

## SERVIÇO SOCIAL E CUIDADO EM SAÚDE: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

Marina Monteiro de Castro e Castro\*

### RESUMO

O Cuidado em Saúde compreende o atendimento humanizado, baseado no acolhimento, vínculo, escuta, na realidade social, garantindo o usuário como co-produtor do seu processo saúde-doença, estando relacionado com a experiência de todos os trabalhadores que constroem o dia a dia dos serviços de saúde. O presente artigo é uma revisão bibliográfica que tem por objetivo refletir sobre uma possível articulação entre a dimensão do Cuidado em Saúde com a profissão de Serviço Social, na perspectiva de incorporar tal dimensão ao trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais, visando uma maior afirmação de ações em saúde comprometidas com os usuários e com a qualidade dos serviços prestados.

**Palavras-chave:** cuidado em saúde, trabalho em saúde, serviço social.

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS\*\*

A produção do Cuidado em Saúde aponta questões que extravasam a competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico que tem sido historicamente o grande estruturador das ações em saúde.

O Cuidado é concebido como uma ação integral que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito de ser, em seus diversos âmbitos (ser social, ser político, ser cultural). Como cita Pinheiro e Guizardi (2004), direito de ser no sentido de Heidegger como sendo o respeito às diferenças, e suas relações com as questões de raça, gênero, etnia, na consideração dos portadores de deficiências ou patologias em suas necessidades específicas ou na garantia do

---

\* Especialista em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva e em Serviço Social em Oncologia, mestrandia em Serviço Social, bolsista Fapemig.

\*\* O conteúdo deste artigo baseia-se na monografia apresentada ao Curso de Especialização Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva/UFJF no ano de 2006, com o título - O Serviço Social e o Cuidado em Saúde: uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais do Hospital Universitário/UFJF, sob a orientação da professora Lêda Maria Leal de Oliveira.

acesso às outras práticas terapêuticas, propiciando ao usuário sua participação nas decisões sobre seu tratamento ou na escolha das tecnologias a serem utilizadas.

Para produção do Cuidado deve ocorrer uma combinação entre as tecnologias necessárias e a humanização, sendo o usuário abordado em suas necessidades singulares e em sua realidade. Esta atuação deve resultar na melhora e no prolongamento da vida, a partir da criação de um ambiente de conforto e segurança (CECÍLIO, MERHY, 2003).

O Cuidado articula as particularidades de cada profissão em sua organicidade e historicidade, a realidade social, não sendo baseado na experiência de determinada categoria profissional, mas na experiência de todos os trabalhadores da saúde, dentre eles, o assistente social.

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as refrações da questão social, é histórico, portanto está intimamente relacionado com as transformações da sociedade. O assistente social deve decifrar a realidade e construir propostas de trabalho que sejam capazes de preservar e efetivar direitos (IAMAMOTO, 2001).

Desde 1997 é considerado pelo Conselho Nacional de Saúde como profissão desta área, estando sua atuação concentrada, prioritariamente, nas ações de caráter emergencial, educação e informação em saúde, planejamento e assessoria, e mobilização de comunidade (COSTA, 2000). Estas ações são determinadas pela concepção ampliada de saúde e pelas condições objetivas da população usuária dos serviços.

O assistente social é um profissional que está em contato direto e cotidiano com as questões da saúde pública e coletiva, da criança e adolescente, terceira idade, violência, habitação, educação etc., acompanhando como essas questões são vivenciadas pelos sujeitos e construindo um acervo privilegiado de dados e informações sobre as formas de manifestação das problemáticas cotidianas, tanto em nível individual, como coletivo (IAMAMOTO, 2001). Sendo, portanto, um ator importante na produção do Cuidado em Saúde.

Para suporte do exercício profissional tem-se o Código de Ética Profissional de 1993 que preconiza ampliação e consolidação da cidadania, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças, entre outros.

Em face destas colocações, em que o profissional de Serviço Social é apresentado como participante do processo de trabalho em saúde, tendo uma responsabilidade ética de contribuir para qualidade dos serviços prestados e para consolidação da cidadania, faz-se necessário a incorporação da dimensão do Cuidado em Saúde ao trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos serviços de saúde.

