (2004), apontou que apesar do desafio para a construção de diferentes espaços rumo às conquistas de direitos de cidadania, é possível observar uma prática profissional competente e comprometida a partir de:

Uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, na perspectiva de repetição mecanizada sem reflexão e análise; bem como a competência para propor e negociar. Supõem também ir além das rotinas institucionais, buscando apreender o movimento da realidade, atribuindo uma base técnica científica às atividades de atenção à saúde, inserindo no campo da defesa e da realização de direitos de cidadania. A busca pela aproximação dos segmentos que compõem a rede de serviços que resulte numa construção coletiva tem sido uma constante, considerando no movimento da realidade as peculiaridades e contradições existentes. Tal processo pressupõe a responsabilidade de todos os envolvidos na composição do Sistema Único de Saúde – SUS (ANJOS, 2004, p. 2-3).

Nesse sentido, os achados da pesquisa identificam que, apesar de existir dificuldades na defesa das políticas públicas e na viabilização dos pressupostos do Sistema Único de Saúde, algumas intervenções do Serviço Social têm sido realizadas. Assim, compreende-se que a categoria tem caminhado em direção ao que apontam Bravo e Matos (2007) e o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010), na busca de uma ação articulada aos outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde e formulando estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Dessa forma, empreende-se um trabalho do Assistente Social que considera o projeto ético-político profissional articulado ao projeto da Reforma Sanitária.

A garantia dos direitos sociais e o fortalecimento da participação social a partir do trabalho do Assistente Social foi outro indicador da pesquisa. Na maioria dos trabalhos observaram-se ações relacionadas a esse indicador, como por exemplo, a citação de Anjos (2004, p. 2) que diz:

Para que nosso trabalho possa se efetivar é necessário que se acesse e articulemos outras políticas públicas e/ou sociais bem como instituições que envolvam direitos de cidadania, exigindo do assistente social uma prática baseada na razão crítica e na compreensão dos usuários como sujeitos de suas histórias de vida.

Ainda sobre esse aspecto, o trabalho sobre o hospital universitário apontou que:

O trabalho informativo do Serviço Social acerca dos direitos dos usuários ocorre tanto em abordagem individual (entrevista junto ao leito ou durante as consultas) quanto coletivamente, através do trabalho com grupos, isto é, com o desenvolvimento de projetos/programas de cunho socioeducativo e interdisciplinar. Tais projetos, voltados ao público, possuem uma metodologia de troca de informações, experiências, vivências entre equipe profissional, usuários e seus familiares (acompanhantes e cuidadores) (ALVES, 2007, p.5).

Essa realidade mostra que os profissionais de Serviço Social estão desafiados e, conseguem por meio do seu trabalho, organizar algumas frentes de luta pela defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que estas ferem os direitos e as conquistas da população.

Experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde também foi um indicador pesquisado. Em todos os trabalhos foram localizadas atividades a esse respeito. Anjos (2004, p.2) apontou que “há uma abordagem individual com os usuários sobre o processo de adoecimento e sobre a efetivação dos seus direitos em um sistema público e universalizado”. Essa abordagem é denominada de acolhimento, em que todo o usuário recebe orientações diversas sobre a rotina institucional, direitos dos usuários e familiares, como também encaminhamentos necessários ao atendimento de suas demandas. Esse fato aponta que a presença do Assistente Social na política de saúde reforça a importância de se valorizar os aspectos sociais para além de aspectos apenas biológicos, o que está em conformidade com o que é preconizado no modelo de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde.

Ainda quanto a esse indicador, a produção de Alves (2007, p.7) sinalizou que:

O processo de trabalho do Serviço Social, única ciência social aplicada na área da saúde, vem sendo configurado por demandas tanto de cunho sócio-político, com projetos, muitas vezes, encabeçados pelo Serviço Social, que zelam pela resolutividade das ações de saúde, quanto de natureza individual/emergencial, decorrentes da precarização das condições de vida e de trabalho da população, engendrada pela atual política econômica do governo. Mesmo diante dessa contradição, verificou-se que o setor orienta suas ações com vistas à efetivação de novos modelos de atenção à saúde, através de uma postura participativa e questionadora nesse espaço.