## O TRABALHO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS CUIDADORES

A saúde é produzida no encontro entre trabalhador e usuário, em seus espaços intercessores<sup>1</sup>, permeado por suas histórias de vida. Está situada no campo simbólico e se modifica com a história, cultura e contexto social.

No campo da saúde, de acordo com Merhy (2004), o objeto central do trabalho deve ser a produção do Cuidado. Só assim se atingirá a cura e a saúde que são os reais objetivos da prática profissional em seus diversos âmbitos, a partir da produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários.

Para tal, a organização do trabalho deve ficar centrada no trabalho vivo que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a relação trabalhadores de saúde/usuários, com a perspectiva de favorecer a curatividade e a produção de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários.

Para o desenvolvimento de suas atividades, de acordo com Merhy (2004), os trabalhadores devem priorizar o uso de tecnologias leves<sup>2</sup>, que e são as que ocorrem no trabalho vivo em ato. São as relações de vínculo, escuta, intersubjetividade, as inter-relações.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um

<sup>1</sup> O uso desse termo é para designar o espaço de relação em que se produz o encontro dos “sujeitos”, isto é, nas suas intercessões, que é um produto para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, desse sujeito coletivo novo que se formou. É fundamental numa análise de processo de trabalho tentar descobrir o tipo de intercessão que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior (MERHY, 2004, p.123).

<sup>2</sup> De acordo com Merhy (2004), os trabalhadores fazem uso de um conjunto de tecnologias que se classificam em três tipos: duras, que são o conjunto de instrumentos e equipamentos materiais do trabalho como máquinas, aparelhos, normas e estruturas que operam o trabalho em saúde; leve-duras, que são saberes estruturados que operam no processo de trabalho; e as leves que se dão no momento do encontro entre trabalhador e usuário, estabelecendo as relações de vínculo, escuta e responsabilização.

processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2004, p.77).

No Brasil, a saúde é garantida pela Constituição de 1988 e regulamentada pelas leis 8.080 e 8.142. Na Lei Orgânica da Saúde (LOS) é disposta como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; possuindo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, transporte, educação, renda, meio ambiente e o acesso a bens e serviços essenciais.

A grande área da saúde é composta por quatorze profissões reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>3</sup>. Cada profissão possui seus núcleos de saberes e práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, exercício profissional e trabalho. As profissões de saúde existem em um campo de saberes e práticas que são capazes de interferir no processo de ser saudável – adoecer - curar, cujos núcleos de competência se organizam pelas práticas de assistir e práticas de promoção da saúde, que são distintas na medida que se voltam para as pessoas ou às coletividades humanas.

Cada profissão possui uma disciplina prática de interpretação do processo saúde-doença e uma qualidade de comunicação diferente com as histórias afetivas que configuram padecimentos, aflições ou demanda dos usuários individuais ou coletivos das ações e serviços de saúde. Cada plano profissional de ação terapêutica opera num *horizonte fabulatório* particular, projetando uma inscrição especificada de referência (CECCIM, 2004, p.269).

Todo profissional de saúde, independente da habilitação obtida, exerce práticas terapêuticas que produzem a necessidade das suas ações profissionais e dos serviços de saúde. Esta prática ocorre em vários planos através de diferentes categorias profissionais, planos de conhecimento e práticas em si.

---

<sup>3</sup> Assistentes sociais, biólogos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Para a produção do Cuidado são estruturados Projetos Terapêuticos a partir de um conjunto de atos pensados, idealizados e programados pelos profissionais. Este projeto pode estar voltado para a produção do Cuidado de forma burocrática, centrada em procedimentos e prescrições, ou estar baseado em uma abordagem do problema de saúde através de relações solidárias e conhecimento técnico baseado na responsabilidade, vínculo, escuta, na ação acolhedora. A escolha do Projeto Terapêutico definirá a estrutura das práticas de saúde (FRANCO, 2003).

A produção de Projetos Terapêuticos Cuidadores é centrada nos usuários e sua necessidade, sendo incorporada a idéia de multicausalidade dos problemas de saúde. O usuário é reconhecido como portador de uma realidade sócio-econômica e sanitária, e de uma vivência que lhe é própria, particular e peculiar, necessitando assim, de uma abordagem completa que deve ser realizada por diversos profissionais.