Dessa forma, os dados apontam que a grande diversidade de demandas impostas ao Assistente Social na urgência e emergência torna necessário um profissional conhecedor acerca das diferentes manifestações da questão social bem como das estratégias de enfrentamento oferecidas pelo Estado e outras organizações. Sendo assim, conforme o

documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010), os Assistentes Sociais precisam lutar por transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, que só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. No que se trata da ampliação da democracia na saúde, as ações relatadas nos trabalhos parecem caminhar nesse sentido.

A profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho em saúde foi outro indicador presente na pesquisa. Verificou-se no trabalho de Anjos (2004, p.2) a seguinte citação:

O Serviço Social tende a ser compreendido pela grande maioria como de pouca relevância e expressão, ou seja, de menor status, se é que pode ser mensurado, pois na divisão social do trabalho o Serviço Social não apresenta de imediato e concretamente os resultados que as outras categorias o fazem ou apontam. Soma-se a isso, o fato de que suas especificidades aparentam ser do domínio de todos; todos se acham em condição de indicar ou induzir condutas que o assistente social deve adotar.

Apesar disso, o setor de Serviço Social recebe muitos encaminhamentos internos e externos de outros profissionais, que demonstram o reconhecimento das necessidades sociais dos usuários e solicitação de intervenção por parte da categoria. No entanto, o trecho de Anjos (2004, p.2), apresenta o exemplo de como ainda há dificuldades para reconhecer as atribuições da profissão na divisão social e técnica do trabalho em saúde, e principalmente, na urgência e emergência:

Então, tudo aquilo que se apresenta difícil de conduzir, no âmbito das relações humanas e sociais, como desestruturação familiar, falta de transporte, alimentação, entendimento acerca de uma patologia, acompanhamento e litígio dos cuidados do doente que possui várias esposas, informar sobre o óbito ocorrido, informações à família sobre riscos cirúrgicos a que está exposto o usuário, são situações remetidas ao Serviço Social.

Assim, destaca-se o que foi tratado nos capítulos anteriores sobre a objetivação do trabalho do Assistente Social, na área da saúde. Segundo Costa (2000) a profissão de Serviço Social deve procurar estabelecer uma comunicação orgânica entre setores, profissões e instituições outrora rompida pela “burocratização e verticalização das ações que se revelam tanto nas relações internas das subunidades do SUS, quanto entre estas e as demais políticas e instituições sociais” (COSTA, 2000, p. 69). A partir dos achados da pesquisa, pode-se afirmar que os Assistentes Sociais necessitam de um forte investimento nesse sentido.

Para isso, de acordo com o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010) é necessário que as ações profissionais estejam

orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos delimitados no projeto profissional do Serviço Social. O mais importante, entretanto, é que o conjunto de atribuições e competências relativas ao profissional de Serviço Social na saúde possa contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, assim como para o fortalecimento de uma melhor visibilidade de suas ações profissionais, na divisão social e técnica do trabalho em saúde.

Apenas o trabalho de Anjos (2004) apresentou experiência relacionada à sistematização da prática profissional do Serviço Social, outro indicador pesquisado. Verificou-se que foi um desafio para toda a equipe do setor sistematizar os processos utilizados pela equipe e estruturar o serviço de forma a conduzi-lo de acordo com o envolvimento e preocupações da questão saúde numa dimensão de trabalho com visão crítica. A equipe da emergência conseguiu estabelecer um fluxo de atendimento em que os usuários seriam acolhidos, com orientações diversas sobre direitos sociais e entrega de folheto com direitos e deveres dos usuários, serviços oferecidos, sistemática de atendimento, endereço e telefone da instituição, com destaque para a ênfase no direito ao serviço. A equipe de Serviço Social da urgência e emergência do Hospital Regional elaborou um instrumento específico chamado “Anamnese Social”, que em conjunto com o acolhimento, objetivava fornecer maior visibilidade e sistematização das ações profissionais dos Assistentes Sociais. Contudo, um processo de sucessão de gestores inviabilizou a continuidade desse processo:

Sem o instrumento de Anamnese o trabalho do profissional fica limitado, em que o Assistente Social só conhecerá as necessidades do usuário quando for solicitado, acionado, o que leva a um rompimento, quebrando um pouco a visualização do usuário de forma integral por toda equipe de profissionais que integram a unidade. Por conta dessa condução, o setor de Serviço Social fica sufocado, continua com grande demanda que não lhe é pertinente ou específica de atender aqueles que buscam informações e orientações sobre os serviços, além de reclamações de todos os tipos, procedentes ou não (ANJOS, 2004, p. 4).

Sobre os resultados da pesquisa referente ao indicador de sistematização da prática profissional é importante relacionar à discussão realizada por Guerra (2009) quanto à importância da dimensão técnico-operativa do Serviço Social. Segundo a autora essa dimensão é a forma pela qual a profissão é conhecida e reconhecida, na qual se refletirá sua imagem e autoimagem e, portanto, dará visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação. Assim, é importante que essa dimensão esteja vinculada à dimensão político-ideológica, o que se pode observar no relato de experiência produzido por Anjos (2004), apesar de algumas intercorrências institucionais. No entanto, o resultado da

pesquisa também apontou que esse indicador não esteve presente na maioria dos relatos de experiência, o que pode representar a necessidade de um maior investimento profissional nesse sentido.

Sobre o indicador de fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social, a maior parte das publicações apresentou dados a esse respeito. As experiências revelaram que tem sido uma busca constante a implementação desse projeto, apesar das barreiras que são encontradas no cotidiano profissional. Um exemplo de dificuldade foi citado por Assis (2012), que descreveu ser a atividade rotineira de esclarecimento sobre o papel e a especificidade do setor, uma limitação do tempo disponível para articular e criar estratégias de construção do projeto ético-político. De qualquer forma, os profissionais têm buscado estratégias de operacionalização, utilizando-se “do referencial teórico, do princípio de compromisso com os usuários, considerando a liberdade, democracia, cidadania, justiça, igualdade social e humanização no atendimento”. (ASSIS, 2012, p.7)

O trabalho de Alves (2007) apresentou a existência de dificuldades na elaboração e proposição dos objetivos e atribuições do Serviço Social e seu projeto ético-político na instituição. De qualquer forma, suas ações têm provocado mudanças na própria equipe, ao pensar a instrumentalidade profissional para o alcance de objetivos comuns. Dessa forma, o trecho seguinte representa um exemplo nesse sentido:

O Assistente Social, por ter uma dimensão formativa e assistencial, que favorece, portanto, o surgimento de iniciativas inovadoras que primam pela autonomia dos usuários em seu processo saúde-doença, e que são defendidas pelo Serviço Social em seu cotidiano profissional, considerando o projeto ético-político da profissão (ALVES, 2007, p. 4).

É importante considerar os resultados da pesquisa com o que aponta Iamamoto (2009) sobre o fortalecimento do projeto ético-político no cotidiano profissional. A autora destaca que as ações profissionais estarão limitadas por ser o Assistente Social um trabalhador assalariado e que precisa lidar com as constantes tensões entre o que preconiza o seu projeto ético-político e as suas reais condições de trabalho. Esse fato está presente nas situações relatadas nas produções acadêmicas, embora algumas iniciativas tenham sido implementadas pelos profissionais dessas instituições em prol do fortalecimento do projeto profissional.

3.2.2 Elementos do processo de trabalho

As produções acadêmicas pesquisadas não continham detalhes bem especificados a respeito dessa categoria de análise. Dessa forma, montou-se o quadro de indicadores abaixo para sistematizar o conteúdo encontrado em cada experiência de trabalho do Assistente Social na urgência e emergência das instituições citadas, no que se refere às condições de trabalho e às atribuições e ações profissionais.

Quadro 6: Indicadores referentes aos elementos de organização do processo de trabalho

Elementos de Organização do Processo de Trabalho	Hospital Regional	Hospital Universitário	Hospital de Grande Porte
Condições de trabalho:			
Plantão	Não Especificado	Sim	Sim
Plantão 24h	Não Especificado	Não Especificado	Sim
Nº de profissionais geral	4	9	40
Salas específicas	Não Especificado	Não Especificado	Não Especificado
Sigilo	Não Especificado	Não Especificado	Não Especificado
Recursos disponíveis	Não Especificado	Não Especificado	Não Especificado
Trabalhos na emergência	Assistência ao usuário e familiares no momento de ingresso no hospital para identificar e localizar familiares e responsáveis, orientações, encaminhamentos diversos, transferências de usuários, programar transferências, altas, em conjunto com a equipe de saúde, assegurar retorno ao domicílio e continuidade do tratamento em conjunto com a família.	Não Especificado	Não Especificado
Trabalho enfermarias	Não Especificado	Apenas cita, mas não detalha as ações	Não Especificado
Atribuições e ações profissionais:			
Visita aos leitos	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Com familiares	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Sem familiares	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Recursos internos ou externos	Necessidades Emergenciais - Auxílio-refeição, transportes, hospedagens, medicações e outros. Recursos institucionais da rede e da comunidade existentes em todos os níveis (municipal, regional e federal).	Não Especificado	Não Especificado
Orientação social	Sim	Não Especificado	Não Especificado
Contato com familiares	Sim	Não Especificado	Sim
Parecer Social	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Encaminhamentos	Sim	Não Especificado	Não Especificado
Contra-Referência	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Atendimento individual (Entrevista)	Sim	Sim	Não Especificado
Atendimento coletivo	Não Especificado	Sim	Não Especificado
Atendimento individual e coletivo	Sim	Sim	Não Especificado
Atendimento direto aos usuários	Sim	Sim	Sim
Mobilização, participação e controle social	Sim	Sim	Não Especificado
Investigação	Sim	Não Especificado	Não Especificado
Planejamento e gestão	Sim	Não Especificado	Não Especificado
Qualificação profissional	Não Especificado	Não Especificado	Não Especificado
Assessoria	Não Especificado	Não Especificado	Não Especificado
Supervisão de Estagiários	Não Especificado	Sim (4)	Não Especificado
Treinamento em Serviço (Residência em Saúde)	Não Especificado	Sim (8)	Não Especificado

Fonte: Elaborado pelo autor.

O fato das produções não possuírem mais informações sobre essa categoria de análise limitou um maior conhecimento sobre o cotidiano do processo de trabalho dos Assistentes Sociais nesse nível de atenção do Sistema Único de Saúde, especialmente quanto às possibilidades de análise comparativa. Pode-se, contudo, observar que quanto às condições de trabalho, o Serviço Social atua nessa área por sistema de plantões, por meio de ações na emergência bem como nas enfermarias de observação.

Quanto às atribuições e ações profissionais, os Assistentes Sociais na urgência e emergência do SUS desempenham entrevistas individuais; algumas ações individuais e coletivas, tal como apontou Alves (2007, p.5): “O trabalho informativo acerca dos direitos dos usuários ocorre tanto em abordagem individual (entrevista junto ao leito ou durante as consultas) quanto coletivamente, através do trabalho com grupos”. Também são realizados atendimentos diretos aos usuários sem um planejamento prévio, ou seja, demanda espontânea, como citado por Anjos (2004, p.4): “Por conta dessa condução, o setor de Serviço Social fica sufocado, continua com grande demanda que não lhe é pertinente ou específica de atender aqueles que buscam informações e orientações sobre os serviços, além de reclamações de todos os tipos, procedentes ou não”. Foram localizadas nos trabalhos, algumas ações de mobilização e participação social, como por exemplo, a produção de Alves (2007, p. 5): “os projetos de cunho socioeducativo e interdisciplinar possuem uma metodologia de troca de informações, experiências, vivências entre equipe profissional, usuários e seus familiares (acompanhantes e cuidadores)”.