A terapêutica deve ser compreendida como a ação que envolve não somente as profissões historicamente dadas na saúde (medicina e enfermagem), mas também aquelas que fazem parte de outros setores da ação social como ensino, educação popular, Educação Física, arte, cultura, Serviço Social, etc.

Terapia (*therapéia*) significa trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para a autonomia e qualidade de vida, tratamento. Todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve deter, com apropriação e acurácia, recursos e instrumentos de intervenção clínica. A clínica, como conhecimento sistematizado de sinais e sintomas e como experiência de atendimento em situações de adoecimento, nasce, justamente á beira do leito (*klinê*) – isto é, indica a prática do ato de assistir à beira do leito, por isso o ato dedicado de tratar/cuidar/escutar. O que define o profissional de saúde é sua condição objetiva de *assistir*, sua habilitação técnica para a *clínica*, sua profissionalização para o *ato terapêutico*, sua dedicação ao *cuidar* (CECCIM, 2004, p.262).

Considerando que todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para operação de recursos e instrumentos terapêuticos, vê-se a possibilidade da organização de uma assistência em conjunto/equipe, deslocando o eixo da organização das práticas profissionais de atenção à saúde do corporativo-centrado (responsabilidade dos atos de saúde pertencem ao profissional que os executa), para o eixo usuário-centrado (responsabilidade com o Projeto Terapêutico, com o direito à saúde).

## O CUIDADO COMO ORIENTADOR DAS AÇÕES EM SAÚDE

Para a compreensão do Cuidado em Saúde faz-se necessário uma retomada da discussão sobre a perspectiva da Integralidade. De acordo com Mattos (2001), constata-se três grandes conjuntos de sentidos do princípio da Integralidade. O primeiro, referente às práticas dos profissionais de saúde, no âmbito do desenvolvimento do que se pode considerar uma “boa prática”. O segundo refere-se à organização dos serviços, e o terceiro às respostas do Estado aos problemas de saúde.

Estes sentidos podem se articular e até possuir semelhanças a partir do momento que se trabalha a perspectiva da integralidade afirmando a abertura ao diálogo e negando o reducionismo e à objetivação dos sujeitos.

O diálogo seria elemento fundamental das relações de integralidade, na medida em que, de acordo com Freire (1977, p.43),

Ser dialógico é não invadir, é não manipular, é não sloganizar. Ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade.

(...) O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, transformam, e transformando-o, o humanizam para a humanização de todos.

O reducionismo é o elemento a ser recusado na medida em que se deve buscar a ampliar a percepção sobre as necessidades dos usuários e indagar-se pelas melhores estratégias de dar respostas a tais necessidades.

(...) um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que a descubra. Tampouco se reduz ao conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar a tais reducionismos. (...) é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos quais problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelos problemas em foco (MATTOS, 2001, p.61-62).

Por fim, a recusa à objetivação dos sujeitos, porque estes são permeados por suas histórias de vida, por sua realidade concreta e possuem características subjetivas e particulares a cada situação.



Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior (...) (VALLA, 2000, p.15-16).

Sendo assim, a Integralidade é uma ação social que é resultado do envolvimento/interação entre os atores envolvidos na relação entre demanda e oferta, nos planos da atenção individual e das ações na rede de serviços, onde são considerados os aspectos objetivos e subjetivos (PINHEIRO, 2001).

Considera-se neste estudo, o Cuidado como unidade de análise e campo privilegiado de ação da integralidade, sendo apreendido como uma ação integral que possui significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como o direito de ser. É atender o ser humano em seu sofrimento muitas vezes fruto da fragilidade social. É o tratamento humano, respeitoso, baseado no acolhimento e na realidade social, coletiva e individual, que possibilite a superação de práticas preconceituosas, e que garanta o usuário como participante do seu processo saúde-doença e das práticas de controle social (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004).

Não é um ato pontual, mas uma ação que é desenvolvida a partir da interação (envolvimento/relacionamento) entre usuário/profissional, e envolve a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e as histórias de vida. O Cuidado pode proporcionar a diminuição do impacto do adoecimento, e a sua falta pode gerar o isolamento social do usuário, uma vez que ele sente o descaso, o abandono, e o não Cuidado e acolhimento em suas demandas e necessidades.