O único trabalho que apontou ações de planejamento e gestão no âmbito da urgência e emergência refere-se ao de Anjos (2004, p.4):

Foi possível elaborar e propor a função do Serviço Social com a perspectiva de provocar mudanças, pensando a instrumentalidade que se converta em meios/instrumentos para suprir e satisfazer necessidades, alcançando finalidades. Ter o atendimento do setor expresso no fluxo de atendimento do Hospital com acompanhamento sistemático aos usuários (doentes ou não e seus familiares) foi muito importante.

Nesse nível de atenção, os profissionais têm desempenhado ações de encaminhamentos, pareceres sociais, orientação social e contato com familiares. Apenas o trabalho de Anjos (2004, p.3) apontou a utilização de recursos externos e internos nas intervenções profissionais: “A assistência consiste em apoiar o usuário e sua família no atendimento de suas necessidades emergenciais – auxílio refeição, transportes, hospedagens, medicações e outros; de forma a assegurar o tratamento da saúde/doença em todas as fases”.

Quanto aos recursos é importante citar Guerra (2009), que os relaciona à criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, a partir de formas de regulação e benefícios sociais pelo Estado burguês e por meio dos quais o Assistente Social se utilizará na realização de suas atribuições socioprofissionais. Dessa forma, esse é um indicador necessário e que, portanto, deve ser considerado em produções acadêmicas que queiram analisar o processo de trabalho do Serviço Social.

É importante ressaltar ainda, que quanto às condições de trabalho, verificou-se uma ausência de informações a respeito do espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência quanto à estrutura física, à garantia do sigilo nos atendimentos realizados e aos recursos disponíveis para as ações profissionais dos Assistentes Sociais nas produções pesquisadas. Já em relação às ações e atribuições profissionais, a limitação de dados referiu-se às ações de investigação, de planejamento e gestão assim como a inexistência de aspectos relacionados à qualificação profissional e à assessoria. Destaca-se ainda, que as ações de formação e ensino apenas foram citadas no âmbito do Hospital Universitário.

De uma forma geral, pode-se dizer que os resultados e análise sobre a categoria dos elementos de processo de trabalho ficaram limitados devido ao reduzido conteúdo nas produções utilizadas nessa pesquisa. Isso remete ao que aborda Guerra (2009) quando diz que a dimensão técnico-operativa da profissão tem sido negligenciada pela atual produção acadêmica, pela formação profissional e pelo debate da categoria. A autora aponta a necessidade de se resgatar discussões a respeito dessa dimensão que questionem suas possibilidades e limites frente às competências e atribuições profissionais e políticas dos Assistentes Sociais. Nesse percurso, Guerra (2009) considera ser imprescindível a articulação entre as múltiplas e diversas dimensões da profissão, que além da técnico-operativa, abarca a teórico-metodológica, a ético-política, a investigativa e a formativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa visou contribuir para uma maior clareza quanto ao trabalho do Assistente Social na urgência e emergência do SUS. Mais especificamente, apresentar as demandas postas a esse profissional e as ações realizadas para seu enfrentamento no sistema público de saúde e em toda a rede de políticas públicas. O interesse pelo tema iniciou-se a partir da experiência de estágio ao longo da graduação, que oportunizou vivenciar o cotidiano de trabalho do Assistente Social no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras/RJ, por três semestres consecutivos. Sendo assim, essa vivência permitiu questionamentos e reflexões sobre as intervenções do Assistente Social nesse serviço e contribuíram para a formulação da questão central dessa pesquisa: quais são as atribuições do Assistente Social na emergência e urgência do SUS considerando a Política Nacional de Saúde?

A partir dessa indagação outras questões também se apresentaram pertinentes e, assim, o presente trabalho esteve articulado em torno do seguinte objetivo geral: identificar elementos do trabalho do Assistente Social nos espaços sócio-ocupacionais da urgência e emergência da Política de Saúde. Os objetivos específicos foram os seguintes: Caracterizar o contexto da Política Nacional de Saúde com destaque para os projetos em disputa e as propostas do gestor federal para a urgência e emergência; Analisar o trabalho do Assistente Social nas Políticas de Saúde; e, identificar e analisar elementos ético-políticos e elementos do processo de trabalho do Assistente Social nas unidades de urgência e emergência mediante o levantamento e estudo dos textos publicados nos periódicos da área e nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos últimos 10 anos.