(...) alguns problemas de saúde das famílias eram muito complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. As famílias precisavam de cuidado e atenção especiais da equipe de saúde para ajudar a solucionar os problemas e sofrimento, o que leva o autor a afirmar que, embora muitas vezes não seja possível curar os sujeitos, não se deve renunciar a tratar ou cuidar dos mesmos, e dar-lhes o apoio necessário no momento de crise (LACERDA, VALLA, 2004, p.95).

O Cuidado perpassa ainda pela resolução de forma ágil dos problemas e suas soluções, sendo enfrentados de acordo com a realidade dos mesmos e não da realidade institucional tradicionalmente vivenciada, fazendo com que o usuário e seus familiares sejam co-participantes deste processo, contribuindo para mudanças e estimulando-os a enfrentar os problemas e dificuldades do cotidiano. Deve-se contribuir para o desenvolvimento da

consciência crítica, para o despertar do usuário em ter maior controle sobre sua vida (LACERDA, VALLA, 2004).

O conjunto dos atos de saúde realizado produz um formato de Cuidar que podem ser ações individuais e coletivas, abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde que unem todos os saberes e práticas que fazem parte da construção dos atos cuidadores, que formam os modelos de atenção à saúde.

Porém, alguns modelos de atenção à produção do Cuidado não estão realmente engajados com a cura e a promoção. Merhy (2002) ressalta que nos últimos séculos o campo da saúde se constitui de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, onde o modo médico de agir se tornou hegemônico.

Hoje o modelo assistencial que opera nos serviços de saúde está organizado a partir de saberes específicos que subordinam a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Isto acaba incidindo também nas ações profissionais, onde muitos têm seus núcleos específicos e profissionais submetidos à lógica médica, minimizando a ótica do Cuidado.

Ocorre, assim, a priorização das tecnologias duras e leve-duras que são estruturadas e dependem de equipamentos, proporcionado a objetivação dos problemas de saúde e a descontextualização da realidade do usuário. Desta forma, diminui-se a capacidade de percepção das necessidades dos usuários e ocorre a substituição do diálogo pela intermediação de exames e procedimentos com vistas ao êxito técnico (SILVA JUNIOR, ALVES, ALVES, 2005).

Ayres (2004) demonstra a importância de se colocar o Cuidar nas práticas de saúde e como base de um modelo de atenção, por entender que é no Cuidar que ocorre o desenvolvimento de atitudes e espaços de verdadeiro encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação de saúde.

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser apenas o alcance de um estado de saúde visando antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2004, p.86).



Nesta dimensão de atenção ocorre a subjetivação do objeto que é construída no encontro entre profissional/usuário onde ambos são entendidos como sujeito do processo de construção da problemática saúde/doença. Para esta construção a linguagem deve ser utilizada como instrumento transversal na atividade de todos que fazem parte dos serviços de saúde (GOMES, PINHEIRO, GUIZARDI, 2005).

Silva Junior et al (2005) apontam que para privilegiar o Cuidado na atenção, o guia deve ser a percepção das necessidades de saúde dos usuários, que são social e historicamente construídas, e agrupadas por Cecílio (2001) da seguinte forma: ter boas condições de vida; acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; ter vínculos afetivos de referências e confianças nos profissionais de saúde; e ter graus crescentes de autonomia no seu modo de conduzir a vida.

As estratégias utilizadas para a ênfase no Cuidado da atenção, na perspectiva de dar melhor resposta às necessidades dos usuários, são pautadas na escuta, acolhimento e vínculo/responsabilização.

A escuta é a capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, por meio de uma interação que esteja atenta à realidade vivida por aqueles permeada por desejos, crenças, temores, esperanças, e os fatores socioeconômicos que o envolvem. Exige-se do profissional uma reflexão sobre o usuário, enquanto sujeito portador de individualidade, para quem os serviços de saúde se destina (SILVA JUNIOR, ALVES, ALVES, 2005).

Escuta, no campo da psicanálise, ocupa lugar privilegiado, ou ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas. Neste contexto, a escuta não limita seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados. (...) Para escutar, também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala (SILVA JUNIOR, MASCARENHAS, 2004, p.244).