Sendo assim, o primeiro capítulo apresentou uma discussão teórica e documental sobre o contexto da Política Nacional de Saúde com destaque para os projetos em disputa – o de Reforma Sanitária e o projeto privatista de cunho neoliberal assim como as propostas do gestor federal para a urgência e emergência. Sobre isso é importante destacar que conhecer a realidade dessa disputa torna-se imprescindível para um posicionamento profissional quanto ao fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária quando se considera a saúde como um direito de cidadania fundamental. Esse capítulo também mostrou ser fundamental valorizar o

nível secundário e terciário na organização da rede de atenção em saúde do Sistema Único de Saúde, pois apesar do primeiro nível ser importante para promover mudanças no modelo de atenção preconizado pelo SUS, não se pode desconsiderar a importância do atendimento individual e curativo, por ser complementar às ações da atenção básica e compor a rede de atenção integral em saúde. Assim, é importante que os níveis de atenção secundária e terciária estejam organizados nessa rede de atenção e qualificados para serem capazes de corresponder às reais necessidades de saúde demandadas pela população.

No segundo capítulo discutiu-se, a partir das referências bibliográficas, a inserção do Assistente Social no espaço sócio-ocupacional da saúde e suas referências teórico-metodológicas, ético-políticas, técnico-operativas e regulamentares que embasam o trabalho do Assistente Social nas urgências e emergências do SUS. Nessa discussão foi importante verificar que a disputa entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista encontra-se presente no cotidiano de trabalho dos Assistentes Sociais o que traz grandes desafios aos profissionais nesse sentido. Dessa forma, compreender essa realidade pode oportunizar ao profissional de Serviço Social incorporar e aprimorar práticas que contribuam a favor do fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, com vistas a efetivar o direito social à saúde. Um destaque considerável observado na realização da pesquisa foi a limitação bibliográfica a respeito do processo de trabalho do Assistente Social na saúde, apesar de ser um campo de grande empregabilidade da categoria.

No terceiro capítulo foram apresentados os resultados e a análise do conteúdo pesquisado com base na discussão teórica realizada nos dois primeiros capítulos. No percurso metodológico de investigação verificou-se que, em relação ao tema - o trabalho do Assistente Social na saúde - um número considerável de trabalhos acadêmicos foi produzido na última década. No entanto, em relação ao objeto pesquisado – experiências do fazer profissional no espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência - a quantidade de produções foi pequena, em que apenas três trabalhos puderam ter seu conteúdo analisado para a pesquisa. Destaca-se ainda, que essas produções foram encontradas nos Anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) e dos Encontros de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), excetuando-se os periódicos *Revista Serviço Social e Sociedade* e *Revista Textos e Contextos*, por não terem sido encontrados trabalhos a respeito do objeto de pesquisa.

Em relação aos elementos ético-políticos verificou-se que as experiências mostraram que o modelo médico assistencial-privatista contrário ao modelo de atenção integral em saúde

defendido pelo movimento de Reforma Sanitária, ainda é muito fortemente presente no cotidiano dos serviços de saúde e, principalmente, na urgência e emergência. Sendo assim, a partir da manutenção desse modelo, do sucateamento dos serviços públicos de saúde e do baixo investimento no setor é possível afirmar que os ideais neoliberais têm prevalecido em detrimento dos ideais defendidos e preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Os dados mostraram também que a perspectiva do projeto privatista na saúde além de sucatear os recursos financeiros e materiais, tem induzido pouco investimento nos recursos humanos da saúde, inclusive na categoria de Serviço Social. No que concerne especificamente ao Assistente Social e sua atuação na urgência e emergência, os achados apontam uma sobrecarga de trabalho e pouca iniciativa dos profissionais em desempenhar atividades que envolvam o trabalho em equipe, planejamento de instrumentais técnicos e organização de um processo de trabalho mais propositivo, o que poderia fortalecer no cotidiano profissional, a proposta de saúde integral do Projeto de Reforma Sanitária.

No entanto, apesar de ser forte a indução de medidas do projeto privatista de cunho neoliberal no cotidiano institucional, algumas ações pontuais estão sendo implementadas nas unidades de saúde que podem contribuir para o fortalecimento do novo modelo de atenção em saúde defendido nos pressupostos da Reforma Sanitária. No que se refere ao Serviço Social, observou-se que os profissionais têm se esforçado em desenvolver algumas ações que procuram sistematizar a prática e organizar suas atribuições tanto nos aspectos internos do setor como em conjunto com outros profissionais de saúde. As iniciativas nesse sentido são importantes, pois possibilitam reforçar no cotidiano do fazer profissional a busca por um equilíbrio em relação ao descompasso da profissão na luta pela assistência pública em saúde apontada por Bravo (2007), ou seja, permitem aos Assistentes Sociais interligar os pressupostos da Reforma Sanitária com respostas concretas na prestação de um serviço de saúde com mais qualidade para a população conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

Sobre a defesa das políticas públicas e a viabilização do SUS, os achados da pesquisa identificaram que, apesar de existir dificuldades, algumas intervenções do Serviço Social têm sido realizadas. Assim, compreende-se que a categoria tem caminhado em direção ao que apontam Bravo e Matos (2007) e o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010), na busca de uma ação articulada aos outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde e formulando estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o

direito social à saúde. Dessa forma, empreende-se um trabalho do Assistente Social que considera o projeto ético-político profissional articulado ao projeto da Reforma Sanitária.

Os dados também apontaram uma grande diversidade de demandas impostas ao Assistente Social na urgência e emergência e que torna necessário um profissional conhecedor acerca das diferentes manifestações da questão social bem como das estratégias de enfrentamento oferecidas pelo Estado e outras organizações. Sendo assim, conforme o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010), os Assistentes Sociais precisam lutar por transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, que só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. No que se trata da ampliação da democracia na saúde, as ações relatadas nos trabalhos parecem caminhar nesse sentido.

Sobre os resultados do indicador de sistematização da prática profissional é importante relacionar à discussão realizada por Guerra (2009) quanto à importância da dimensão técnico-operativa do Serviço Social. Segundo a autora essa dimensão é a forma pela qual a profissão é conhecida e reconhecida, na qual se refletirá sua imagem e autoimagem e, portanto, dará visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação. Assim, é importante que essa dimensão esteja vinculada à dimensão político-ideológica. No entanto, o resultado da pesquisa apontou que esse indicador não esteve presente na maioria dos relatos de experiência, o que pode representar a necessidade de um maior investimento profissional nesse sentido.

Quanto aos elementos do processo de trabalho, as produções não possuíam informações consistentes, o que limitou um maior conhecimento sobre o cotidiano do processo de trabalho dos Assistentes Sociais nesse nível de atenção do SUS, especialmente, quanto às possibilidades de análise comparativa. Pode-se, contudo, observar que quanto às condições de trabalho, o Serviço Social atua nessa área por sistema de plantões, por meio de ações na emergência bem como nas enfermarias de observação.

Quanto às condições de trabalho, verificou-se uma ausência de informações a respeito do espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência quanto à estrutura física, à garantia do sigilo nos atendimentos realizados e aos recursos disponíveis para as ações profissionais dos Assistentes Sociais nas produções pesquisadas. Já em relação às ações e atribuições

profissionais, a limitação de dados referiu-se às ações de investigação, de planejamento e gestão assim como a inexistência de aspectos relacionados à qualificação profissional e à assessoria. Destaca-se ainda, que as ações de formação e ensino apenas foram citadas no âmbito do Hospital Universitário.