O acolhimento aqui é entendido como postura, técnica e princípio de reorientação de serviços. É a atitude dos profissionais e equipe de saúde em receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas, estabelecendo assim, uma relação de interesse, confiança e apoio entre profissional/usuário. Os objetivos centrais devem ser a

ampliação do acesso, a humanização do atendimento e a reorganização do processo de trabalho.

Acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem “relações clínicas” das práticas de saúde e que permite escutar “ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há “relações clínicas” em saúde, além de expor uma rede de petição e compromisso “que há entre etapas” de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade (FRANCO, BUENO, MERHY, 2003, p.39).

O vínculo, como relação de referência e confiança, como estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, como um encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2001). O vínculo, de acordo com Silva Junior e Mascarenhas (2004), pensado como afetividade, relação terapêutica e continuidade.

É o profissional de saúde ter relações claras e próximas com os usuários, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p.138).

Este seria o fio condutor para construção de uma Rede de Cuidados ininterruptos para responder à diretriz da integralidade e assim, as necessidades dos usuários. Esta rede seria formatada pela: acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação e divulgação de informações, responsabilidade, regionalização e hierarquização, articulada a outros recursos da comunidade e redes sociais de apoio.

Para consolidação desta dimensão cuidadora e a formação da Rede de Cuidados, Merhy (2005) cita alguns pontos que devem ser ressaltados na prática do “Cuidar” e na construção do ato cuidador:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde,
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;

- relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não o contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção de sujeitos sociais, entre outras.

A dimensão cuidadora é um lugar privilegiado, pois questiona os limites e barreiras dos modelos hegemônicos que são focadas nos procedimentos e nas profissões de saúde.

O Cuidar é muito mais do que um ato ou técnica. Cuidar é uma atitude, é a maneira como estamos diante do outro e como o compreendemos como ser humano e não somente como “ser doente”. Cuidar representa a capacidade que temos de resgatar o nosso melhor lado, para fortalecê-lo naquilo que ele tem de mais saudável, bonito e que caracteriza a verdadeira relação humana.

“Cuidar” da saúde de alguém vai além da construção de um objeto e da intervenção sobre ele. Para realização do Cuidado tem que haver a consideração e a construção de projetos, o estabelecimento de relação entre matéria e espírito, corpo e mente, não estando subordinadas as práticas parcelares de saúde. A atitude cuidadora deve expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001).

Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas essas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos alvo de nossas intervenções.  
(...) Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético.  
(...) Por isso, cuidar, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva (AYRES, 2001, p.70-71).

## O ASSISTENTE SOCIAL COMO OPERADOR DO CUIDADO EM SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão histórica e socialmente determinada, e por isso, se desenvolve e transforma de acordo com as determinações da sociedade capitalista e com a

forma com que a sociedade brasileira e as instituições recortam e fragmentam as necessidades do ser social.

Na contemporaneidade, como afirma Yamamoto (2001), os assistentes sociais estão desafiados a trabalhar sob uma conjuntura de globalização mundial que reduz a demanda de trabalho, aumenta a população sobrando para as necessidades médias do capital, amplia a exclusão social, econômica, política e cultural das classes subalternizadas.

Os assistentes sociais são desafiados neste tempo de divisões, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida. Tempo de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e cidade (IAMAMOTO, 2001, p.18).

O Serviço Social tem como objeto de sua intervenção a questão social aqui compreendida como um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista formada por problemas políticos, econômicos e sociais. A atuação dos assistentes sociais situa-se nas suas mais variadas expressões: trabalho, família, habitação, assistência social, saúde, etc.

O agravamento das múltiplas expressões da questão social geradas pelo advento do neoliberalismo e pela globalização tem significado um aumento da requisição por serviços sociais, a seletividade no âmbito das políticas sociais, diminuição dos recursos e salários, quebra dos direitos sociais, e conseqüentemente, aumento da demanda por saúde.

Esta conjuntura fez com que aumentasse a responsabilidade dos assistentes sociais na luta pelo deciframento da realidade na perspectiva do desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária (IAMAMOTO, 2001).

Na área da saúde a inserção dos assistentes sociais é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que são colocadas pelas condições históricas sob as quais a saúde se desenvolveu no Brasil. A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 80/90, há uma ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais devido ao aumento horizontal das subunidades de serviços e a uma maior divisão sócio-técnica do trabalho (COSTA, 2000).