De uma forma geral, pode-se dizer que os resultados e análise sobre a categoria dos elementos de processo de trabalho ficaram limitados devido ao reduzido conteúdo nas produções utilizadas nessa pesquisa. Isso remete ao que aborda Guerra (2009) quando diz que a dimensão técnico-operativa da profissão tem sido negligenciada pela atual produção acadêmica, pela formação profissional e pelo debate da categoria. A autora aponta a necessidade de se resgatar discussões a respeito dessa dimensão que questionem suas possibilidades e limites frente às competências e atribuições profissionais e políticas dos Assistentes Sociais. Nesse percurso, Guerra (2009) considera ser imprescindível a articulação entre as múltiplas e diversas dimensões da profissão, que além da técnico-operativa, abarca a teórico-metodológica, a ético-política, a investigativa e a formativa.

Nesse sentido, esse trabalho visou contribuir para uma reflexão sobre o processo de trabalho do Assistente Social no espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência do SUS, suas dificuldades e possibilidades. No entanto, possui limites uma vez que não foi possível realizar uma pesquisa de dados primários em que os elementos ético-políticos e do processo de trabalho pudessem ser investigados por meio de dados primários, ou seja, no próprio espaço ocupacional. De qualquer forma, visou trazer elementos para que outras pesquisas possam caminhar nesse sentido, uma vez que produções acadêmicas sempre podem contribuir para a construção de outras produções, sempre considerando um olhar crítico e contributivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8080/90**. Brasília, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8142/90**. Brasília, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências** / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa**. In: Superando Desafios Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE. Serviço Social, 1999. Vol. 4.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009b. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em 01/06/2013.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª. Edição, São Paulo, Cortez, 2007.

_____. **Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90.** In: Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRAVO, Maria Inês de Souza e MATOS, Maurílio de Castro. **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: Formação e Trabalho Profissional.** 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CANUTO, Ondina et al. **A Inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE.** SANARE, ANO V, N. 1, JAN/FEV/MAR, 2004, p.65-76.

CFESS/CRESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS/CRESS, 2010.

CONCEIÇÃO, S. B. **O Serviço Social e a importância da informação no HPSM- Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém/PA.** (Trabalho de Conclusão de Curso), Curso de Serviço Social, Universidade da Amazônia, 2001. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/SERVICO_SOCIAL_IMPORTANCIA_INFORMACAO_HPSM.pdf> . Acesso em 18 ago 2012.

CONILL, EM **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 2008, vol. 24, Sup 1: S7- S27.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** *Revista Serviço Social e Sociedade.* 4ª. Edição- nº 62 SP: Cortez; Brasília/DF: 2000, p. 35-73.

COSTA, M. E. ET AL. **Os Assistentes Sociais nos Hospitais de Emergência.** Anais do XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba, 2009. Disponível em <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/1020_0631_01.pdf>. Acesso em 18 ago 2012.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES (org.)** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FI>>

D_ARQUIVO%3D3716&ei=BzS3UarLDO rL0gGVsYDQAg&usg=AFQjCNFeB9urkVbF3DkssR9RLiAMsWz10Q&sig2=Ej7GjuWeH9pxV-i-vmB9mg&bvm=bv.47534661,d.dmQ>.
Acesso em: 03 jun 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional**. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos. BACKX, Sheila, GUERRA, Yolanda. (Orgs). **A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2009. pp.39-68

IAMAMOTO, Marilda. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS. ABEPSS. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MARSDEN. M. **Formação de Profissionais de Saúde: o que se encontra publicado sobre este tema entre 1996 e 2005 em dois periódicos brasileiros de circulação internacional**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed., São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.

MONNERAT, Giselle Lavinias et al. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família**. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al (Orgs) **Saúde e Serviço Social**, 3ª. Edição, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes** In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

NETTO, José Paulo. **Transformações Societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 50, abr. 1996, p.87-132.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro Nogueira. e MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. IN: MOTA, Ana Elisabete. (Org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. e VIDAL, D. L. C. **O trabalho dos assistentes sociais em hospitais de emergência**. Serviço Social e Sociedade, nº 92, p. 140-155, 2006.

PAIM, Jairnilson da Silva **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde** In: BRAVO, Maria Inês de Souza. **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4ª edição, São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. IN: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.