Historicamente, a atuação do Serviço Social na área se deu no âmbito curativo e individual, somente na década de 80-90 houve a adoção da perspectiva da saúde como uma questão política, havendo um reconhecimento interno da categoria profissional em defesa do SUS e de seus princípios (MATOS, 2003).

Martinelli (2002) acrescenta que nos anos 80 os assistentes sociais, como categoria organizada, fizeram parte das lutas mais gerais em defesa da concepção de seguridade social pública, democrática e universal, tendo em vista a saúde como um direito básico de cidadania, consagrado na Constituição de 88.

A partir do lugar social em que atuam, e do patamar da política de saúde em que se encontram, os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia desse direito, trabalhando articuladamente com a população usuária na perspectiva de construir novas subjetividades, comportamentos políticos novos (MARTINELLI, 2002, p.5).

Os anos 90 são caracterizados por Matos (2003) como um período de avanços políticos, institucionais e acadêmicos construídos pelo conjunto de profissionais situados na tendência “intenção de ruptura”. No âmbito político ocorre a eleição das entidades profissionais de forma democrática e de chapas que defendiam projetos políticos progressistas. Academicamente emergem várias publicações, há a consolidação da pesquisa e da pós-graduação em Serviço Social.

No aspecto institucional ocorre a promulgação do Novo Código de Ética Profissional e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8.662/93). Ocorre também o protagonismo da categoria profissional no processo de luta na construção da política pública de assistência social, e em 1996 há a aprovação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação de serviço social.

Nacionalmente tem-se a consolidação da LOS (lei 8.080/90) que regulamenta as ações e serviços de saúde, e dispõe sobre o SUS.

Os anos 90 também são marcados pela tensão entre o direito a saúde e a ofensiva neoliberal. Esta discussão incide diretamente no Serviço social enquanto categoria que toma como direcionamento profissional o entendimento de que o sistema capitalista é inviável na realização de uma sociedade igualitária, devendo ser defendido a política social como direito e não como favor.

O Serviço Social, de acordo com Costa (2000), se legitima no interior do processo coletivo de trabalho em saúde “pelo avesso”, uma vez que se afirma nas contradições da política de saúde e do SUS. A objetivação do trabalho passa rotineiramente pela implementação de alternativas para se enfrentar os problemas de atendimento ao usuário, atendimento de algumas necessidades mediatas e imediatas não contempladas pelo SUS e atuação sempre que houver limitações ou impedimentos socioeconômicos, culturais ou institucionais ao desenvolvimento dos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento.

Considerando a conjuntura de crise vivenciada no país e, ao mesmo tempo, as representações forjadas pela constituição de 1988, as quais deram visibilidade à saúde como direito do cidadão, não obstante, as precárias condições de atendimento – em geral mobilizadoras da ação do Serviço Social – terminam imputando os assistentes sociais “a função quase sempre silenciosa de administrar o que é impossível de ser administrado” (COSTA, 2000, p.66).

Os assistentes sociais se deparam com entraves que dificultam a articulação entre o trabalho profissional e os interesses e necessidades dos usuários, porém não os impedem de realizar suas ações vislumbrando estes. Estas dificuldades são classificadas em cinco por Vasconcelos (2002):

1. A ignorância dos usuários e profissionais do que é garantido como direito do cidadão e dever do Estado;
2. A focalização das políticas dificultando a crítica, a organização e o controle social que atinge principalmente os mais pobres, despolitizados, ou seja, o “não - cidadão”;
3. O direito do cidadão é visto de forma fragmentada levando a uma discussão do direito do indivíduo e à negação do direito em suas inter-relações, conexões e interdependência;
4. A pretensa incompatibilidade no enfrentamento dos direitos sociais e do sofrimento humano concomitantemente, devido ao culto ao individualismo;
5. Dificuldade dos diferentes trabalhadores sociais para trabalhar com o sofrimento, choro, perda, morte, o que induz os profissionais à compaixão, apoio, ajuda, doação, orientação, encaminhamento, aconselhamento, cuidado, tomados como fins em si mesmos, em detrimento do resgate da autonomia.

Na situação de pobreza e miséria em que se encontra um grande contingente da população brasileira – 30 milhões no cálculo de alguns, 45 milhões no de outros - já se sabe que políticas de assistência são imprescindíveis. Todavia, é exatamente essa realidade que exige não uma política assistencialista em si e sim uma política de assistência que incorpore, em vez de ações festivas para aumento ilusório da auto-estima dos pobres, ações sistemáticas de formação, de capacitação, de organização para exercício do controle social e do acesso aos direitos sociais garantidos por lei, para que esse contingente possa usufruir as condições de exercício pleno da cidadania (VASCONCELOS, 2002, p.24).

O conjunto das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social representa, dentro destas dificuldades, a possibilidade do usuário ser ouvido e de ser atendido em suas necessidades. Tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível de intervenção do assistente social,

independentemente do local de ocorrência: seja no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia básica, na nutrição (copa e cozinha), na enfermaria, na lavanderia ou até na esfera das relações sociais, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc. esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade de “repor” (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação e terceirização do trabalho (COSTA, 2000, p.69).

O Serviço Social trava assim a batalha de trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas (dor, sofrimento, morte, perdas, falta de trabalho, condições de vida e estilos cotidianos) na perspectiva do médio e longo prazo. Apesar das respostas imediatas que são necessárias, busca-se atender as demandas em sua totalidade vislumbrando a garantia dos direitos dos cidadãos (VASCONCELOS, 2002).

Assim, surge um conjunto de requisições à profissão que emergem da tensão entre as ações tradicionais da saúde e as propostas pelo SUS. Costa (2000) agrupa estas requisições em: as derivadas do histórico déficit de oferta dos serviços para atender as necessidades de saúde da população; as referentes às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas; as correspondentes às necessidades que derivam da adaptação dos usuários e profissionais à estrutura tecno - organizativa do SUS.

As principais referências apontadas por Costa (2000) para a realização do trabalho são a crescente demanda da população por meios que assegurem a sua saúde, o déficit de serviços,



a efetividade dos mecanismos de controle e acompanhamento propostos pelo SUS e a administração da demanda reprimida.

O assistente social, na realização de seu trabalho, busca articular o sistema de saúde com as políticas sociais que incidem sobre as condições de vida da população, realizando uma articulação que tem por objetivo refletir sobre a relação entre as condições de vida e o processo saúde/doença.

Vasconcelos (2002) relata que o trabalho dos assistentes sociais na saúde, em contraposição a um trabalho espontâneo e/ou instintivo, exige uma série de requisitos que perpassa: pela formação profissional e continuada de qualidade; compreensão do campo da seguridade social como direito; organização e planejamento do trabalho profissional com base em estudos e pesquisas; conexão entre programas e equipes e implementação de estratégias e táticas de ação e formação de uma consciência sanitária que demanda uma consciência social sobre a questão saúde.

Requer ainda a capacitação, incentivo e organização dos usuários na luta pelos direitos; democratização de informações e conhecimentos; levantamento de recursos disponíveis e possíveis de serem acessados; opção pelo trabalho coletivo; participação nos organismos de controle social; criação de espaços de capacitação política e técnica dos conselheiros de saúde e de funcionários que intermediem as ações de saúde.

Para finalizar, a autora ressalta o incentivo e capacitação à participação no controle social dos serviços prestados sem prejuízo da atenção individualizada; a construção dos espaços na área da saúde em espaços de promoção e proteção da saúde; criação de espaços que propiciem o desenvolvimento da consciência sanitária e o controle social; identificação dos riscos que permeiam o cotidiano dos usuários e a criação de possibilidades e condições de acesso direto e universal dos usuários ao Serviço Social.

Este empreendimento não é de fácil realização, uma vez que a população que utiliza os serviços públicos de saúde se encontra imersa num conjunto de problemas sociais que torna mais tênue o limite entre a exclusão social e a doença (MARTINELLI, 2002).

A diversidade de demandas que são colocadas aos assistentes sociais possui uma amplitude grande e pode se dizer que transita pelo público, privado e pelo íntimo. As questões que são trazidas para enfrentamento estão relacionadas ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos, dos

valores, com profundas implicações macrosociais (MARTINELLI, 2002, p.6).

Segundo a autora, o sofrimento que acompanha o processo de adoecimento é permeado por um sofrimento psíquico que é necessário ser reconhecido para que se estabeleça uma relação com os sujeitos.

Acrescenta ainda que a área dos cuidados é a que mobiliza os assistentes sociais mais criticamente, constituindo de modo típico a própria identidade profissional no âmbito do serviço social, e é também uma área crucial para todos que realizam a vida nos serviços de saúde: pacientes, familiares, equipes e administração hospitalar.

A rigor, o que realizamos na área dos cuidados guarda profunda relação com as políticas, com a gestão, com a produção de conhecimentos, enfim com o conjunto das áreas. Portanto, não é um exagero afirmar que o serviço social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa (MARTINELLI, 2002, p.7).

Tais argumentos sinalizam que o trabalho do Serviço Social deve colaborar na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania, possibilitar que o usuário seja ouvido e contemplado com o atendimento que necessita, buscando a qualidade da assistência à saúde e uma inversão de valores, tendo a dimensão cuidadora como guia para as ações no dia a dia dos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Cuidado em Saúde é concebido como uma ação de interação com os usuários, outros profissionais e instituições que é transformada em “atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (Pinheiro, 2004, p.21).

A integração dessas atitudes no processo saúde-doença amplia a abordagem ao usuário deslocando “o foco da intervenção das práticas de saúde da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes” (Lacerda e Valla, 2004, p.95).

Alves e Guljor (2004) destacam como quatro premissas fundadoras do Cuidado em Saúde: a liberdade em negação ao isolamento, a integralidade em negação à seleção, o enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao “modelo de diagnóstico”, o

conceito de direito em contraposição a noção de reparo, e por último, a premissa de avaliar cada situação dentro de seu contexto, singularidade e particularidade, vislumbrando a autonomia dos sujeitos.

Estas premissas são o pilar para o desenvolvimento de práticas de Cuidado em Saúde através da troca de saberes entre os profissionais objetivando a efetivação dos princípios do SUS, a qualidade dos serviços de saúde a partir de uma “malha de cuidados” que implica acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia dos usuários e profissionais, direitos a informação e democratização destas e responsabilização.

É importante salientar a necessidade de consubstanciação de trabalhos em equipe com direcionamento interdisciplinar, pois estes são essenciais para o desenvolvimento do Cuidado em Saúde, uma vez que a fragmentação das práticas profissionais constitui um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade, e a percepção do usuário em sua totalidade.

As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários.

Considera-se, assim, que incorporar a dimensão cuidadora ao trabalho do Serviço Social é optar por uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, a partir do cotidiano dos usuários, é possibilitar a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e a busca pelo fim da supremacia de uma profissão sobre a outra. É a realização de um trabalho que contribua para a qualidade dos serviços e tenha como finalidade a emancipação dos sujeitos.

#### ABSTRACT

Healthcare covers humanized care, based on reception, attachment, listening to the patient in the social reality, guaranteeing that the user is co-producer of the health-illness process, related with the experience of all the workers who build the day by day activities of healthcare services. This article is a bibliographical review that seeks to reflect on a possible link between the dimension of Healthcare with the profession of social work, in order to incorporate this dimension into the work developed by the social worker, to emphasize healthcare actions that are committed to patients and to the quality of the services provided.

**Key words:** healthcare, healthcare work, social work.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.221 -240.

AYRES, J. R. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.3, p.16 – 29, set/dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 1, p.63-72, 2001.

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113 -126.

\_\_\_\_\_; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.259 -278.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 6. REGIÃO. *Código de Ética Profissional*. Coletânea de leis: um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social. 2 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2003. p.13 – 24.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 62, p.35-71, 2000.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161- 198.

\_\_\_\_\_; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.37- 54.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p.105-116.

IAMAMOTO, M. V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LACERDA, A.; VALLA, V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.91-102.

MARTINELLI, M. L. Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, n. 1, p.1-11, 2002.

MATOS, M. C. de. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 74, p.85-115, 2003.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; \_\_\_\_\_. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.119 - 131.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; \_\_\_\_\_. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.39-64.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno - assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117 -10.

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO, 2005. p.195- 206.

\_\_\_\_\_. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *VER-SUS Brasil – Caderno de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.65 -112.

\_\_\_\_\_; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: \_\_\_\_\_.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p.21-36.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p.77- 89.

\_\_\_\_\_; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.241-257.

VALLA, V. V. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, A. M. de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.